

20^{ème} journée nationale d'étude
«Élus, Santé Publique & Territoires»

SANTÉ
& VIELLISSEMENT
LE POUVOIR
DES COLLECTIVITÉS
LOCALES

18 DÉCEMBRE 2018

GRENOBLE

Hôtel de ville





PRÉSENTATION DE « ÉLUS, SANTÉ PUBLIQUE & TERRITOIRES » ASSOCIATION NATIONALE DES VILLES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'association « Élus, santé publique & territoires » a été fondée en octobre 2005 par des élus locaux pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par la promotion des politiques locales de prévention, promotion et éducation à la santé.

« Élus, santé publique & territoires » est un réseau national d'élus souhaitant développer une politique locale de santé, dans un cadre contractualisé avec l'Etat, en s'appuyant sur le modèle de l'Atelier santé ville dans les quartiers politique de la ville et globalement celui des Contrats Locaux de Santé, inscrits dans la loi HPST puis la loi de modernisation de notre système de santé du 16 janvier 2016. Le réseau plaide en faveur de l'affirmation et la reconnaissance du rôle des communes et de leurs groupements dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique territoriale de santé s'appuyant sur les leviers d'action puissants dont disposent les élus locaux sur leurs territoires. Il promeut un travail intersectoriel, inter institutionnel et interprofessionnel, qui consiste à introduire la « santé dans toutes les politiques » et, au-delà, à mettre en œuvre des réflexions sur l'évaluation de l'impact en santé.

« Élus, santé publique & territoires » met pour cela en place des échanges et réflexions afin de mutualiser les expériences locales pertinentes. Elle organise une à deux fois par an des Journées nationales d'étude.

Un partenariat avec l'Université Paris Nanterre lui permet de développer les travaux de recherche sur la santé en milieu urbain et à les rendre utilisables par les décideurs locaux.

L'association accompagne également les collectivités dans le développement de programmes territoriaux de santé et la mise en œuvre de démarches telles que les Ateliers santé ville, les Conseils locaux de santé mentale, les Contrats locaux de santé.

Les élus de l'association participent, en outre, à différentes instances locales, régionales ou nationales, qui structurent les réflexions et le développement des politiques de santé publique et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Comités de pilotage et d'organisation de séminaires et conférences, groupes de travail ou groupes de réflexion, conseils scientifiques, jurys d'appels d'offre...).

Trois objectifs pour fédérer les élus locaux...

- **Promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**, favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux ;
- **Affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territoriales de santé publique**, en particulier dans le cadre d'une coproduction avec l'État ;
- **Développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'État**, dans la logique et sur le modèle des « Ateliers Santé Ville » développés dans le cadre de la Politique de la ville.

L'association en quelques chiffres...

14 ans d'existence...

30 collectivités adhérentes dont 3 communautés d'agglomération et 35 villes correspondantes.

L'association et ses partenaires financiers ...

ESPT est considérée comme « Tête de réseau » à l'échelle nationale et soutenue par le Commissariat général à l'égalité des territoires, par la Direction Générale de la Santé et Santé publique France. Les villes adhérentes contribuent également au développement de l'association par une adhésion volontairement modeste.

L'association en quelques dates...

- **Octobre 2005** : Création de l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique « Élus, santé publique & territoires », dans la dynamique des Ateliers Santé Ville et à la suite des Assises pour la Ville d'avril 2005.
- **Novembre 2005** : PARIS : Premières rencontres nationales des villes pour le développement de la santé publique sur le thème des inégalités de santé
- **Octobre 2006** : NANTES : 2^e Journée d'étude « Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ? »

- **Mars 2007** : GRENOBLE : 3^e Journée d'étude « **Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale** ».
- **Juillet 2007** : Mobilisation nationale pour la sauvegarde et le développement des ASV.
- **Octobre 2007** : REIMS : 4^e Journée d'étude « **Offre de soins, accès à la santé : quel rôle pour les élus locaux ?** ».
- **Octobre 2008** : SAINT-DENIS : 5^{ème} Journée d'étude « **Santé des jeunes : une préoccupation des élus locaux** ».
- **Décembre 2008** : PARIS : 6^e Journée d'étude - Colloque européen avec le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS – Lille) « **Élus et psychiatres : quelles bonnes pratiques selon l'OMS pour la prise en charge des malades psychiatriques dans la cité ?** »
- **Avril 2009** : LILLE : 7^e Journée d'étude « **Politique de santé et développement durable : comment croiser ces deux impératifs au niveau local ?** ».
- **Octobre 2009** : MARSEILLE : 8^e Journée d'étude « **L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la politique de santé publique** »
- **Février 2010** : PARIS : 9^e Journée d'étude « **Santé mentale, SécuritéS et LibertéS – le rôle des élus locaux** ».
- **Septembre 2010** : PARIS : X^e Journée d'étude « **Journée de synthèse du séminaire sur la réduction des risques et les salles de consommation à moindre risque** »
- **Novembre 2011** : LE HAVRE : 11^e Journée d'étude « **Politique de santé et programme de réussite éducative, des synergies à construire à l'échelle locale** »
- **Janvier 2012** : PARIS : 12^e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : « **Citoyenneté et santé mentale** » - 1^e rencontre nationale des conseils locaux de santé mentale (CLSM)
- **Mars 2013** : LYON : 13^e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : « **Villes et santé mentale** » - 2^e rencontre nationale des CLSM
- **Septembre 2013** : NANTERRE : Colloque international co-organisé avec l'Université de Nanterre et de nombreux partenaires - **Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires**. (pas de publication)
- **Septembre 2014** : NANTES : 15^e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : **Démocratie et santé mentale : Quelles politiques ? quels acteurs ? quels partenariats ?** 3^e rencontre nationale des CLSM

- **Novembre 2015** : PARIS : 16^e Journée d'étude avec la Ville de Paris, le Réseau environnement santé et le soutien de l'AP-HP et du Réseau français des villes-santé de l'OMS : **Santé environnementale : le pouvoir des villes**.
- **Décembre 2016** : RENNES : 17^e Journée d'étude ESPT et rencontre nationale du Réseau français des Villes-santé de l'OMS, manifestation organisé conjointement par les deux associations : **Politique locale : enjeux et dynamiques**
- **19 janvier 2017** : TALENCE : 18^e Journée d'étude ESPT co-organisée avec le CCOMS-Lille, 4^e rencontre nationale des CLSM : **Le CLSM : une révolution tranquille**.
- **12 et 13 décembre 2017** : MARSEILLE : 19^{es} Journées d'étude ESPT : Habitat et Santé mentale
- **18 décembre 2018** : 20^e Journée d'étude ESPT : Santé et vieillissement : quel rôle pour les villes ?

Les Actes des différentes Journées d'étude sont téléchargeables sur le site : www.espt.asso.fr et disponibles en format papier sur simple demande.

ESPT contribue régulièrement à des **publications à destinations des élus et acteurs locaux**, en partenariat notamment avec Santé publique France, l'ARS Île de France, le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, l'Université Paris Nanterre ...

Exemples récents :

- **Promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et réduire les inégalités socio-territoriales de santé : un guide pour l'action à l'attention des élus et acteurs locaux**, brochure proposée par l'ARS IdF, l'Université Paris Nanterre, le laboratoire LADYSS et ESPT, fruit de la synthèse d'une recherche-action réalisée par la sociologue Julia Bardes
- **Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : Intérêts d'une approche locale et transversale**, document de plaidoyer destiné aux élus des communes et de leurs groupements, proposé par l'INPES, ESPT et le RAVS OMS
- **L'évaluation d'impact sur la santé : Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables**, document proposé par l'INPES et l'UIES

Pour contacter l'association :

Par courrier : 31 rue de Gisors 95300 PONTOISE
 Par téléphone : 06.71.61.18.05
 Par mail : contact@espt.asso.fr

SOMMAIRE

« SANTÉ ET VIEILLISSEMENT : LE POUVOIR DES COLLECTIVITÉS LOCALES »

10

OUVERTURE

Eric PIOLLE, Maire de Grenoble
Kheira CAPDEPON, 3^{ème} adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle
Laurent EL GHOZI, Président d'Élus, Santé Publique & Territoires
Emmanuelle HAMEL, Santé publique France, Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé, responsable Unité Personnes âgées et populations vulnérables

22

CONFÉRENCE INTRODUCTIVE PASSER DE L'INJONCTION DU BIEN VIEILLIR A L'ÉLOGE D'UNE AVANCÉE EN ÂGE RÉUSSIE

Pierre-Olivier LEFEBVRE, délégué général du Réseau francophone des Villes Amies des Aînés

32

TABLE-RONDE L'INVENTION DE LA VIEILLESSE : UNE CONSTRUCTION

Animation : Marianne AUFFRET, vice-présidente de l'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

- **Un point de vue philosophique**

Philippe SALTEL, enseignant chercheur en philosophie morale, éthique et appliquée aux soins, Université de Grenoble Alpes

- **Un point de vue de gériatre**

Pr Gaëtan GAVAZZI, chef de service Médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes

- **Un point de vue d'élue locale**

Kheira CAPDEPON, 3^{ème} adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

- **Un point de vue sociologique**

Sebastian J. MOSER, chercheur en sociologie à l'Espace Éthique Île-de-France, Laboratoire d'Excellence DISTALZ, Université Paris Sud, EA 1610

- **Le point de vue d'une association de personnes âgées :**

Mohamedou TALL, président de l'association Villeneuve 3^{ème} âge

TABLE-RONDE QUELLES ORGANISATIONS TERRITORIALES EN SANTÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Animation : Élixa MARTIN, 1^{ère} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs et à la Tranquillité publique

**Organiser les acteurs concernés à l'échelle des territoires, c'est-à-dire ?
Des exemples de démarches territorialisées en santé des personnes âgées :**

- **L'expérience de la CC du Grand Autunois Morvan :**
Clément SOULIER, coordonnateur du CLS de la Communauté de Communes du Grand Autunois Morvan
- **L'expérience du CIAS du Pays de Martigues :**
Catherine GERMAN-LABAUME, responsable du Pôle Santé et Handicap du CIAS, cheffe de projet CLS et ASV
- **Territorialisation en santé mentale des personnes âgées : l'expérience des CLSM :**
Pauline GUEZENEC, chargée de mission, CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Lille
- **L'expérience de la ville de Grenoble :**
Andréa MICHEL, coordinatrice santé et CLSM, Direction de la Santé publique et environnementale de la ville de Grenoble

TABLE-RONDE QUELLE PLACE POUR LES DIFFÉRENTS « USAGERS » DE LA VIEILLESSE ?

Animation : Kheira CAPDEPON, 3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

- **Quelle prise en compte de la parole des « vieux » ?**

Philippe BATAILLE, sociologue, directeur d'études à l'EHESS, association « Vieux et chez soi »

Roland ROCHET et Henri GIRARD-CARRABIN, résidents de l'EHPAD La Bailly (La Bathie, Savoie), Emmanuelle GUILLARD, IDEC et Patricia FINANTZ, ASG représentant la direction de l'établissement membre de l'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Âgées)

- **Ville Amie Des Aînés (VADA) : un outil pour mieux prendre en compte la parole des personnes âgées vulnérables et invisibles**

Carlyne BERTHOT, chargée de mission Ville Amie Des Aînés (VADA), Grenoble

- **La participation des personnes âgées dans les instances de la démocratie en santé**

Christine PATRON, vice-présidente de l'association ISATIS représentant les personnes âgées à la CRSA-Île de France

- **Quelle prise en compte de la parole des aidants ?**

Christiane GACHET, responsable régionale Association France Parkinson, représentant France Assos Santé, Union régionale Auvergne-Rhône Alpes

- **Rompres l'isolement et promouvoir la participation sociale des personnes âgées d'origine étrangère**

Elias BOUANANI, responsable juridique et Jalil LEMSEFFER, responsable du pôle santé migrants, Observatoire sur les Discriminations et les Territoires Interculturels (ODTI)

- **L'implication des aînés dans la Cité**

Bernard ENNUYER, sociologue enseignant-chercheur, Université Paris Descartes

CLÔTURE

Mathieu ANGOTTI, DGS CCAS de Grenoble et DGA Ville de Grenoble
Laurent EL GHOZI, Président d'Élus, Santé Publique & Territoires

OUVERTURE

«• Eric PIOLLE,
Maire de Grenoble

Mesdames et Messieurs, je vous invite à prendre place. Nous allons commencer. C'est un plaisir pour moi de vous accueillir ici dans la maison commune des Grenobloises et des Grenoblois.

Monsieur le Président de l'association « Élus, Santé Publique & Territoires », Madame la représentante de Santé publique France, Madame l'adjointe aux personnes âgées et à l'intergénérationnel, j'en profite ici pour excuser notre adjointe à la santé, qui est malade. Je ne veux pas faire la blague sur les cordonniers, mais c'est ainsi.

Quand nous avons été sollicités par ESPT au printemps dernier, nous sommes tout de suite mobilisés et nous avons accueilli cette proposition avec joie, d'abord parce qu'évidemment, les sujets de santé et de vieillissement sont des sujets majeurs qui nous touchent tous, qui nous touchent évidemment à titre personnel, qui nous touchent à titre intime, pour nos proches, et qui nous touchent évidemment, au premier plan, à titre politique. Puisque l'enjeu du vieillissement est quelque chose de fondamental, parce que les personnes âgées, bien au-delà des questions de santé, représentent et incarnent pour moi un engagement extrêmement fort dans la vie de la Cité. Elles sont un pilier des associations, un pilier de la vie de voisinage, un pilier pour les enfants, pour les petits-enfants. Nous prenons soin de ne pas réduire l'enjeu autour des politiques publiques envers les personnes âgées aux problématiques de santé, et toujours de garder en tête la question de l'accès au droit, d'abord, la question de la capacité d'action, de savoir comment nourrir et entretenir notre liberté de contribuer à tout âge.

Évidemment, les enjeux de santé autour des questions de vieillissement sont, ici comme ailleurs, nombreux. De plus, nous en avons quelques-uns qui sont particulièrement vifs ici, avec, à Grenoble au cœur des Alpes, un dérèglement climatique et un réchauffement qui vont deux fois plus vite qu'ailleurs. Les éléments de prospective nous font donc dire que nous vivrons plus de deux mois sous période de canicule en 2050. La problématique de la canicule et des îlots de chaleur est donc une vraie problématique urbaine, particulièrement vive à Grenoble, de même que le sont également les questions de pollution de l'air qui nous touchent tous dans nos fragilités, et évidemment en premier lieu les bébés et les personnes âgées. La pollution de l'air représente un mort tous les trois jours dans le bassin grenoblois. C'est dire si cette question est centrale pour nous.

Les questions sociales et de santé sont également très prenantes et mobilisatrices pour les politiques publiques dans les différents quartiers en politique de la ville. Nous avons, et j'espère que ce sera le fruit de vos travaux aujourd'hui, un intérêt, une urgence, un appétit à croiser les regards, à échanger sur nos différentes expériences. C'est pour cela que je suis extrêmement heureux de vous accueillir ici, à l'Hôtel de ville.

Je crois qu'il y avait déjà eu, après le lancement de l'association en 2005, une journée nationale d'études d'ESPT à Grenoble, il y a plus de 10 ans, sur le thème de la santé mentale. C'est un thème qui est également central dans nos politiques publiques aujourd'hui.

Je suis convaincu que de nombreux territoires partagent le même constat et la même envie de passer à l'action. La bonne nouvelle, je crois, et c'est le fondement d'ESPT, est que les leviers existent sur le plan local, que nous pouvons nous coordonner pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, évidemment en matière d'accès aux soins, mais pas seulement. C'est également le cas en matière d'accès aux droits relatifs à la santé, en matière de prévention, d'accompagnement des aidants, thématiques fondamentales.

À Grenoble, nous avons fait le choix, avec mes adjoints à la santé, à l'action sociale, et Kheira CAPDEPON, adjointe à la politique intergénérationnelle, de nous engager et de mobiliser nos forces, à la fois de la ville et du centre communal d'action sociale, pour nourrir notre histoire grenobloise faite d'innovations dans ce domaine depuis de très nombreuses années. Je pense notamment à la Maison des aidants, où tout cela a été coordonné depuis le début du mandat dans la large démarche de concertation que nous avons eue pour aboutir au plan municipal de santé. C'est une démarche qui a fédéré des praticiens de médecine de ville, des praticiens hospitaliers, mais aussi des sociologues, évidemment des habitantes et des habitants, des institutions, des associations partenaires, tout cela pour finalement construire ensemble une boussole pour nous aider à garder le cap. C'est extrêmement important dans nos villes aujourd'hui, où plus de 25 % de la population a plus de 55 ans.

Notre engagement dans la démarche Ville amie des aînés, cette démarche de l'OMS, nous sert finalement aussi de démarche, de moyen pour nous fédérer, avancer. C'est plus de 150 habitantes et habitants qui ont formulé des préconisations en matière de santé, d'autonomie cette année. Nous travaillons aujourd'hui pour organiser ce plan d'action de façon transversale, conscients que nous sommes que ces problématiques de santé s'abordent tout aussi bien dans les problématiques d'urbanisme que dans les problématiques de santé ou d'action sociale à proprement parler.

Vieillir est une chance, que j'espère avoir moi aussi. Vieillir est, de notre point de vue, vraiment une chance quand nous arrivons à travailler les questions d'isolement, de repli et de souffrance, et quand nous pouvons continuer à nourrir notre liberté de contribuer, notre responsabilité collective pour construire un territoire bienveillant envers toutes nos fragilités. Le vieillissement en est une. Nous avons tous des fragilités à différents âges de la vie. Il s'agit donc pour nous de regarder à la fois ces fragilités et notre capacité de contribution. C'est cela qui fait nos deux maîtres mots, dignité et citoyenneté. C'est cela qui nous anime au quotidien. C'est cela qui fait que nous sommes ravis de croiser les regards tout au long de cette journée, avec vous toutes et tous, ici.

Merci beaucoup, Monsieur le Président, d'avoir choisi Grenoble pour cette journée nationale d'études. Bons travaux à toutes et à tous. Merci.

[Applaudissements]

☞ **Kheira CAPDEPON,**

3^{ème} adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Bonjour à toutes et à tous, soyez les bienvenus. C'est avec plaisir que je me joins, en tant qu'adjointe déléguée aux personnes âgées et à la politique intergénérationnelle, à Éric PIOLLE, Maire de Grenoble, pour accueillir tous les participants à cette 20^e journée nationale d'études de l'association « Élus, Santé Publique & Territoires ».

Il y a un peu plus de 40 ans, Grenoble inaugurerait son CCAS. C'est toujours avec la même détermination que la ville de Grenoble et son CCAS entendent mener les actions nécessaires en direction des personnes âgées autonomes, mais également vulnérables et fragilisées. Depuis juin 2018, nous nous sommes lancés dans l'élaboration d'un programme de repérage et de lutte contre l'isolement des personnes âgées. Il s'agit de l'une des mesures du premier plan d'action de la démarche Ville amie des aînés.

Comme l'a indiqué le Maire, grâce à cette démarche Ville amie des aînés, nous avançons avec la mise en œuvre d'actions très concrètes. Par exemple, sur le plan de l'habitat, la municipalité a adopté, dès juin 2017, un plan stratégique d'hébergement destiné aux personnes âgées. Celui-ci a conforté l'offre publique de places en résidence autonomie et en EHPAD, et engagé des rénovations d'établissements pour un meilleur accueil. Sur le plan social et de la solidarité, la dynamique de transformation déjà engagée dans les Maisons des habitants et les Espaces personnes âgées,

répond aux préconisations des participants et renforce la mixité des publics pour lutter contre l'isolement et maintenir un accueil de proximité pour garantir et faciliter l'accès au droit. Sur le plan des déplacements, un plan de formation aux conducteurs de bus a été mis en place par le SMTC à la fin 2017 pour les sensibiliser au public âgé et afin qu'ils adoptent une conduite plus souple. La municipalité a également souhaité penser l'implantation des bancs publics pour faciliter les déplacements en permettant aux personnes d'effectuer des pauses et d'aller donc plus loin. Ils sont un support à la mobilité des personnes âgées. Il y a d'ailleurs deux expérimentations sur site qui ont été programmées avec la ville, le CCAS et la métropole, dès le mois de janvier 2019. Autre action réalisée pour faciliter les déplacements : le développement d'une signalétique entièrement repensée pour faciliter les déplacements et l'orientation des piétons, avec notamment les affichages sur la distance à parcourir entre deux lieux, déjà en place dans un quartier. C'est « Le chrono en marche », qui a été expérimenté dans le quartier Bouchayer Viallet, dans le secteur un.

Cette 20^e journée d'étude est source d'enrichissement. Si nous venons tous d'horizons différents, nous sommes tous liés par une même ambition, celle d'accompagner et de promouvoir le bien vieillir et le mieux vivre ensemble au sein de nos territoires. Aujourd'hui, nous souhaitons encourager les échanges, les partages d'expérience, les questionnements. Nous voulons que les personnes âgées prennent toute leur place dans la vie de la Cité. C'est pour cela que nous concevons des politiques publiques adaptées aux besoins des aînés, coconstruites avec eux, et bénéfiques pour toutes et tous.

Je souhaite que cette journée réponde à nos attentes, qu'elle participe à l'émergence de projets au cœur de nos villes. En tant qu'élu.e.s, il est de notre responsabilité d'adapter nos territoires à une population qui avance en âge, pour lui permettre de vivre un temps de retraite épanoui. Construire la ville de demain a pour objectif de permettre à chacune et chacun d'évoluer dans un environnement de vie bienveillant à l'égard de toutes les générations. J'aurai le plaisir de vous retrouver tout au long de la journée, lors de tables rondes, mais aussi, je l'espère, à l'occasion du déjeuner qui sera offert tout à l'heure, et des différentes pauses. Je vous remercie toutes et tous de votre participation et vous souhaite une belle journée. Je terminerai en disant que ce qui est bon pour les personnes âgées est bon pour la population tout entière. Je vous remercie.

[Applaudissements]

☞ **Laurent EL GHOZI,**
Président d'Élus, santé publique & territoires

Merci à toutes et à tous d'être là.

Merci Monsieur le Maire, merci Kheira, de vos propos. Vous avez finalement parfaitement introduit cette journée. Je vais pouvoir être bref.

Je suis particulièrement content d'être ici. En plus, il fait beau, avec cette belle couronne de sommets enneigés autour de Grenoble. Nous avons la chance d'avoir une magnifique journée. Cette ville entourée de montagnes est toujours aussi accueillante et cela fait plaisir de s'y retrouver d'autant plus qu'effectivement, Éric PIOLLE l'a dit, en mars 2007, nous avons fait ici la 3^{ème} journée nationale d'études d'« Élus, Santé Publique & Territoires », que nous avons intitulée « Le maire et le psychiatre, ensemble pour la santé mentale ». Nous posons déjà les mêmes questions du vivre ensemble, de la place de chacun et du rôle des élus dans cette affaire-là. À l'époque, la vice-présidente de ESPT était Marina GIROD DE LAIN, qui est toujours élue de cette ville. Grenoble est l'une des villes fondatrices d'« Élus, Santé Publique & Territoires » en 2005.

Je voudrais d'abord remercier les personnes qui ont rendu cette journée possible, Frédérique MAROSELLI, chargée de mission à « Élus, Santé Publique & Territoires », Carlyne BERTHOT, pour la ville de Grenoble, qui est ici également, et puis évidemment tout le monde, mais en particulier Kheira, qui nous a accompagnés dans la construction de cette journée, un peu compliquée, pour différentes raisons. Merci à ÉRIC PIOLLE de son accueil, de l'engagement de la ville de Grenoble, vous l'avez dit, pour les questions sociales, les questions de santé, de démocratie, de développement durable. Grenoble est, pour un certain nombre d'élus, une ville qui peut donner des exemples et aider à réfléchir et à vieillir de manière un peu plus bienveillante envers toutes les fragilités.

J'ai un regret quand même, l'absence de représentants du ministère, du département, de l'ARS, du Comité national PAERPA, que nous avons invités. Ils ont considéré qu'ils avaient mieux à faire, sûrement.

En tout cas, merci à tous les intervenants qui vont essayer de nous apporter leurs éclairages, leurs connaissances, leurs compétences tout au long de cette journée.

Deux mots sur « Élus, Santé Publique & Territoires », que j'invite tous les élus à rejoindre, d'autant plus que les élections municipales approchent et qu'il serait bien qu'il y ait du renouvellement dans cette association. Je le dis très clairement : je ne serai plus président en mars 2020. C'est une association que nous avons créée en 2005, avec une demi-douzaine de

villes, dans la continuité des Ateliers Santé Ville, avec une forte volonté d'implication locale et avec comme objectifs le développement de politiques locales de santé dans un cadre contractualisé avec l'État et l'ARS - qui restent responsables de la santé de toute la population sur tout le territoire -, et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé qui, malgré « Élus, Santé Publique & Territoires », n'ont cessé de croître depuis bientôt 15 ans. Rejoignez donc ou incitez vos élus à rejoindre « Élus, Santé Publique & Territoires » parce que nous avons quand même réussi à peser sur un certain nombre de décisions, sur un certain nombre de lois. Je pense à la loi de modernisation de notre système de santé, par exemple. Il est important que les élus se saisissent de ces questions, comme l'a très bien dit Éric PIOLLE.

Pourquoi ce sujet « Villes et Personnes âgées » ? D'accord, moi, je deviens vieux, comme tout le monde, mais plus vite que d'autres, peut-être. Mais la question est de savoir ce que peuvent les collectivités locales et leurs élus pour rendre la vie, la santé, l'accès aux services, l'accès aux soins plus fluides, plus faciles, plus égaux pour tous et en particulier lorsque l'âge rend plus fragile, plus éloigné, plus isolé. Les villes ont à l'évidence quelque chose à faire là-dedans, pour une société qui soit peut-être moins cloisonnée, où l'on ne met pas les gens en catégorie, par âge, par couleur, par pathologie, par problématique, par quartier, par origine, mais où l'on essaie de faire une société ouverte à tous, dite « inclusive ». Quand on ne sait pas quoi faire, on invente de nouveaux mots et de nouvelles catégories, donc maintenant, on parle de « société inclusive ». C'est juste une société qui vit « normalement », qui est ouverte à tous, qui donne sa place à tous. Et l'on ne fabrique pas une ville inclusive simplement avec des solutions marchandes ou techniques - qui, disons-le, en tout cas c'est ma conviction, ont plus tendance à exclure et à créer des inégalités qu'à faire l'inverse -, mais c'est avec la solidarité, l'échange, le partage et la démocratie en santé aussi, particulièrement. Je pense que c'est un véritable levier pour avancer.

Les personnes âgées, les vieux et leurs besoins augmentent, nous le savons. Il y a 2 100 000 personnes de plus de 85 ans en France. En 2050, c'est-à-dire après demain, il y en aura deux fois plus, 4,8 millions. C'est évidemment une question, pas forcément un problème, mais sûrement une question, des questions, des besoins qu'il faut essayer de résoudre, encore une fois dans une volonté de faire la place à tout le monde, d'écouter la parole de tout le monde. Ces besoins, qui vont croître, sont compliqués parce qu'ils demandent l'intervention de multiples acteurs, que ce soit des soignants, et pas simplement des médecins, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des gens pour aménager les logements, des gens pour

aménager la ville. Kheira a parlé de la formation des chauffeurs de bus. Je n'y aurais pas forcément pensé. Nous voyons bien que c'est aussi une des questions qui peuvent se poser. Il y a donc une multitude d'acteurs. Arriver à faire avec tous ces acteurs une société qui fasse la place à tout le monde, ce n'est évidemment pas facile et cela doit se faire au niveau local, en proximité. Rien ne peut donc se faire sans la volonté politique, en particulier des élus locaux. Il faut donc vraiment être conscient de cela et faire en sorte que tous s'en saisissent.

Un mot sur PAERPA. C'est un nouveau dispositif expérimental. C'est très bien d'inventer des dispositifs expérimentaux, mais on ne sait pas très bien, après cela, les décliner à l'échelle de tous les territoires. Cela veut dire « personnes âgées en risque de perte d'autonomie ». C'est un peu un truisme. Évidemment, plus on est âgé, plus on risque de perdre de l'autonomie. Nous avons donc inventé un programme qui s'appelle PAERPA : il a été lancé en 2015 et une première évaluation a été faite en 2017. Il s'agit essentiellement de la reprise de ce que les réseaux ont inventé il y a 25 ou 30 ans, de ce que les CLIC ont mis en place il y a 10 ou 15 ans. C'est toujours la même question de savoir comment faire en sorte que tous les acteurs travaillent ensemble au service d'une population particulière. Sauf que c'est plus centré sur le soin. Le mot à la mode, c'est « parcours de soins ». Il s'agit bien de savoir comment construire un parcours de soins pour les personnes fragilisées, que ce soit lié à l'âge ou à toute autre fragilité. Un des éléments importants de cette première évaluation, est que si les soignants restent seuls et ne travaillent pas avec le médico-social et le social, si les collectivités qui ont ces leviers-là ne s'impliquent pas, PAERPA ne fonctionne pas. Le risque de perte d'autonomie devient donc avéré. La question est donc bien de savoir comment on coconstruit cela. Nous savons bien tous que cela ne se construit pas à Ségur, ni à Matignon, ni même à l'Élysée, mais qu'il faut que là-haut, on entende ce que nous disons. C'est vrai que c'est un sujet évidemment politique, d'actualité et à la mode.

Quelques mots du programme d'aujourd'hui :

Cette 20^e journée « Élus, Santé Publique & Territoires » nous donne l'occasion de réfléchir ensemble à toutes ces questions, et pas simplement finalement la question des personnes âgées et de leurs difficultés, mais bien à la question de savoir comment fabriquer la société.

Après ces propos d'accueil, nous aurons une intervention introductive d'Emmanuelle HAMEL, de Santé publique France, que je remercie d'être ici. Santé publique France soutient « Élus, Santé Publique & Territoires » probablement depuis le début. Je ne saurais pas dire quand. Mais

c'est un soutien constant et important. Nous allons essayer ensuite de nous interroger, avec des regards croisés de professionnels, de chercheurs, d'acteurs, de personnes dites concernées, sur ce que nous voulons faire, sur ce que nous disons, finalement, quand nous parlons des personnes âgées, du troisième âge, du vieillissement de la population, des aînés. On crée ainsi des catégories, des mots et la multiplication de ces mots, de ces termes - alors qu'il s'agit simplement des « vieux » comme nous le sommes ou espérons tous l'être un jour! - interroge au moins autant que ce qu'on veut en faire. Après le déjeuner, offert par la ville de Grenoble, et nous remercions encore une fois Monsieur le Maire, nous aurons deux tables rondes plus concrètes sur des expériences, sur ce que les uns et les autres ont pu inventer pour répondre à toutes les questions que nous aurons essayé de nous poser.

Encore une fois, merci à tous. Je répète que je suis heureux d'être ici et que vous y soyez tous pour que nous essayions d'avancer ensemble. Évidemment, en une journée, nous n'allons pas être exhaustifs. Nous avons donc choisi quelques points de vue, quelques éléments pour réfléchir, avancer ensemble afin de sortir ce soir avec un peu plus d'idées, un peu plus ouverts, un peu plus conscients de ce que nous pouvons faire ensemble. Merci à tous.

[Applaudissements]

« Emmanuelle HAMEL,

Santé publique France, Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé, responsable Unité Personnes âgées et populations vulnérables

Bonjour à toutes et à tous. Arrivant en fin de séquence introductive, beaucoup de choses ont été dites. Je serai donc très brève.

Je voudrais d'abord remercier la ville de Grenoble pour son accueil et « Élus, Santé Publique & Territoires » pour cette initiative à laquelle je suis particulièrement sensible. Je suis responsable de l'unité « Personnes âgées et populations vulnérables » à Santé publique France, donc évidemment, ce sujet est au cœur de mes préoccupations quotidiennes.

Je suis vraiment très heureuse d'être ici aujourd'hui, d'une part parce que, comme l'a rappelé Laurent EL GHOZI, le partenariat entre Santé publique France et « Élus, Santé Publique & Territoires » est une histoire de longue date. Nous sommes toujours très intéressés par les travaux et les réflexions qui sont menées par l'association. Je suis aussi particulièrement heureuse d'être ici, à Grenoble, parce que je trouve que cette ville est vraiment une terre de promotion de la santé. Tout au long de mon

parcours professionnel avec maintenant un certain nombre d'années d'expérience, j'ai pu constater, quels que soient les sujets, quels que soient les domaines, que Grenoble est toujours présente. Grenoble fait toujours partie des villes dans lesquelles il se passe des choses, des expérimentations, des innovations. Vous avez évoqué la signalétique tout à l'heure. À l'époque, j'ai travaillé aussi sur ces questions. Effectivement, cette ville est très propice à l'éclosion et à la mise en place d'initiatives qui favorisent ce vivre ensemble dont nous avons parlé.

Je voulais vous dire quelques mots sur Santé publique France, dont le nom est relativement nouveau. Nous sommes une agence qui a été créée il y a deux ans par la fusion de l'Institut national de veille sanitaire, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et l'EPRUS, qui s'occupe des urgences sanitaires. Notre mission est d'agir au plus près des territoires afin d'être en appui pour les différents acteurs qui mènent des actions sur le terrain, qu'il s'agisse des professionnels de santé, des acteurs du social, des décideurs, des élus. Notre chance aujourd'hui, l'intérêt de notre agence qui est beaucoup plus étoffée, est de pouvoir être dans un continuum qui va de la surveillance et des études, jusqu'à la mise en place des actions, des interventions et leur évaluation. Les questions d'articulation avec les territoires sont au cœur de nos préoccupations. En matière de surveillance, par exemple, se pose la question de la territorialisation des données, de savoir à quel niveau nous devons produire des données, pour qui, pour quels utilisateurs. Nous mettons en place un observatoire, un web observatoire de données en santé publique, appelé GEODES qui va permettre d'avoir des graphiques, des tableaux, des cartes. La question de l'échelle et des utilisateurs de ces données est extrêmement importante et fait partie des sujets qui nous animent.

Pour ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé, l'approche que nous développons est globale et positive. L'idée est donc de nous intéresser, non pas seulement aux comportements individuels, aux facteurs de risque ou aux pathologies, mais bien aux facteurs protecteurs qui vont permettre d'avoir une avancée en âge en santé. Ainsi, nous nous intéressons à ce qui se passe dans l'avancée en âge, au moment de la retraite et même plus tard, mais aussi à tout ce qui se passe en amont. Aujourd'hui, de plus en plus, nous voyons que le développement de tous les facteurs protecteurs se fait de façon cruciale dès l'âge adulte, dès 40 ou 50 ans. Nous déplaçons donc un peu le curseur de notre réflexion sur le vieillissement. C'est un changement de paradigme important. Nous avons vu au travers de tous les propos que vous avez tenus que nous sommes effectivement dans une continuité d'actions pour pouvoir garantir ce vieillissement en santé.

Je voulais revenir sur l'approche de promotion de la santé qui est développée au sein de l'agence. C'est une approche qui insiste sur tous les déterminants du vieillissement en santé et qui insiste notamment sur les déterminants socio-environnementaux. Donc, tout ce qui concerne l'habitat, le logement, les transports, les loisirs, la culture, l'activité physique, le sport, etc., représente des facteurs extrêmement déterminants. Évidemment, je n'ai pas besoin d'en rajouter, mais vous voyez le rôle majeur des collectivités territoriales, en particulier des villes, pour promouvoir ces environnements favorables à la santé. Je me réjouis donc vraiment de toutes les initiatives, de tous les travaux qui vont être présentés aujourd'hui. Je pense que c'est extrêmement inspirant et important pour nous permettre d'alimenter cette réflexion. C'est une réflexion qui est aussi en constante évolution au sein de l'agence, de Santé publique France, avec la volonté d'approfondir certains sujets et certaines thématiques. Je pense à tout ce qui tourne autour de la santé des aidants, qui est aussi un sujet extrêmement important et à tout ce qui concerne la santé cognitive. Nous voyons tous les enjeux de prévention, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, de façon beaucoup plus large.

Enfin, il y a un sujet dont on ne parle pas forcément beaucoup mais pour lequel nous aurons peut-être des pistes aussi, c'est la question du genre. Parce qu'aujourd'hui, évidemment, nous constatons que vieillir en étant un homme ou une femme n'est pas exactement la même chose. Il y a peut-être un certain nombre d'initiatives qui devraient prendre en compte cette dimension et l'explorer davantage.

Le dernier point est peut-être aussi un fil conducteur que nous tirerons des interventions de la journée. C'est la question des inégalités sociales et de la précarité qui reste un enjeu majeur et une problématique qui va certainement encore se développer, compte tenu du contexte de crise et des conséquences de ce contexte qui vont se dessiner dans les prochaines années.

Je suis certaine que la journée d'aujourd'hui va nous apporter beaucoup d'éléments de réflexion, des éléments très concrets qui vont enrichir nos pratiques. Nous allons donc vivre un temps très stimulant au cours de cette journée. Merci à tous.

[Applaudissements]

☞ **Carlyne BERTHOT,**

chargée de mission Ville Amie Des Aînés (VADA), Grenoble

Bonjour à toutes et à tous. Merci beaucoup pour ces ouvertures et ces propos très enrichissants, je pense, pour chacun d'entre nous. Avant de débiter cette première table ronde, en préambule de la journée, nous allons laisser la parole à Pierre-Olivier LÉFEBVRE, qui est le délégué général du réseau francophone des Villes amies des aînés. Il va nous proposer une conférence introductive autour du thème « Passer de l'injonction du bien vieillir à l'éloge d'une avancée en âge réussie ». Pierre-Olivier, je te laisse la parole.

conférence
introductive

PASSER DE L'INJONCTION DU BIEN VIEILLIR A L'ELOGE D'UNE AVANÇÉE EN ÂGE RÉUSSIE

«● Pierre-Olivier LEFEBVRE,

délégué général du Réseau francophone des Villes Amies des Aînés

Bonjour à tous. «Conférence introductive», cela a déjà bien débuté. Mais déjà, merci aux organisateurs de cette journée et à la ville de Grenoble de m'avoir proposé de venir vous parler. Cela me rappelle ma jeunesse. J'essaie de compter : cela fait bientôt 30 ans que je viens à Grenoble, donc comme disait le Président, on vieillit lentement mais sûrement.

Je me questionnais, en voyant le titre de cette journée, «Santé et Vieillesse: le pouvoir des collectivités locales», et je me disais que cela aurait peut-être mérité un point d'interrogation, ou peut-être même deux: un sur l'association d'idées «santé et vieillissement», et un sur la question du «pouvoir des collectivités locales», qui sont, dans ces temps mouvants, malmenées. À un moment, on n'en veut pas, et à un moment, on pense que c'est elles qui peuvent être la clé de l'écoute et de l'attention.

Carlyne, tu l'as dit, je suis délégué du réseau francophone Villes amies des aînés. C'est un réseau qui regroupe 125 territoires ou organisations principalement en France, et un peu en Belgique et en Suisse. Ce qui fait que cela fonctionne, c'est peut-être que, dès le début du projet de l'OMS, c'est cette vision de la transversalité qui a été proposée, que nous avons entendue dans les propos liminaires de ce matin. L'autre chose, c'est de partir du terrain, de ce que les habitants attendent, de ce qu'ils vivent. Je crois que c'est peut-être cela qui est intéressant. C'est important de nous autoriser à ouvrir les portes et nos esprits quand nous avons des thématiques comme celles-là, et d'oser enfoncer parfois les tabous. Parce que très souvent en France, quand nous avons des programmes «en faveur» des personnes âgées, et plus largement dans toutes les cultures institutionnelles, nous avons des messages parfois décalés. J'entendais parler Madame HAMEL des aidants. Nous voyons bien que la difficulté des aidants est de savoir parfois qu'ils sont aidants. Nous faisons donc des journées des aidants, des programmes sur la prévention, tout un tas de choses qui sont extrêmement pertinentes. Mais la question, c'est l'adéquation entre les termes techniques que nous avons, qui sont justes, et la réception par le public, qui peut parfois se demander de qui il s'agit. Peut-être que la question du vieillissement qui est à travailler, est que, souvent, on se dit que le vieux, c'est l'autre. En termes de communication, c'est donc extrêmement compliqué parce que quand on dit qu'on fait quelque chose pour les personnes âgées, les plus de 60 ans, etc., les gens se retournent et se disent que ce n'est pas pour eux, qu'ils en parleront à leur grand-mère, leur mère, leur voisine, qui elles, sont «des vieilles». Mais eux, ils vont bien, ils ne sont pas vieux. Il faut donc peut-être déjà oser démonter cette association d'idées qui fait que quand on est vieux, on ne va pas bien.

022 / 023

Actes 20^{ème} Journée
«Santé et vieillissement:
le pouvoir des collectivités locales»

Dans le Dauphiné Libéré de ce matin, il y avait « la perte d'autonomie est à nos portes », sur une demi-page. Cela donne envie de vieillir tout de suite, youpi ! Sur ces questions-là, peut-être que quand nous réfléchissons ensemble sur des thématiques comme aujourd'hui, il s'agit de nous demander comment nous pouvons rejoindre les publics et au final, nous donner envie plutôt que de nous dire « quel problème ! » Déjà, en disant « en faveur de », « à destination de », il y a un petit côté de l'institution qui dit « voilà comment vous devez être, voilà comment vous devez faire ». On nous explique donc qu'il faut vieillir en bonne santé, qu'il faut bien manger, bien bouger, bien marcher, ne pas boire, ne pas fumer, bien obéir. Au final, ce type d'injonctions pour les plus âgés et un peu le « range ta chambre » des ados, « passe ton bac d'abord », « sois sage » pour les enfants, qu'on transposerait dans l'avancée en âge. Mais au final, est-ce que cela ne fait pas le même effet que lorsque nous disons à nos enfants de ranger leur chambre ? « Je n'ai pas envie, tu m'embêtes avec tes trucs, je suis libre. » Et quand on avance en âge, une des choses les plus riches, les plus chères qu'on entend dans les débats participatifs, c'est que nous sommes des adultes et que nous le resterons jusqu'à la fin de nos jours, que nous ne sommes pas des adultes jusqu'à un moment donné où nous deviendrions la personne âgée. Or, trop souvent, c'est oublié. Il s'agit donc de savoir comment rentrer en communication pour donner envie. Nos politiques publiques sont de bon sens, et je ne dis pas qu'il ne faut pas les mener, bien évidemment. Il est évident qu'il faut se donner des chances de réussir sur l'avancée en âge. Mais est-ce que se donner des chances, c'est simplement avoir en face de soi des renoncements, des choses qui ne font pas envie pour que cela dure plus longtemps ?

Nous oublions quand même que si nous vieillissons, c'est grâce à un siècle de réussite en termes de santé publique, de mortalité infantile, de progrès médicaux, de prise en charge des grandes maladies et que nos pays riches se sont développés en capitalisant cette qualité de vie. Trop souvent, nous voyons ce qui reste et qui irait mal sans regarder la grande partie de ce qui va bien et de ce qui va mieux. C'est un des défauts français : on se plaint. Quand nous voyageons un peu, nous nous apercevons quand même que, malgré tous les trous dans la raquette que nous pouvons voir, c'est quand même une immense chance d'avoir une Sécurité sociale telle que nous l'avons en France. Ne l'oublions jamais. Parce que sinon, nous passons à côté d'un débat où nous voudrions améliorer, mais sans regarder cette forme de patrimoine national que nous avons autour de cette question de la préservation et de la prise en compte individuelles quand nous avons des moments de fragilité dans notre santé, quand nous avons des moments de maladie dans notre santé. Ma fille a une maladie.

L'autre jour, elle me dit « Papa, je suis allée chercher sur Internet pour voir combien mon traitement coûtait et combien ma journée d'hôpital, tous les mois, coûtait ». Elle était effarée du prix. Je lui ai dit « Tu vois, tu as de la chance, ma chérie, parce que dans d'autres pays, on ne pourrait pas faire cela ». N'oublions donc jamais ce type de choses et ne nous perdons pas dans des revendications qui oublieraient que nous avons un socle.

En même temps, continuons de mêler l'échange qui fait que l'accès aux soins doit continuer d'être un vrai combat. Et nous savons que pour les plus fragiles et les plus pauvres, le combat n'est pas gagné. Il faut se le redire. Entre autres, chez les âgés, nous avons vu dernièrement des études où nous voyons que les soins dentaires ne se font pas, que les soins d'optique ne se font pas, que les opérations importantes ne se font pas et qu'on laisse traîner. C'est lié à la capacité, ou pas, financière, ou aux arbitrages qu'on doit faire, si on fait ces démarches ou pas. C'est aussi lié à une difficulté de s'imaginer, demain, longtemps. Du coup, on se dit qu'on va peut-être mourir avant, au final. Évidemment, on ne le dit pas aux autres. Je continue de parler de ma famille, parce que je suis comme tout le monde. Nous avons tous un environnement, mais je trouve que c'est parfois signifiant. Ma belle-mère doit aller faire depuis un an des radios des hanches et des genoux. Quand ma femme lui demande si elle y est allée, elle répond que non, mais qu'elle sait qu'elle peut y aller. En fait, comme elle n'est pas en bonne santé, elle se dit que cela ne vaut peut-être pas le coup de faire l'effort. Il s'agit donc de savoir comment on se donne envie, comment on s'engage dans le projet, ce qui fait qu'on va le faire. Car au final, nous dire de bien manger pour être en bonne santé peut sembler inutile si on ne voit personne de la journée, si on ne compte pour personne. Quelle est cette drôle d'idée qui nous dirait qu'il nous faut être en bonne santé pour nous ennuyer, ou qu'il faudrait que nous soyons en bonne santé pour que ce ne soit de la faute de personne s'il nous arrivait quelque chose ? Je discutais avec quelques étudiants, avant que nous commentions, de la qualité de vie ou du manque de qualité de vie en EHPAD. Comment donner envie de trouver les ressorts de la vie sociale qui vont faire qu'on va avoir envie d'être en bonne santé ?

L'OMS dit que son ambition, à travers ses programmes, est d'ajouter de la vie aux années, dans un environnement de santé globale. Je vous redonne la définition, parce que je la trouve quand même signifiante. « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » C'est subtil, comme définition. Au final, nous pourrions résumer cela à « bonjour, comment allez-vous ? » Et quand nous demandons à quelqu'un comment il va, déjà, il faut vraiment lui demander. Il ne faut pas que ce

soit juste une formule de politesse. Sinon, il vaut mieux dire « il fait beau aujourd'hui ». Mais si vous demandez à quelqu'un comment il va, le but du jeu n'est pas de lui demander sa liste de médicaments, mais de lui demander comment il va dans sa globalité. Derrière, il y a un projet de relation sociale. Il s'agit de rentrer en lien. C'est cela qui devrait changer nos rapports. Il y a donc cette subtilité dans la définition de l'OMS.

Monsieur le Président, vous parliez d'être à la mode, du terme très à la mode en ce moment de « société inclusive ». Je vous donne les bémols aussi. J'ai appris que Marie-Anne MONTCHAMP avait décidé de travailler à la CNSA sur ce sujet parce qu'elle s'était aperçue qu'ils n'étaient pas d'accord avec le Président de la République sur ce qu'était une « société inclusive ». Vendredi dernier, nous étions avec Michel DELAUNAY, qui se demandait quelle était cette drôle d'idée de dire aux personnes âgées qu'il faudrait qu'elles soient dans une société inclusive alors qu'elles étaient là avant les autres. En gros, cela voudrait donc dire que nous les avons mises à la porte et qu'il faudrait qu'elles rentrent par la fenêtre. Vous voyez donc, il y a un débat autour de cet enjeu et c'est essentiel de le traiter, parce que sinon, vieillir et bien vieillir avec tous les produits dérivés ne toucheront jamais leur cible parce qu'ils n'auront pas réussi le plus important, donner envie d'être ensemble, donner envie de se projeter en bonne santé, et pas d'être en bonne santé parce que cela sert à quelque chose.

L'autre débat que nous pouvons avoir est que nous nommons souvent les outils de la prévention, qui renvoie à un exercice de la modération personnelle. Je parlais de ne pas fumer, de bien manger, etc. C'est donc de notre responsabilité, dans les messages que nous recevons, d'être ou non en bonne santé. Cela renvoie donc à la responsabilité individuelle. Mais alors, où est l'usage du libre arbitre si c'est comme une forme d'injonction de maturité pour soi et son entourage, pour qu'une société soit équilibrée et qu'on nous dise « j'ai tout fait pour qu'il ne m'arrive rien » ? S'il m'arrive quand même quelque chose, est-ce de ma faute ? Est-ce de la faute de la société ? Est-ce la faute de mes gènes ? De quoi est-ce la faute ? Vous voyez donc que nous pouvons avoir un rapport conflictuel entre les efforts que nous allons faire nous-mêmes pour nous donner des chances de. En même temps, si le message dit que nous devons bien bouger, bien manger, et qu'il nous arrive quand même quelque chose, ne sommes-nous pas coupables de quelque chose, et donc même redevables envers la société, parce que nous aurions fait usage de notre libre arbitre en sortant pour boire un coup quelques fois, par exemple ? Nous sommes-nous sentis coupables ou pas ? Non, si nous l'avons fait avec modération, avec bonheur, avec plaisir. Vous voyez donc il faut être, d'un côté, dans les clous du discours officiel, mais il faut aussi être vigilant à ne pas devenir culpabilisant par

ce discours officiel. C'est très compliqué parce que comme je le disais, la cible des âgés est toujours celle de l'autre et que le premier message qu'il faut faire passer, c'est que cela vaut peut-être le coup de durer parce que nous avons des choses à vivre ensemble.

Un des grands défis du vieillissement, c'est que très souvent, nous avons envie de renvoyer les âgés au passé. « Vous êtes la mémoire. » Mais involontairement, en faisant cela, on pourrait dire « par contre, pour les choses d'aujourd'hui et de demain, restez bien sages, on s'occupe de vous ». C'est la réalité de Ville amie des aînés. Quand je discute avec Kheira, la richesse est qu'en fait, le passé sert de repère en choses positives ou négatives qui sont passées, mais afin de préparer aujourd'hui et penser demain ensemble. C'est ce qui donne envie. C'est peut-être cela, l'acte de citoyenneté qui fait que nous pouvons être dans le discours et en même temps, dans la réalité.

Soyons donc vigilants à ce que notre organisation nationale ne dissocie pas sagement le financement de cette prévention. Il faut que le préventif et le curatif deviennent peut-être plus unitaires. Un des problèmes de nos organisations, c'est que nous savons que le curatif coûte très cher. Une journée d'hôpital coûte très cher. En même temps, on met assez peu de moyens sur la prévention. Quand on en met, on perd parfois la cible. Moi, je le vois au niveau du réseau. Nous avons du mal à trouver des financements parce qu'on nous dit que nous ne sommes pas dans les conférences des financeurs, n'étant pas dans l'opérationnel. En même temps, nous sommes dans ce travail d'essaimage de ces messages-là, qui créent les fondations. C'est comme si dans une maison, nous ne voulions payer que les murs, mais pas le sol et le sous-sol, pour que cela dure longtemps. C'est un peu la difficulté qu'il y a dans cette vision de la prévention, entre le préventif et le curatif.

N'oublions pas que nous sommes les vieux d'être raisonnables et que parfois, nous leur disons qu'ils coûtent cher et qu'ils prennent même le risque de ruiner la société. C'est quand même le message que nous avons. C'est involontaire, évidemment. Mais je pense qu'il faut peut-être parfois changer les mots. Arrêtons de dire que « nous prenons en charge ». Disons que « nous prenons en compte ». Ce ne sont pas que des termes. Il y a du sens derrière et je pense que c'est vraiment important, au-delà des jeux de mots, de donner des objectifs pour qu'on ait envie de vivre en bonne santé de longues années. Les gens qui n'ont pas envie d'être raisonnables n'ont pas à l'être, mais doivent apporter autre chose à la société. Il ne faut pas opposer les qualités de vie les unes aux autres, mais plutôt les rendre complémentaires. Il faut proposer cette perspective d'utilité sociale, cette

place qui doit être vraie, juste pour les aînés, avec les aînés, pas à côté. Nous faisons les choses ensemble. Ce sont vraiment des points de repère qui font que la perception de l'âge et des âgés dans les territoires peut devenir positive.

Nous avons parlé de démographie. Avec le défi écologique, le défi démographique est l'un des défis majeurs du XXI^e siècle. C'est celui dont nous parlons le moins au niveau national. Pourtant, il va falloir inventer une façon de vivre ensemble entre générations, avec des proportions qui ne sont pas les mêmes. En ce sens, la bienveillance des collectivités à l'égard des aînés est fondamentale. Parce que c'est, selon moi, le premier travail de prévention des mauvais effets du vieillissement. Un territoire où on se dit qu'il est fait pour soi, qu'on se sent bien dedans naturellement, qu'on continue de bien se sentir dedans quand on y est depuis longtemps, qu'on découvre qu'on peut y être bien quand on vient d'y arriver, c'est important. Car nous ne vieillissons pas tous là où nous avons vécu toute notre vie, c'est une idée reçue.

N'oublions pas non plus qu'être vieux, c'est hétérogène et qu'il n'y a pas une seule sorte de personnes âgées. Dans nos communications, dans nos messages, nous devons travailler cette variété de publics. Sinon, non seulement nous pensons que le vieux, c'est l'autre, mais en plus, nous nous faisons un portrait-robot qui n'est pas celui que nous voyons dans le miroir le matin. On rate donc à nouveau sa cible. Je pense que cette diversité doit permettre de proposer des choses qui sont innovantes, qui sont variées et qui permettent cette attention à la fragilité.

La fragilité est peut-être un terme que vous allez développer dans la journée. C'est important parce que c'est un peu « être entre deux guets ». Ce n'est pas avoir perdu son autonomie, mais c'est être « moins pimpant qu'avant », aurait dit ma grand-mère. Il s'agit donc de savoir comment avoir des attentions qui font qu'on va réussir individuellement à continuer ce que les techniciens appellent le « projet de vie ». C'est comme cela qu'en réalité, on lutte contre l'âgisme, cette petite musique qui dirait gentiment que quand on est vieux, on serait aimable de laisser la place au suivant. Oui, c'est quand même le troisième critère de discrimination en France, et nous savons qu'il est mal compté. Le Défenseur des droits nous explique régulièrement que nous savons que les personnes âgées vont moins que les autres dire qu'elles se sentent maltraitées dans le sens où on a fait un rapport à leur âge qui posait problème. Vous voyez donc comment on peut passer naturellement sur de nouveaux repères.

C'est peut-être aussi travailler la remise en cause du critère chronologique. Effectivement, je dépasse mon temps d'intervention, mais vous sa-

vez qu'on gagne un trimestre d'espérance de vie, et rapporté à une journée, cela fait six heures de plus, donc ne vous inquiétez pas. Nous avons tout notre temps, mais je vais quand même accélérer. Remettons peut-être en cause le critère chronologique, qui fait que nous avons des droits, des devoirs, des possibilités en fonction de tel ou tel âge, parce que ce n'est plus le bon critère. D'ailleurs, on nous donne des statistiques pour les 60 ans alors que ce n'est même plus l'âge de la retraite. Je ne sais pas comment nous pourrions faire, avec Santé publique France, pour arriver à avoir des choses en conjonction. On nous dit que dans tant d'années, il y aura tant de plus de 60 ans. Qu'est-ce que cela veut dire ? Pas grand-chose, au final, et cela renforce cette idée que quand on a plus de 60 ans, on devient quand même un petit problème aimable qu'il va falloir gérer et traiter. Voilà donc comment cette question, à mon avis, peut être posée.

L'OMS avait une autre définition sur ces questions-là, que je vais vous livrer. Les politiques de santé publique devraient tenir compte de la remise en question qui est en cours à propos de ce qu'est le troisième âge et de ce qui pourrait le constituer. Elles devraient plutôt viser l'autonomisation des personnes âgées de façon à ce qu'elles puissent réaliser des choses que les générations précédentes n'avaient jamais imaginées possibles. Il faut donc inventer. Je pense que la richesse de nos débats est que nous avons le droit d'inventer puisque nous vivons quelque chose d'inédit. Cela ne s'est jamais passé avant, donc nous avons le droit d'oser des choses. On ne nous reprochera pas d'avoir raté la cible. Mais il faut oser cela, oser imaginer pour que la question des préventions devienne un vrai processus d'équité sociale et de solidarité, que cela permette d'agir sur sa vie, d'avoir le choix de ce qui est proposé sur le territoire.

Vous voyez donc bien qu'à travers ce que je vous dis là, c'est, entre autres, les missions que se donne, par exemple, la ville de Grenoble autour du processus Ville amie des aînés. Parce que cela s'inscrit dans ce cadre qui est beaucoup plus large et complémentaire, et qui est bénéfique aux habitants. Parce qu'il y a un engagement collectif, participatif, et parce que cela regarde l'environnement social et l'environnement bâti d'un territoire. Cela fait que tout cela s'emboîte.

Voilà donc comment, de mon point de vue, nous pouvons construire une politique de santé efficace, avec ces clés de réussite qui font que nous ne nous trompons pas de public. Évidemment, parfois on se dit qu'il y a beaucoup de dispositifs. Vous parliez du PAERPA. Il y a les Contrats Locaux de Santé. Il y a vraiment beaucoup de choses. Le rôle du Maire est de piloter tout cela et de faire en sorte que cela respire, que ce ne soit pas étanche, que cela ne travaille pas en silos, mais que tout cela

soit complémentaire dans la façon d'agir, pour que cela fonctionne. Il est important, dans tous les Contrats Locaux de Santé, d'inclure les aînés parmi les autres, au même titre que les autres, et de ne pas faire des programmes à côté, comme si c'était des cas particuliers. Quand nous faisons une sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire ou sur la prévention des risques des cancers du sein ou sur la perte d'audition, il faut nous dire que c'est pour tout le monde. Même si nous savons que, et vous l'avez déjà dit, les publics âgés ont plus de risques d'aller moins bien avec l'avancée en âge. Mais il n'y a pas que des risques. Il est donc vraiment important d'inclure les acteurs.

Pour terminer, il faudrait pouvoir inclure cette vision d'anticipation. Un feu rouge qui passe suffisamment lentement pour que nous puissions traverser, c'est de la lutte contre l'isolement et c'est de la prévention des mauvais effets du vieillissement parce qu'on se dit qu'on peut continuer de marcher pour aller au parc en face de chez soi. Ces choses doivent donc être pensées au niveau du territoire, pour qu'il y ait une bonne alchimie et qu'on se dise que la promotion des bonnes initiatives permet d'imaginer qu'on peut faire des choses, que cela concourt à une politique publique de proximité et que cette volonté politique du territoire envoie un message positif, qu'on a sa place sur le territoire, qu'on n'est pas de trop. Ce sont des atouts qui permettent d'inciter les aînés à vivre d'une façon autonome, à choisir leur lieu et leur mode de vie. Dans ce sens, je pense que ce n'est pas vraiment un exercice de pouvoir, pour reprendre votre thème, mais plutôt un exercice de démocratie au service de tous. C'est la fierté que peuvent avoir les municipalités parce que c'est elles qui sont au cœur et en proximité des habitants. C'est vraiment essentiel de ne jamais l'oublier. Merci beaucoup.

[Applaudissements]

«● **Laurent EL GHOZI,**
président d'Élus, santé publique & territoires

Merci pour toutes ces réflexions, pour toutes ces pistes et toutes ces volontés de donner le plus de place possible à tout le monde, sans différence, sans distinction.

Nous avons pris un peu de retard, donc j'appelle tout de suite la table ronde que va animer Marianne AUFFRET, avec Philippe SALTEL, Gaëtan GAVAZZI, Kheira, qui reste là, Sebastian MOSER et Mohamedou TALL.

table
ronde

L'INVENTION DE LA VIEILLESSE UNE CONSTRUCTION MÉDICO-SOCIO-POLITIQUE

« Marianne AUFFRET,

vice-présidente de l'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Merci beaucoup, bonjour à tous. Je fais juste une petite notice, un petit contrechamp de cette table. Pourquoi l'association « Élus, Santé publique & Territoires » a-t-elle choisi ce thème ?

En fait, Laurent, Président de l'association, et moi, vice-Présidente et élue à Paris, en charge de la santé et de l'urbanisme, avions une grande discussion en nous demandant ce que nous allions faire cette année. Cela faisait déjà 15 fois que nous faisons la santé mentale, etc. Nous avons eu cette idée parce qu'il me disait qu'il vieillissait. Il me demandait si je savais quel âge il avait. Au bout d'un certain temps, j'ai compris. Il vieillissait et il avait besoin de me parler de son vieillissement. Moi, j'avais besoin de parler d'une autre chose, que j'allais arrêter d'être élue, là dans un an et demi. Puisque c'est un sujet d'élus, c'est une association d'élus, vous avez des sujets d'élus qui sont travaillés là. Dans un an et demi, j'aurai 44 ans et je vais arrêter d'être élue, au bout de 19 ans. J'avais envie de lui parler de mon passage à la retraite. C'était vraiment fort. C'est-à-dire qu'il se moquait de moi, moi de lui. C'était assez cordial, mais en réalité, je lui parlais d'une bascule qui m'inquiétait et qui allait m'arriver à 44 ans, à un an de l'emploi senior d'ailleurs. Cela veut donc dire que la bascule que j'avais là existait déjà dans la société. C'est-à-dire que dans un an, je serais sur l'emploi senior. Par contre, je devrais attendre 30 ans avant de rentrer dans le cadre de la gérontologie. Effectivement, comme tu disais, Emmanuelle, ce matin, il y a un très long continuum sur lequel nous allons pouvoir nous interroger.

Voilà pour la notice. Dans mon souvenir, pourquoi avons-nous rajouté la santé ? Outre le fait que ce soit une association d'élus à la santé et qu'il y avait un moment où c'était un peu notre sujet, je crois que nous nous sommes dit que la santé était un peu comme la trace sociale du vieillissement. C'est-à-dire que si nous voulions dégager ce sujet de sa partie un peu existentielle, sur ce qu'est vieillir, il fallait lui donner une trace sociale que nous, élus, pouvions cerner un peu. La santé, contrairement à ce qui s'est dit tout à l'heure dans la conférence introductive, ce n'est pas que parler de maladie. Nous parlons de santé, mais nous ne parlons pas que de maladie. Nous avons aussi effectivement envie de parler de ce marqueur social qui est de rester en bonne santé, et du lien avec le vieillissement.

Le dernier aspect est qu'outre la notice, je serai aussi la maîtresse du temps pendant cette table ronde. Ce qui, sur une table ronde sur la vieillesse, est quand même assez classe. Je serai donc extrêmement exigeante

sur le fait que vous ne soyez pas plus longs que 7 à 10 minutes, avec une espèce de limite en miroir de ce continuum de la vieillesse. Merci beaucoup.

Nous allons donc commencer par la première personne, qui est Philippe SALTEL, qui va lui-même se présenter. Après, chacun se présentera soi-même.

Un point de vue philosophique

« Philippe SALTEL,

enseignant chercheur en philosophie morale, éthique et appliquée aux soins, Université de Grenoble Alpes

Bonjour à tous. Je ne suis pas un élu. En fait, j'ai été un élu, à l'université, pendant assez longtemps. Je suis professeur à l'université de Grenoble Alpes, professeur de philosophie, spécialiste en éthique des soins principalement, et en histoire de la philosophie morale et éthique.

J'ai un peu réfléchi à la question de l'âge, des personnes âgées, de la vieillesse et immédiatement, une formule d'Annie GIRARDOT, dans un film dont je n'arrive pas à retrouver le nom, m'est venue à l'esprit, une formule qui dit qu'on ne vit pas avec des âges, mais avec des gens. En fait, je dirais que nous vivons avec des âges et avec des gens. Nous vivons avec des âges : il y a quatre âges de la vie, l'enfance, la jeunesse, l'âge adulte et la vieillesse. Mais en réalité, dans la nature, il n'y a que deux âges de la vie. Parce que dans la nature, on est enfant et puis quand on n'est plus enfant, on est adulte. La distinction, c'est le fait de pouvoir se reproduire. Et on n'est pas adulte très longtemps, en tout cas on ne passe pas à la vieillesse dans la nature sauvage, parce qu'au bout d'un certain temps, on devient une proie pour des prédateurs. C'est donc fini. Au fond, ce sont les humains et la civilisation qui ont inventé deux âges, la jeunesse, qui est le temps de l'apprentissage, et la vieillesse. Ces temps, en plus, nous les voyons s'élargir dans les sociétés au fil de l'histoire. Plus elles sont développées, plus elles sont riches, plus elles font durer la jeunesse. On se marie de plus en plus tard aujourd'hui, on a une formation de plus en plus longue. Elles font aussi durer la vieillesse, heureusement, grâce aux progrès des techniques et des sciences médicales, mais pas seulement. Nous avons maintenant une vie sociale qui permet de prendre sa retraite, il faut le dire, plus tôt qu'avant et bien sûr beaucoup plus tôt que quand la retraite n'existait pas, d'ailleurs. Pourtant, ces quatre âges ne correspondent pas à des quantités très définies. Il n'y a pas de tranches d'âge qu'on peut fixer. Nous sommes toujours le jeune ou le vieux de quelqu'un. Martin HEIDEGGER disait que dès qu'un homme est né, il est déjà assez vieux pour mourir. Il ne faut pas l'oublier.

En même temps, pour tous ces âges, il y a un point commun. Il y a une tension commune, c'est-à-dire que tous ces âges ont à la fois un avantage et un inconvénient. L'innocence de l'enfant est à la fois la capacité d'émerveillement qui est propre à l'enfant, mais c'est aussi l'ignorance de l'enfant. La fermeté de la jeunesse, c'est la fermeté musculaire, la bonne santé de

la jeunesse. C'est aussi l'entêtement de la jeunesse. L'assurance de l'âge adulte, c'est la maîtrise, mais c'est aussi les illusions de l'âge adulte, qui croit qu'il peut tout maîtriser et tout le temps. Et la sagesse de la vieillesse, c'est l'appui sur l'expérience, mais c'est aussi l'appui sur autrui. Ce sont deux appuis, disons.

Puisque donc ces âges ne correspondent pas à des tranches d'âge, ils dépendent beaucoup du regard d'autrui. Finalement, on est le vieux de quelqu'un comme on est le jeune de quelqu'un. Est-ce qu'on est vieux à partir du moment, et cela m'est arrivé récemment, où on vous propose la place assise dans les transports en commun ? Pourquoi pas ? C'est un critère. Est-ce qu'on est vieux quand on commence à être traité en petit vieux, voire quand on commence à être traité de vieux con ? C'est aussi un autre critère, mais dans le fond, on est vieux comme on est jeune, selon le regard d'autrui.

Nous vivons donc aussi avec des gens. Nous ne vivons pas qu'avec des âges, nous vivons aussi avec des gens. C'est très important, même s'il y a une réalité de l'âge. Au fond, la réalité de l'âge, s'agissant de la vieillesse, ce sont les trois vieillesse. Il y a la première vieillesse dans laquelle nous sommes encore en très bonne santé, la vieillesse du retraité, la vieillesse encore active de celui qui vient de prendre sa retraite. Il y a la vieillesse du monde qui se rétrécit, dans lequel nous avons moins de possibles, parce que les gestes sont un peu plus difficiles. Il y a des choses dont nous savons que nous ne les ferons plus. Il y a des sports que nous ne pratiquerons plus, etc. Puis il y a la grande dépendance.

Ce que je voudrais dire, c'est qu'au fond, nous avons, dans la société aujourd'hui, la hantise de la grande dépendance. En même temps, il faut reconnaître que nous nous préparons collectivement à une société dans laquelle les personnes âgées seront de plus en plus nombreuses. Et nous avons raison sur les deux points, je crois. Nous avons raison d'avoir la hantise de la grande dépendance et nous avons raison d'avoir le souci d'une société dans laquelle les personnes âgées seront bientôt de plus en plus nombreuses. Nous l'avons dit, il y aura plus de 4 millions de Français, en 2050, de plus de 85 ans. Pourquoi avons-nous raison ? Parce que je crois que nous devons construire une société de paix, c'est-à-dire une société où tout le monde se sente bien, qui accueille toutes les différences, et notamment toutes les générations. Pourquoi ? Parce que la société des seuls adultes actifs, voire des seuls adultes actifs, mâles, blancs, etc., cette société des publicités, cette société dont on nous renvoie très souvent l'image, est une société pauvre. C'est une société à laquelle il manque beaucoup. C'est une société qui produit du malheur et de la rancœur. Nous avons donc

raison d'avoir le souci de mettre tous les moyens pour servir l'autonomie de chacun au cours de sa vie, et pour servir le lien social.

Je ne suis pas très pratique dans tout cela, je suis un philosophe. Aussi, je ne rentre pas très souvent dans les questions pratiques, qui m'intéressent pourtant beaucoup. La tâche de la philosophie est de faire la « géographie » des concepts, de les mettre à la bonne place. Aussi, en conclusion, je dirai que la responsabilité politique que nous partageons tous est la responsabilité de servir l'autonomie de chacun et de servir le lien social, parce qu'une personne n'est pas une personne parce qu'elle est autonome : elle est une personne parce qu'elle est en lien avec d'autres personnes et qu'elle est membre de l'humanité, et donc de la société.

[Applaudissements]

«• **Marianne AUFFRET,**

vice-présidente de l'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Merci beaucoup. Sur le même mode, en écho peut-être - vous aviez sans doute préparé une intervention, mais l'idée est aussi de pouvoir se parler - nous allons donc entendre le Professeur Gaëtan GAVAZZI, qui va aussi se présenter lui-même.

Un point de vue de gériatre

« Pr Gaëtan GAVAZZI,

chef de service Médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes

Merci de l'invitation. Je suis professeur de médecine au CHU de Grenoble. Je suis gériatre, infectiologue, interniste, je fais pas mal de choses et beaucoup de recherche autour du vieillissement. J'ai entendu beaucoup de choses déjà. Je vais essayer de vous donner quelques éléments plus physiologiques, plus médicaux. Enfin, je donnerai quelques éléments pour les élus, comme mon prédécesseur, sur des aspects politiques, pour dire peut-être, d'emblée, comment on se trompe actuellement.

J'ai entendu beaucoup de choses sur le vieillissement. Le vieillissement existe dès qu'on est conçu. Déjà, la première erreur, c'est donc de penser le vieillissement comme quelque chose qui n'arrive qu'à un moment donné. Madame HAMEL avait donc tout à fait raison. Mais ce n'est même pas à 45 ans ou à 40 ans. C'est bien avant. Il y a plein de preuves scientifiques. Malheureusement, je vais beaucoup vous parler de vieillissement et de l'aspect physiologique du vieillissement, bien que si nous reprenons l'ensemble des déterminants du vieillissement et que nous parlons de vieillissement réussi, nous parlons en tant que médecin trop souvent du vieillissement en santé...

Les sociologues en diront une partie, mais si je peux faire une toute petite digression, les éléments qui sont médicaux, les éléments de bio physiologie sont les aspects les moins importants dans le vieillissement réussi. Quand nous prenons donc l'ensemble des déterminants du vieillissement, il y a les éléments environnementaux, sociaux, économiques, le « no money » des Anglo-saxons américains d'il y a 30 ans, dont je rigolais quand je faisais mes premiers cours grâce au Professeur Alain FRANCO qui est ici... maintenant, je ne rigole plus du tout parce qu'il y a beaucoup de mes patients qui ne peuvent pas rester à l'hôpital à cause du « no money ». Il y a donc tous ces éléments. L'élément sur lequel je reviendrai peut-être plus tard, c'est tout l'aspect psychoaffectif et spirituel. Personne n'a parlé de spiritualité, mais je pense que c'est un élément extrêmement important dans son propre vieillissement. Peut-être que si vous vous posez ces questions tous les deux, pour savoir ce qui a motivé cette réunion, c'est qu'en fait, il y a une vraie question spirituelle au moment de la retraite, au moment où on se sent en phase de vieillissement.

Ceci dit, pour revenir sur l'aspect biologique du vieillissement, je vous disais que cela revient vraiment sur quelque chose qui existe dès le dé-

part. Pour être peut-être un peu brut de décoffrage, disons que nous ne sommes pas là pour nous. Nous sommes là pour l'espèce, pour préserver l'espèce. De façon très globale, si je voulais me mettre en macro, toutes les solutions que nous cherchons à trouver là, c'est juste pour que notre espèce survive. Nous sommes donc, à titre individuel, juste une masse de gènes. Le vieillissement, c'est juste cela. C'est une masse de gènes sur laquelle tout un environnement va jouer. Même, ces gènes vont s'exprimer de façon plus ou moins importante, créer des maladies à un moment donné, sous l'effet d'un environnement donné. Nous sommes donc juste cela, finalement, pas grand-chose. Vous allez me parler de l'âme, de la mémoire, etc. D'autres y reviendront peut-être, à ma place. Mais il faut avoir cette vision parce que finalement, c'est tout cela mis ensemble qui constitue le vieillissement.

De fait, si nous regardons l'aspect génétique, pourquoi je vous parle de cela ? C'est uniquement pour vous expliquer quelque chose qui n'a été cité qu'une seule fois, mais que vous devez absolument avoir en tête. C'est que la plupart des choses qui sont dites sur le vieillissement sont fausses parce qu'on ne parle que des vieux. En fait, il y a une énorme hétérogénéité dans le vieillissement. J'ai l'habitude de faire une comparaison pour expliquer cela. C'est qu'il y a plus de différences entre deux jumeaux de 80 ans qui ne se sont pas quittés qu'entre moi et un de mes très bons amis, gériatre, sénégalais, qui est né pratiquement en même temps que moi. Lorsque nous sommes nés, nous nous ressemblions plus, probablement, que ces deux jumeaux de 80 ans qui ne se sont pas quittés. Vous voyez donc l'hétérogénéité dans laquelle nous arrivons. Ici aussi, donc, il y a des populations âgées. C'est très compliqué d'aller jusqu'à une individualisation. Ce n'est pas anodin, ce que je vous dis, parce que la médecine curative actuelle est dans l'individualisation des traitements. La plupart des vieux, de nos aînés en sont exclus, parce qu'ils sont trop complexes.

Je vais rentrer dans l'aspect plus médical. Qu'est-ce qui crée actuellement la dépendance ? C'est en cela que je mets une petite touche politique tout de suite. L'erreur de faire du social ou du médical, c'est que la santé produit la dépendance. Il n'y a actuellement que très peu de personnes pour lesquelles je pourrais dire, sur les quelques milliers de personnes que j'ai suivies, qu'elles ont eu de la dépendance en lien avec leur vieillissement. Que s'est-il passé au travers des âges ? Nos collègues urgentistes, nos collègues cardiologues, nos collègues de toutes spécialités ont réussi quelque chose d'absolument extraordinaire, de faire vieillir des gens qui avaient des maladies chroniques. Vous allez me dire que cela fait un moment. Oui, cela fait un moment, mais encore mieux. C'est-à-dire qu'à la fin des années 90, ils ont réussi à faire vieillir des gens qui avaient des maladies

chroniques de plus en plus sévères. Que se passe-t-il quand on a une maladie chronique sévère ? C'est que cette maladie risque de se décompenser, d'aller jusqu'à une hospitalisation. Cette maladie chronique sévère qui se décompense, que l'on soit à la maison ou que l'on aille à l'hôpital, finalement, va créer de la dépendance. Si nous n'en avons qu'une, le système de santé a bien répondu dans les années 90 en créant des réseaux, le réseau insuffisance cardiaque, le réseau hépatite C, etc. Sauf que la vieillesse, c'est le cumul de maladies qui ne sont pas forcément sévères, mais qui décompensent l'ensemble des choses et l'ensemble de cet équilibre qu'on va donner comme fragile. Nous avons entendu le mot « fragile » à un moment donné. J'y reviendrai un peu, sur la prévention. Cet équilibre va être décompensé par de toutes petites choses. Ces toutes petites choses sont organisées autour d'un système de santé qui est dévolu, qui a été construit dans les années 50 pour prendre en charge les maladies aiguës.

Moi, je suis un des exemples types de la personne qui a été éduquée, fabriquée pour prendre en charge de la maladie aiguë. C'était très bien. En 1950, 75 % des pathologies qui étaient présentes sur la communauté ou les hôpitaux étaient des maladies aiguës. Nous n'avons absolument rien changé du système, je vous assure, alors que maintenant, nous avons besoin de prendre en charge 75 % de gens qui ont des maladies chroniques. Qui sont-ils ? Les gens qui vieillissent. Ce n'est donc pas le vieillissement en lui-même. Le vieillissement est une vraie chance. Le vieillissement crée de l'invention, je vous le dis. Je dis que ma spécialité est la plus belle parce qu'elle soigne les populations qui n'existent pas encore. J'ai déjà vu, sur près de 30 ans, arriver la population des octogénaires et des nonagénaires, qui n'existaient pas et sur laquelle on périrait de façon assez subtile, et peut-être maladroitement, certaines fois, sur ce qui allait se passer. Le système de santé n'est donc pas prévu pour cela.

Alors, qu'est-ce qu'on invente ? Oui, il y a plein d'inventions, et bravo à Ville amie des aînés, etc. Mais pour moi, ce sont des réponses à un système, en tout cas sur le versant santé, de santé qui n'arrive absolument pas à se réformer. Et pourtant, il n'y a pas beaucoup de réformes à faire. Ce qui crée l'opposition ville/hôpital, le lien ville/hôpital, c'est la médecine à l'acte. Tant que nous serons là-dedans, tant que nous penserons que la médecine libérale, et c'est peut-être un peu trop politique, est une médecine libérale... j'ai cru entendre que tout le monde était payé de la même façon, moi y compris. Moi, dans mes activités privées, moi, dans mes activités publiques, je suis payé par la Sécurité sociale. Formidable chose qu'il ne faut pas oublier effectivement, que j'essaie de rappeler à mes jeunes étudiants, qui ont payé 400 € pendant 10 ans alors que la société a dépensé 250 000 € pour les former, etc. Voilà donc sur l'aspect politique.

Quelques éléments maintenant sur l'aspect de prévention, puisque cela a été évoqué. Je pense que c'est l'élément principal. Nous avons entendu parler de fragilité. La fragilité a une définition sociale, psychologique, et aussi une définition opérationnelle, physique maintenant, sur laquelle les gérontologues et les gériatres travaillent depuis une vingtaine d'années. Nous arrivons maintenant à démontrer que cette fragilité est réversible. Il faut donc l'avoir en tête. Comme on est près des montagnes, on dit que « cela a saupoudré ce matin ». Ce n'est pas bon signe quand on dit cela. On dit qu'on ne va pas aller skier, finalement. Je dirais que le PAERPA, c'est un peu cela, un élément de poudrier, tant qu'il n'y a pas un vrai engagement dans les politiques publiques autour de la prévention, qui est un élément très compliqué à faire comprendre, à titre individuel. « Faites quelque chose pour lequel, s'il ne se passe rien, cela aura réussi ». « Vaccinez-vous et si cela fonctionne, vous n'aurez pas la maladie ». Mais comment savoir ? C'est donc tous ces éléments-là, ces éléments motivationnels. S'il y a des questions sur la fragilité, j'y répondrai réellement. Le maître mot est que c'est réversible.

Je terminerai sur le fait qu'en effet, l'élément de prévention le plus important actuellement à mettre en avant, c'est cette prise en charge, ou prise en soin, ou prise en compte de la vulnérabilité des aînés. Maintenant, je ne dis plus « aînés », excusez-moi. Je ne dis plus « vieux », je dis « vieillissants ». Et je fais des topos où je parle des « gens vieillissants ». Souvent, dans la salle, pour noter cette hétérogénéité, il y a des plus jeunes, des moins jeunes, l'âge chronologique ne faisant rien à l'affaire. En fait, il y a beaucoup de jeunes parmi mes étudiants qui sont nettement plus vieux que moi. Et je pense que le critère d'invention est un critère absolument important. J'ai vu arriver une population de septuagénaires, d'octogénaires extrêmement actifs, et cela ne veut pas forcément dire activité physique, mais actifs vers l'autre, actifs dans le lien. Ce qui renvoie à la question du besoin spirituel que nous avons dans le vieillissement. Je vous remercie.

[Applaudissements]

«• Marianne AUFFRET,

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Merci beaucoup. Maintenant, nous avons un point de vue d'élue locale.

Un point de vue d'élue locale

« Kheira CAPDEPON,

3^{ème} adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Merci, Marianne. Le temps, c'est toujours quelque chose qui m'a un peu effrayée parce que j'aime toujours prendre mon temps quand je suis avec quelqu'un, dans une assemblée. Chaque fois que je me retrouve dans une situation où je suis limitée par le temps, je suis en panique.

Avant d'être élue, ma vie professionnelle, c'était plutôt la petite enfance. Quand j'ai été élue, en 2014, quand on m'a demandé quelle délégation je voulais porter, je me suis posé la question. Il fallait que ce soit une délégation plutôt humaine. Pour moi, c'était une évidence que ce fût les personnes âgées. J'ai donc eu un entretien avec Éric PIOLLE, qui m'a demandé ce que je souhaitais. Je lui ai demandé si je pouvais porter cette délégation. Il m'a écoutée, mais ne m'a pas répondu tout de suite. Par la suite, j'ai su que j'allais porter cette délégation. En tout cas, je suis très contente de la porter parce que le vieillissement m'a toujours interpellée. Concernant ce moment des personnes âgées, vieillissantes, je pense qu'il ne faut pas que les termes autour de la prise d'âge soient un frein ni que nous ayons l'impression d'insulter une personne. Il faut être à l'aise avec les termes qu'on emploie, parce que nous voyons bien les différences entre les gens dans leur prise de parole, leur expression. Chacun a sa personnalité. Je pense qu'il est important de pouvoir être à l'aise avec ces termes.

J'ai un peu réfléchi à ce que je voulais vous exposer aujourd'hui. Je pense que l'invention de la vieillesse, thème de cette table ronde, se confond avec l'apparition de la famille moderne. L'histoire du vieillissement est marquée par le passage du vieillard au retraité. La construction de la vieillesse répond aux besoins modernes de devoir remplacer la famille. Avant, le vieillissement était un moment privé au sein de la sphère familiale. Au cours des siècles passés, le vieillissement est devenu un sujet médico-social qui justifie la mise en œuvre d'une politique mettant en jeu le pouvoir des collectivités locales. Auparavant, la meilleure des retraites était pensée comme le fait de vieillir entouré de ses enfants. C'est ce que l'on voyait couramment dans le monde rural notamment, avec un certain lieu de vie. Peu à peu, le développement des villes s'est intensifié avec l'arrivée de l'industrialisation. L'obtention des retraites a été l'objet de luttes sociales. Au début du XX^e siècle, plus de la moitié de la population urbaine âgée de plus de 65 ans ne touchait ni pension ni salaire. La charge revenait aux enfants. Face aux revendications syndicales concernant les conditions de

travail, salaire, emploi, durée de la journée de travail, les grandes industries ont tenté, pour apaiser les tensions, de proposer la mise en place d'une protection sociale. La création d'une pension de retraite pour les ouvriers en fait partie. À cette époque, l'espérance de vie des ouvriers qualifiés était rarement au-delà de 65 ans. Le temps de la vieillesse concernait peu de monde. C'est pour cela que nous avons dit que les choses ont beaucoup changé. Dans ces conditions, les retraites n'ont pas été une revendication sociale des plus urgentes. Progressivement, la famille moderne s'est transformée, marquant sa liberté de choix, avec peu d'enfants, et centrée sur la consommation. Tout ceci a participé à une construction médico-sociale politique différente de la vieillesse.

De nos jours, pour des raisons professionnelles, les enfants partent fréquemment vivre ailleurs. Il y a éclatement de la famille sous l'effet de l'éloignement géographique. Nous avons assisté à une modification du mode de prise en charge de la vieillesse. C'est comme si la création des pensions de retraite avait encouragé le désengagement familial de la prise en charge de la vieillesse. La solidarité familiale ne va plus de soi. Elle devient difficile. Nous avons parlé tout à l'heure des aidants. Nous pouvons revenir dessus. La famille devient impuissante. Or, nous savons que les pensions de retraite de certains sont très fragiles et très faibles. C'est à ce niveau que la politique a un rôle médico-social à jouer, en mobilisant les moyens humains, matériels, financiers des collectivités.

Je peux évoquer trois exemples grenoblois qui illustrent les actions que le politique peut mettre en œuvre. Ils apportent une aide au logement des Grenoblois âgés en situation de perte d'autonomie, que ce soit à domicile ou en établissement. En premier lieu, nous favorisons l'accès aux bailleurs sociaux, qui sont Grenoble Habitat, Actis et d'autres, et surtout aux logements adaptés, même si je sais qu'il reste encore du chemin à parcourir. La ville de Grenoble possède aussi un plan stratégique des établissements de personnes âgées. Nous avons travaillé autour de tous les établissements qui sont portés par le CCAS, afin de leur donner plus de vie. Puisqu'ils étaient très vieillissants et pas forcément très adaptés. Il y a aussi un dispositif qui s'appelle les Vignes, qui s'adresse à des personnes qui souhaitent vivre dans des conditions de confort et de sécurité. Il s'agit d'appartements regroupés à services partagés pour bien vieillir chez soi. C'est un dispositif qui est coanimé par le CCAS de Grenoble, l'association Vivre en Vignes, Vitaliance, qui est un prestataire à domicile, le bailleur social qui met à disposition le logement, Sud Isère Alarme et l'association « Un toit pour tous ». Cet ensemble de partenaires s'engage à un accompagnement médico-social de qualité, coordonnant, évaluant, adaptant les actions de soutien à domicile en fonction des projets de vie

de chaque locataire. Il y a une mutualisation des services, dont le coût est partagé dans un principe de solidarité. C'est une alternative à l'EHPAD. Enfin, le domicile intergénérationnel isérois, DIGI, permet à deux générations de se regrouper sous le même toit. C'est un échange de bons procédés. Les objectifs sont de lutter contre l'isolement et le sentiment de solitude des personnes âgées tout en offrant la possibilité aux jeunes d'être logés à moyens frais. En effet, le senior offre une chambre meublée, et il y a même des immeubles qui sont dédiés pour cela, tandis que le jeune offre sa compagnie rassurante.

En tant qu'adjointe déléguée aux personnes âgées et à la politique intergénérationnelle, j'ai à cœur de favoriser les rencontres entre les Grenoblois âgés et de générations différentes. Ce travail n'est possible que grâce à des initiatives citoyennes. La ville a ses codes. Il y a des lieux que l'on peut rejoindre de façon légitime, et d'autres pas. Je donnerai un exemple. Un homme ou une femme de 80 ans qui irait dans un lycée pour des cours de mathématiques, par exemple, le proviseur en serait surpris. Alors qu'un lycéen qui irait souvent dans un club de personnes âgées, on dirait que c'est surprenant. La politique cherche à lever ces frontières afin de faire bouger les lignes. Ici intervient la notion de don. Se déplacer, c'est avoir quelque chose à partager. La politique doit faire preuve de capacité d'écoute, doit repérer la richesse humaine et faire circuler.

[Applaudissements]

«● Marianne AUFFRET,

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Merci beaucoup. Un point de vue sociologique, maintenant, avec Sebastian MOSER, en dix minutes.

Un point de vue sociologique

«● Sebastian J. MOSER,

chercheur en sociologie à l'Espace Éthique Île-de-France, Laboratoire d'Excellence DISTALZ, Université Paris Sud, EA 1610

Tout d'abord, merci beaucoup de m'avoir invité pour pouvoir discuter avec vous aujourd'hui. J'ai été, si j'ose dire, repéré lors d'une conférence qui s'est tenue en banlieue parisienne, durant laquelle nous avons discuté d'un projet qui s'appelle « Citoyennage », le sous-titre est « la parole des personnes âgées ». C'est un projet qui essaye de lier la citoyenneté et le grand âge. Ce qui est important, c'est de souligner que les personnes auxquelles le projet veut donner la parole sont essentiellement, je cite, « les personnes âgées accompagnées en établissement ou à domicile ». Ce sont donc des personnes âgées très spécifiques. C'était donc un après-midi pendant lequel quelques participants avaient présenté une synthèse intitulée « Vieillir dignement dans la société d'aujourd'hui ». Nous pourrions tout de suite nous interroger sur le titre et supposer que les participants ont exprimé une problématique, c'est-à-dire que vieillir dignement, dans la société d'aujourd'hui, apparemment, ce n'est peut-être pas possible.

Par respect, je commencerai ma petite intervention en donnant la parole à ces personnes âgées accompagnées elles-mêmes. Au début de leur texte, elles disent ceci : « Vieillir dignement dans la société d'aujourd'hui n'est pas toujours évident. Les nouvelles technologies sont de plus en plus présentes, mais ne favorisent pas toujours les relations, le lien. Tout va très vite. Les familles se retrouvent parfois éloignées par les contraintes professionnelles, l'individualisme gagne du terrain et la considération de ceux qui vont moins vite, quel que soit leur âge, ne va pas de soi. La prise en compte des questions liées au vieillissement ne semble pas être une priorité pour les autorités publiques successives. Le risque existe alors de se sentir exclu d'une telle société. C'est ce sentiment d'exclusion qui peut porter atteinte à notre dignité. »

Si je m'appuie donc sur le début du texte, vieillir dignement pose problème dans la société actuelle parce que les individus « pas encore âgés » supposent pouvoir déléguer des tâches du prendre soin des personnes âgées à la machine. Les nouvelles technologies sont de plus en plus présentes mais ne favorisent pas toujours les relations, disent les personnes âgées accompagnées. Nous pouvons donc penser à la vidéosurveillance à la maison ou dans les EHPAD. Nous pouvons penser au bracelet électronique, par exemple pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Nous pouvons aussi penser aux robots en forme de phoque qui existent

aujourd'hui. Selon les personnes âgées accompagnées, vieillir, et même vivre, dignement suppose cependant d'avoir une relation avec autrui, et non pas une sorte d'approvisionnement relationnel assuré par la machine.

Il me semble qu'il serait un peu précipité de jeter la pierre à la machine en formulant uniquement une critique de la technique et d'une société technologisée. Car si nous regardons l'histoire du discours sur la vieillesse, nous retrouvons ce même mouvement, c'est-à-dire le détachement, le découplage des personnes âgées du reste de la société. C'est au moment où la retraite par répartition se généralise, grosso modo après la Deuxième Guerre Mondiale, quand cette retraite consiste à alimenter les retraités directement par les cotisations prélevées au même moment sur la population active, que les personnes vivant la période de la vieillesse sont confrontées à un problème qui n'existait pas auparavant. L'effet pervers de la retraite en tant qu'assurance était l'émergence d'une configuration sociale dans laquelle la vieillesse est devenue une période de la vie à part entière. Parce qu'avant, la personne âgée restait une force de travail parmi d'autres. L'assurance du revenu qui se généralise pour les retraités, si nous excluons ceux qui travaillent à leur compte, confronte les personnes à une sorte de défonctionnalisation de leur être. D'un coup, il existe un nombre croissant de personnes au sein de la société dont la caractéristique principale est d'être libérée de la nécessité de travailler. Il y a donc une confrontation à la réalité du temps libéré. Par ce biais, la vieillesse devient une période que nous pourrions décrire comme du calme bien mérité.

Aujourd'hui, nous sommes arrivés à un nouveau point dans l'histoire de la vieillesse. Mais je ne parle pas du vieillissement démographique. C'est bien sûr important de s'en préoccuper, mais ce n'est pas ce que je veux dire. Ce que je veux dire, c'est que le visage de la vieillesse a changé. La période commençant avec la retraite et durant plus ou moins jusqu'à la mort était, il n'y a pas si longtemps, la période du calme bien mérité. Aujourd'hui, c'est le contraire. La nouvelle norme qui s'impose aux seniors comme un impératif, oblige à l'activité, coûte que coûte. Il s'agit de se tenir en forme. On pourrait dire qu'on fait cela pour soi. Mais parce que nous entendons sans cesse parler des enjeux de la société vieillissante, nous tenir en forme s'impose, d'un coup, pour ne pas coûter trop cher à la Sécurité sociale, par exemple. La vieillesse devient un risque qu'il faut prendre au sérieux et dont il faut s'occuper. Celui qui se laisse trop aller est jugé, d'un coup, irresponsable. De même pour le bénévolat : s'engager de son propre gré dans une association est une chose. Mais aujourd'hui, la personne entre 60 et 75 ans se fait découvrir comme une ressource potentielle pour boucher les trous comme dans les EHPAD ou dans des associations d'aidants, comme France Alzheimer par exemple, qui sont

presque entièrement portées par des personnes âgées ou d'un certain âge. Ne pas s'engager est donc uniquement acceptable si la personne âgée peut jouer le rôle du consommateur. Ce n'est pas à oublier parce qu'il existe bien un marché des seniors, qui représente à peu près 90 milliards d'euros de chiffre d'affaires par an.

L'impératif de l'activité dévalorise plus que jamais le repos, qui a été, à un moment donné, bien mérité. Certaines études sociologiques montrent d'ailleurs que les personnes entre 60 et 80 ans ne se considèrent pas comme des personnes âgées, ou comme vieilles, mais plutôt comme des adultes plus âgés. En anglais, nous parlons de *older adults*. Ce qui est donc considéré comme la vieillesse aujourd'hui, c'est justement la période de la perte d'autonomie. C'est cela, la vieillesse aujourd'hui. Être vieux veut dire être en perte d'autonomie. La vieillesse n'est plus le calme bien mérité, mais la rupture avec une manière choisie de vivre la fin de toute activité. On s'y projette, mais on n'y pense pas trop. Aujourd'hui donc, la vieillesse porte un stigmate qui est renforcé par l'impératif de l'activisme.

Si les personnes de Citoyennage, que j'ai cité auparavant, disent que tout va très vite et qu'on n'a plus de considération pour ceux qui vont moins vite, nous retrouvons à la fois cette image d'un groupe social détaché, découplé, et ceci à contrecœur. Mais à mon avis, dans un sens figuré, nous pouvons voir les personnes « pas encore âgées » s'enfuir de ces personnes. Elles courent pour ne pas voir cette vieillesse d'aujourd'hui, synonyme de perte d'autonomie et de rupture avec une vie autodéterminée.

Pour conclure, permettez-moi de poser deux questions : Comment serait-il possible de contrer ce sentiment d'exclusion dont nous parlent les participants de Citoyennage, qui peut porter atteinte à leur dignité ? Faudrait-il le contrer en luttant contre un discours faisant de la vieillesse un potentiel à exploiter ? Merci.

[Applaudissements]

☞ **Marianne AUFFRET,**

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Merci beaucoup. Une dernière intervention, de Mohamedou TALL. Présentez-vous s'il vous plaît.

Le point de vue d'une association de personnes âgées

«● Mohamedou TALL,

président de l'association Villeneuve 3^{ème} âge

Mohamedou TALL, bonjour à tous. Je suis le président d'une association qui s'appelle «Villeneuve troisième âge». C'est une association de Villeneuve, qui a été créée il y a un an et demi, sur le constat que les vieux qui sont dans ce quartier n'avaient pas de lieu de rencontre. Nous avons donc créé ce lieu, appuyés par la mairie, pour qu'il soit un lieu convivial, d'échanges intergénérationnels, multiculturels et mixtes. Pour l'instant, nous ouvrons trois demi-journées et un après-midi justement pour amener les personnes du quartier et d'ailleurs à venir s'habituer et à s'approprier ce lieu.

Hier, au café, j'ai parlé de cette journée à laquelle j'allais participer. Je leur ai demandé ce qu'ils pensaient du vieillissement. Ils m'ont dit que le vieillissement est une diminution des capacités et surtout la sensation de cette diminution. Ils m'ont dit également que les centres de santé de proximité permettent d'avoir un accès à la santé de manière plus rapprochée. Ils m'ont dit que les gilets jaunes, ce sont des retraités. Quand nous voyons les gilets jaunes, nous voyons plus de retraités. C'est donc une insuffisance de revenus, une précarité aussi, c'est pour cela qu'ils protestent. Nous sommes dans une zone où il y a beaucoup de personnes âgées et surtout issues de l'immigration, qui ont un revenu relativement faible, qui ont ce sentiment d'abandon, d'impuissance et même de stigmatisation. Nous avons fait des repas où nous vendions le couscous à deux euros. 80 personnes étaient présentes. Vous voyez jusqu'où nous pouvons aller pour, au-delà de l'aspect financier, associer et intégrer ces populations dans un lieu où nous pouvons également les orienter sur l'accès au droit et à l'information. Ils ont aussi parlé des mutuelles. Les mutuelles sont très chères. Plus on est vieux, plus on paye. Il y a un article qui est sorti dans le Grenoble magazine qui présente cette association qui est composée de cette diversité culturelle qui fait la richesse de la France.

Je vais revenir sur des aspects peut-être un peu plus philosophiques, sociologiques également, pour déterminer ce qu'est la vieillesse. La vieillesse est une question qui se pose : qui est vieux ? Qui ne l'est pas ? À partir de quel moment sommes-nous vieux ? En Afrique, on dit que quand un vieux meurt, c'est une bibliothèque qui brûle. Parce qu'il a des connaissances, de l'expérience. Ailleurs, dans d'autres sociétés, quand on sent que quelqu'un est incapable de servir la société en tant que telle, il est plus ou moins exilé, banni et logé dans les maisons de retraite.

Maintenant, ici, et je crois que je vais un peu secouer le cocotier, provoquer un peu, être l'avocat du diable, nous sommes peut-être tous ici parce que nous pensons à notre vieillesse. Nous nous demandons ce que nous allons devenir quand nous serons vieux. Nous sommes des êtres bioniques aujourd'hui. On peut changer le cœur, la hanche, le pied. Demain, nous serons peut-être des personnes à moitié robots. Mais il y a toujours cet aspect humain, il est important.

Hier, je me disais que quand on prend sa retraite, c'est à ce moment-là qu'on se rend compte qu'on ne travaille plus et qu'on se demande ce qu'on va faire de ses journées. Et on est aussi jeune à partir du moment où on est à la retraite. On parle souvent de troisième âge, mais chez nous, on parle de troisième génération. Quand on parle des vieux, c'est la troisième génération, dans un processus enfants, petits-enfants, etc. C'est la quatrième génération aujourd'hui. Nous pouvons aussi parler de quatrième âge, parce que nous vivons plus longtemps. Mais vivons-nous bien ? Surtout, dans les zones pauvres, en tout cas où les populations n'ont pas accès à tout ?

Hier, pendant le repas, quelqu'un disait qu'au Japon, un vieux s'est excusé justement d'être trop vieux, à la télévision. La vieillesse est toujours le reflet de la société dans laquelle nous vivons. Ici, en France, on parle de la vieillesse comme étant un problème. Les médecins, les psychologues, les sociologues, les philosophes, tout le monde parle de la vieillesse aujourd'hui. Tout le monde en a peur. En fait, nous avons peur de notre propre vieillesse, de nous sentir incapable et de la mort. Nous avons peur de nous rapprocher de notre seigneur en étant des seniors. C'est aussi cela la vieillesse.

À partir de tous ces aspects, nous essayons de faire en sorte que les vieux, ces gens-là comme disait Brel, puissent bien vivre leur vie. Ils sont aussi actifs. Ils peuvent proposer, créer des choses, partager ... À travers notre association, nous voulons les amener à proposer des choses pour demain. Parce que très souvent, on impose aux gens de faire ceci, cela, de dormir à telle heure, de manger tel repas, parce que quand on est vieux, on va mourir bientôt. Mais laissez-nous vivre et bien vivre, boire du bon vin quand nous le voulons, manger comme nous le voulons. Parce que je pense que c'est ce qu'il faut faire. Moi, je fais des repas avec plein de gras, plein de sucre. Et ils vivent, et voilà, c'est tout. C'est ce que nous devons faire. Il faut vivre parce que quand nous mourrons, nous n'aurons plus rien à manger. Ce sont les vers qui nous mangeront. Laissez donc les vieux vivre. N'est-ce pas, Monsieur le Professeur ?

Je ne vais pas trop m'attarder. Je voudrais juste remercier tous les partenaires qui nous aident, la mairie, Madame CAPDEPON en particulier, le PAGI également, qui nous accompagne constamment ainsi que les MDH du secteur sur lesquelles nous nous appuyons fortement pour que ce café social soit un lieu convivial de rencontres et d'échanges. En fait, le village, c'est le «VILL'ÂGES». Ce n'est pas comme le village au fond de la brousse finalement. Il y a un jeu de mots entre Villeneuve, la ville, le «vill'âges».

Nous allons en discuter après, mais je veux juste que nous parlions un peu de l'isolement, de cette invisibilité sociale. C'est important. Il faut parler aussi de l'accompagnement, parce qu'accompagner, ce n'est pas juste tenir la main. Accompagner, c'est aller ensemble, avec l'autre et dans le respect. Je vous remercie.

[Applaudissements]

«• Marianne AUFFRET,

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Merci. Je refais un petit point de notice. L'idée des journées nationales d'ESPT est de faire que les savants et les politiques arrivent à se parler un peu. Il s'agit des savants de toutes sortes, puisqu'il y a des savants remplis de science, d'autres remplis de leur expérience. Mais à la fin de la journée, et j'ai bien conscience que nous n'y sommes pas, il faut que nous arrivions à ce que la pensée des savants devienne quelque chose comme la pratique des politiques. Je ne vais évidemment pas vous demander, tout de suite, de me faire une liste de Noël de ce que vous commenceriez par faire si vous étiez politiques. Mais il y a quand même un moment où nous, politiques, et même si nous sommes aussi autre chose, avons besoin de recevoir des choses qui vont pouvoir être transformées en mesures un peu concrètes. Il faut donc de l'humain, du lien. «On se trompe, il y a de la mort, du continuum». C'est très intéressant de parler ainsi, mais après, il faudrait que nous puissions arriver, les uns et les autres, dans l'écho de nos conversations, à transformer cela en quelque chose d'un peu plus concret. Comment nous y prendrions-nous? Dites-moi.

«• Philippe SALTEL,

enseignant chercheur en philosophie morale, éthique et appliquée aux soins, Université de Grenoble Alpes

C'est un paradoxe que ce soit un philosophe qui prenne la parole pour parler de choses concrètes, mais en réponse à ce que j'ai entendu des personnes qui sont ici, à la table-ronde, je voudrais réagir sur deux points.

Le premier point est de rappeler, et je crois que les politiques ont beaucoup d'importance là, que personne n'est responsable de son état de santé. Mon collègue sociologue confirmera très certainement que ceux qui se préoccupent préventivement de leur état de santé, etc. ont des dispositions sociales pour cela et que pour ceux qui, dans leur temps de vie d'adulte ou dans leur jeunesse, ont beaucoup bu ou trop fumé, il y a aussi les conditions sociales qui font que c'est ainsi. N'oublions donc pas que dans cette idéologie de la responsabilisation absolue, qui est une idéologie de la maîtrise absolue des choses, la santé, nous n'en sommes pas responsables. C'est un point important.

Puis, je voudrais aussi réagir à un appel du pied qui a été fait par Gaëtan GAVAZZI sur la spiritualité. C'est aussi un point très concret. Gilles DELEUZE, qui est un très grand philosophe, qui inspire beaucoup de gens dont moi, disait à propos des malades, et sans parler des personnes âgées, qu'on se trompe quand on pense que dans la maladie, on devient spirituel parce qu'on a le sentiment de la mort. Il dit que les malades ont un sentiment aigu de l'existence. Pour le comprendre, on pourrait faire référence à LERICHE, qui donne une définition de la santé très célèbre, qui est que la santé, c'est la vie dans le silence des organes. Quand les organes commencent à se faire entendre, nous sentons la vie. Nous avons un sentiment de l'existence qui manque à l'enfant qui est dans le silence des organes, justement. Ce sentiment aigu de l'existence me semble un privilège de tous ceux qui vieillissent. Je ne parlerai ni des vieux ni des aînés, etc. J'entends bien le mot de «vieillissants», comme nous concernant effectivement tous, mais le vieillissement, c'est aussi grandir dans le sentiment aigu de l'existence. C'est un point très précieux. Cela ne veut pas dire que la spiritualité, c'est nécessairement se tourner vers Dieu. C'est le fait que nous ne sommes pas que des êtres biologiques. Nous sommes aussi des êtres biographiques. Il y a quelque chose qui s'écrit, qui se construit. Il y a une bibliothèque qui s'écrit dans chaque vie, une biographie individuelle de chacun, un sens en construction. L'existence humaine, c'est cela. Je pense que c'est aussi un point précieux.

«• **Marianne AUFFRET,**
*vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme
et grands projets d'aménagement, Santé*

Ce n'était pas trop concret, c'était raisonnable.

[Rires]

«• **Pr Gaëtan GAVAZZI,**
chef de service Médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes

Je crois que j'ai quand même donné une ou deux pistes, déjà.

Je ne suis pas complètement d'accord avec LERICHE. Mais nous pourrions en reparler tout à l'heure.

Sur la politique publique en santé, actuellement, la vieillesse stigmatise la problématique des maladies, par cette accumulation de maladies. Mais ce n'est pas la vieillesse qui en est responsable, au même titre que ce n'est pas la vieillesse qui est responsable des hausses de dépenses de santé, ou très peu. C'est l'innovation qui coûte le plus cher. Pour chaque département, c'est l'innovation, surtout pas la vieillesse.

Par contre, concrètement, on dichotomise le financement de la dépendance et le financement de la santé. Ce qui est une aberration totale. En dehors du handicap, il s'avère que la dépendance va dépendre de la façon dont nous prenons en charge la santé. C'est ce que j'essaie d'expliquer par rapport aux histoires des maladies qui créent de la dépendance. Ce sont les maladies qui créent de la dépendance, pas le vieillissement, pour l'instant. Dans 50, 60 ans, peut-être que ce sera différent. Déjà, concrètement - je sais que cela peut être très difficile parce que c'est très ambitieux mais - il faudrait peut-être faire plus de liens. On parle de médico-social, mais quand on met le mot «médico-social» dans chaque ARS, il n'y a pas de médecine. Cela reste complètement dichotomisé. Je vous assure que dans les ARS, pour avoir tourné un peu, il est très rare d'avoir à la fois la connaissance de la problématique dépendance et celle de la problématique santé. Les gens ne se parlent pas entre eux, très peu. Au niveau des ARS, je pense qu'une interministérielle serait intéressante.

Au niveau de la santé, il s'agit de faire complètement exploser la «ville-hôpital». En tant qu'hospitaliers, c'est ce que nous essayons de faire. Nous avons des projets. J'en parlerai certainement tout à l'heure avec Kheira. Il y a des vrais projets à mener sur la cassure. On parlait de parcours de soins. Il y a une vraie cassure entre la fin d'un événement aigu

et la poursuite de la prise en charge de la santé de la personne, qui se resocialise. Hier, en parlant avec des étudiants, je me disais qu'ils repassaient à la société civile. C'est quasiment ce que je ressentais quand mes collègues parlaient du service militaire. On retournait à la vie civile, mais avec cette césure absolument énorme. Elle existe toujours, même si nous avons mis des tonnes de choses, comme le parcours, etc. La politique de parcours est donc très intéressante. C'est là aussi quelque chose de concret, probablement, de favoriser les initiatives locales. Je rappelle que les mairies font partie de la direction administrative de tous les centres hospitaliers. Aussi, peut-être qu'il y a des choses à faire, vraiment. Je le pense. Je peux vous dire que dans le projet médical 2011 au CHU de Grenoble, il était inscrit noir sur blanc la nécessité du lien entre la direction hospitalière et l'agglomération et la communauté de communes, qui n'existait pas tout à fait à l'époque, pour créer ces ponts absolument nécessaires afin de permettre la «resocialisation», la réintégration dans le tissu social et en santé de la personne qui sort de l'hôpital. Et finalement, excusez-moi, mais c'est quel que soit l'âge. Si nous ne changeons pas cela, et ce sont des changements réels de cette politique de santé, et ce ne sont pas des petites réformes qu'il faut, je pense que dans les années qui viennent, nous allons voir fleurir des tonnes d'expérimentations qui seront toutes plus ou moins vouées à l'échec.

«• **Marianne AUFFRET,**
*vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme
et grands projets d'aménagement, Santé*

Nous allons donc voir fleurir des tonnes de politiques toutes plus ou moins vouées à l'échec. C'est bien, cela démarre fort, dès le matin.

Une autre intervention peut-être? Ce qui est difficile, c'est de ne pas lâcher notre abstraction pour en arriver à faire du concret, c'est-à-dire arriver à ne pas trop se scinder entre deux aspects. Parce que ce qui a traversé vos interventions, c'était quand même la question du lien. Mais ce lien doit ensuite s'implémenter techniquement.

« Sebastian J. MOSER,

*chercheur en sociologie à l'Espace Éthique Île-de-France,
Laboratoire d'Excellence DISTALZ, Université Paris Sud, EA 1610*

Je pense qu'il faut quand même un peu d'abstraction pour nous permettre de revoir la réalité d'un autre œil. Le mot qui a été employé plusieurs fois dans la discussion est le mot « projet ». Monsieur LEFEBVRE demandait tout à l'heure comment réussir un projet de vie. Mais nous pouvons nous poser la question si la vie est véritablement un projet.

On nous parle beaucoup des projets personnalisés en établissement pour personnes âgées, on me parle du projet scolaire de mon fils. L'autre jour, une amie, qui est au chômage, me disait que Pôle Emploi voulait qu'elle élabore un projet professionnel. Mais est-ce que la vie est réellement un projet ? Parce qu'un projet, c'est se donner un but, évaluer les moyens qu'on a à disposition pour les mettre en œuvre et ensuite réaliser le but qu'on s'est donné. Accomplir un projet, est-ce que c'est la vie ? Que fait-on avec les aléas, les ruptures, les bifurcations qu'on prend ? Si nous pensons dans la logique de projet en permanence, est-ce que cela va vraiment nous permettre de mettre en œuvre des choses concrètes politiquement ? En réfléchissant en terme de « projet », nous méconnaissons qu'il existe beaucoup d'endroits de la vie qu'on n'arrive pas à soumettre à cette logique-là.

« Marianne AUFFRET,

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Effectivement, c'est souvent contesté, cette logique de projet. Mais ce n'est pas non plus fait pour nous persécuter. L'idée était quand même de permettre aux gens de dire quelque chose sur leurs envies pour leur vie. Après, c'est vrai que quand on est politique, et pas seulement quand on est élu, c'est-à-dire quand on est dans des instances où on dessine la règle, on ne dessine pas les contours de l'aléa. Précisément, nous construisons les murs. Après, les gens grimpent le mur, font le mur, passent le mur, le détruisent, mais nous sommes quand même en charge de le construire. Effectivement, nous ne pouvons pas être à toutes les places. Il faut donc aussi relancer ce questionnement du projet.

« Pr Gaëtan GAVAZZI,

chef de service Médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes

Je suis tout à fait d'accord sur l'aspect individuel, parce que cela ne laisse pas de place à la cassure, à vos 43 ans, à la retraite, etc., et à la façon dont vous allez digérer, métaboliser les choses. Cela ne s'inscrit donc pas dans un projet, effectivement. Puis il faut peut-être, à titre individuel, bannir ce terme et garder quelque chose qui va être de l'ordre de l'acceptation. Il y a des théories sociologiques connues, de BALTES, sur la façon dont on métabolise son propre vieillissement. En fait, son propre vieillissement, c'est sa propre vie. Finalement, tous les jours, on avance, tous les jours, il y a quelque chose qui se passe et qui est plus ou moins heureux. La survenue de la dépendance n'est pas forcément liée au vieillissement. Elle peut venir subitement, là, tout à l'heure, en glissant sur une des marches, en montant à la mairie.

Au-delà de cela, à titre collectif, il est évident qu'il faut marcher par projet. À titre collectif, il faut bâtir les contours qui permettent en tout cas au plus grand nombre de s'inscrire dans quelque chose, d'avoir le minimum qu'il faut pour vivre ses aléas.

« Marianne AUFFRET,

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Une petite intervention, et puis après, nous proposerons à la salle de participer, d'élargir la table-ronde.

« Mohamedou TALL,

président de l'association Villeneuve 3^{ème} âge

Je voudrais juste parler d'une réunion d'information que nous avons faite dans notre local, intéressant le diabète et le ramadan. Il y a eu beaucoup d'interventions et les gens, très souvent, ne savaient pas ce qu'il fallait manger pour éviter ce genre de maladie, ou s'ils l'avaient, comment faire. Ce sont des actions concrètes. Je crois qu'il faut arriver à faire qu'un projet puisse se superposer aux désirs, aux attentes de ces vieux-là. Construire un mur pour les personnes vieillissantes, c'est intéressant, mais si elles sont en dehors du mur, elles ne peuvent pas savoir ce qui se passe à l'intérieur. Il faudrait qu'elles soient à l'intérieur du mur, en tout cas que nous laissions une brèche pour qu'elles puissent faire ces allers-retours, pour améliorer la situation. Parce qu'un projet, quel qu'il soit, est toujours perfectible par rapport à l'expérience de son action.

Sur la spiritualité, elle est très importante pour certains, en tout cas pour nos populations issues de l'immigration. Quand on est vieux, on se dit qu'on a fait tellement de mauvaises choses que quand on va aller voir le bon Dieu... si on veut aller au paradis, il faut essayer de se rattraper, il faut essayer d'aller à la Mecque, pour certains, il faut aller se confesser, etc. Récemment, j'étais à Yenne. Il y a une vieille église et tous les dimanches, je vois les petits vieux s'y rendre. Je me demande ce qu'ils ont fait comme péchés. J'ai demandé, une fois, s'ils se confessaient tous les dimanches. « Oui, on se confesse tous les dimanches, quand on est vieux, on ne fait plus de péchés, et on est pardonné. » Merci.

«• Marianne AUFFRET,

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Merci beaucoup. Quelqu'un souhaite-t-il intervenir dans la salle? Il y a un micro qui arrive.

ÉCHANGES AVEC L'AUDITOIRE

«• Une intervenante

Bonjour, je suis une dame sans âge. C'est ce qu'il faut dire puisque je vieillis depuis très longtemps. Je ne dis pas depuis combien de temps. Je suis membre d'une association qui s'appelle « Alerte », qui milite pour la dignité et la citoyenneté des personnes âgées, pour le droit des personnes âgées à décider de leur avenir, y compris de faire des erreurs de choix et de les assumer. Je pense que le débat d'aujourd'hui peut nous enrichir à cet égard, mais que toutes les personnes qui sont ici ont de la ressource et peuvent aussi enrichir la vision des élus.

Par rapport à la société inclusive, j'ai vu que certains d'entre vous hésitaient sur le mot « inclusive », que moi, je comprends comme « exclusive ». Je vais vous dire pourquoi. Je veux aller aux urgences, je ne suis pas bien, je suis malade, mes voisins me disent « vas-y ». « Non, je suis exclue des urgences. » Quand je vais aller aux urgences, on va me dire que ce n'est pas grave, qu'il faut que j'aille voir mon médecin. Je dois avoir une intervention chirurgicale à l'hôpital. « Je voudrais rester deux jours quand même, je ne suis pas très bien. » « Non, c'est de l'ambulatoire, vous allez rentrer chez vous tous de suite, cela va être très bien. » Je suis donc exclue de l'hôpital. Du côté de Rocheplane, pour les soins de suite, on me dit « ce n'est pas la peine, les kinés libéraux feront très bien l'affaire. » Ce que je dis, ce n'est pas une fable. C'est le plan régional de santé 2 qui vient d'être concrétisé, sacralisé par l'ARS. À ce titre, je regrette beaucoup que l'ARS ne soit pas là parce que c'est quand même une question fondamentale. Tous les vieux ne sont pas malades, nous le savons. Mais quand même, il y a des risques, pour rester dans la logique du vieillissement. Je trouve cela particulièrement regrettable. C'est une exclusion de fait des vieux. Pourquoi l'appelons-nous « inclusive »? C'est simple, c'est parce que je reste incluse dans la société, incluse dans mon appartement, incluse dans mon voisinage. C'est cela, l'inclusion. Je trouve que c'est un contresens absolu par rapport à ce que nous sommes en train de vivre maintenant.

«• **Marianne AUFFRET**,
*vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme
et grands projets d'aménagement, Santé*

Merci beaucoup. D'autres commentaires, interventions, ou questions ?

«• **Un intervenant**

Bonjour, merci pour ces belles présentations. Je parlerai en tant que gérontologue. Lorsqu'une commune demande à un gérontologue ce qu'on doit faire pour les vieux, la réponse est un peu biaisée, en France. VADA est très intéressante, mais le problème est le suivant : quand vous parcourez un peu le monde, vous voyez que ce sont les communes et les villes qui sont responsables de la santé de leurs citoyens dans presque tous les pays du monde, sauf en France. En France, la commune n'a pas cette fonction. Elle a la fonction sociale. On «gruge» un peu, on va parler de médico-social. Mais elle n'a pas la fonction santé qui, elle, est centralisée. Il y a un point de jonction qui est le département. Le département a ramené vers les villes la question du vieillissement, de la vieillesse, du handicap. Les villes ont un CCAS pour prendre en compte le problème de la petite enfance, le problème social en général. Et nous sommes mal à l'aise en France pour aborder ce besoin très important de joindre santé et social.

Quand on dit qu'il y a une dichotomie entre santé et social, c'est simplement parce que ce ne sont pas les mêmes entre ceux qui payent du côté de la santé, qui ont une vision plutôt nationale, et ceux qui payent du côté du social, qui ont une vision plutôt départementale et locale. Je ne suis pas là pour critiquer la question. C'est simplement une grille d'analyse pour montrer qu'en France, nous avons une complexité par rapport à ces problèmes et des obstacles. C'est peut-être vers les élus que je me tourne : soyez conscients de cette difficulté et cela sera beaucoup plus facile de la franchir. Il ne faut pas être naïf.

«• **Marianne AUFFRET**,
*vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme
et grands projets d'aménagement, Santé*

Merci. Rapidement, c'est l'objet social de notre association. Nous sommes un groupe d'élus à la santé pensant que les villes ont quelque chose à dire de la santé, bien que la santé ne soit pas organisée par les villes. Nous faisons donc ce que nous pouvons, disons. Mais c'est vraiment

l'idée de venir recueillir les avis aujourd'hui, et pas seulement ceux des gérontologues, même si c'était important de le faire, mais aussi de sociologues, de philosophes, de personnes accueillies, de familles. Il s'agissait vraiment de constituer l'idée que nous avons qu'une politique de santé large se construit largement. Mais vous avez pointé exactement l'objet social de notre association.

Il y avait d'autres questions ?

«• **Philippe BATAILLE**,
sociologue, directeur d'études à l'EHESS, association «Vieux chez soi»

Juste pour contribuer à la table-ronde de ce matin et j'interviendrai cet après-midi au titre d'une association que je préside, «Vieux et chez soi». Sur l'invention de la vieillesse, je voudrais faire sonner deux noms dans la table-ronde, qui expliquent beaucoup de choses par rapport à aujourd'hui et au renouvellement des problématiques sur l'âge et le très grand âge.

La première référence, c'est Alfred SAUVY, en 1928, qui parle du vieillissement de la population et qui va avoir un impact considérable. Dans cette perspective du vieillissement de la population, déjà, les chiffres sur la démographie et l'âge qui avance sont présents, avec des perspectives à long terme. Mais surtout, il y a le déficit des naissances. C'est cela qui inquiète beaucoup les démographes dans cette période. En plus, il y a la perte de tous les jeunes hommes, en particulier avec 14/18. C'est l'image d'une population qui vieillit, et ce n'est pas tant les vieux qui intéressent ou qui inquiètent. Cela ne rebondira qu'en 1962, avec le rapport LAROQUE. C'est vraiment le déséquilibre par rapport à la guerre qui s'annonce éventuellement. C'est un impact social et politique considérable que cette notion de vieillesse et de vieillissement de la population dans cette perspective démographique, perspective qui ne sera pas validée puisque nous aurons le baby-boom en 1945. C'est aujourd'hui, éventuellement, que ce déséquilibre entre naissances et allongement de la vie est en train de se marquer fortement.

Le deuxième nom que j'évoque, et je pourrai le révoquer cet après-midi, c'est celui de Simone DE BEAUVOIR, qui publie «La vieillesse» en 1970 et qui le fait de manière très déterminée, contre l'avis de tous autour d'elle qui, les années précédentes, lui demandent pourquoi elle se lance sur ce thème, qui n'intéresse personne, qui est déprimant, etc. Elle s'obstine et elle publie ce magnifique texte, chez Gallimard, au moment où elle a elle-même une soixantaine d'années. Elle dit très bien, dans les commentaires et les interviews qu'elle fait autour de ce livre, qu'elle le fait

à partir d'elle-même, comme elle a voulu travailler la condition féminine, c'est-à-dire en rentrant dans cette perspective de l'âge qui avance, même si elle n'a que 59 ou 60 ans au moment où elle publie le livre. Elle explique, avec un point de vue existentialiste mais aussi teinté de phénoménologie, que la vieillesse se construit dans le rapport à l'autre, dans la perception qu'on a de la perception qu'il se fait de soi au moment où il vous parle. Elle dit très bien que si elle n'était pas Simone DE BEAUVOIR, avec sa réputation et « Le deuxième sexe », on la renverrait à l'image de vieille. Alors qu'évidemment, la réputation la sauve, faisant qu'on l'écoute, faisant qu'on la publie. Mais elle est tout à fait marginale quand elle publie cette notion de vieillesse et de réflexion de l'âge qui avance à partir d'elle-même. Effectivement, c'est quelque chose qui va bouleverser un peu le paysage, sans être véritablement repris, mais qui est aujourd'hui la question point de départ de la table-ronde, de savoir, au-delà de l'invention de la vieillesse, à quelle vieillesse on pense ou de quelle vieillesse on parle pour soi-même. Ces deux noms me paraissent dans le thème de ce matin.

☞ **Marianne AUFFRET,**

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Merci beaucoup. Des réactions côté scène ?

☞ **Pr Gaëtan GAVAZZI,**

chef de service Médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes

Juste un mot pour rebondir, parce que j'aime beaucoup ce que vous dites au sujet de Simone DE BEAUVOIR. Cela m'a fait rappeler que j'ai voulu, à un moment donné, voir Edgar MORIN, qui était venu ici, dans cette même salle. Mais j'étais mal organisé, donc je n'ai pas pu le voir. Je l'ai lu depuis que je suis tout jeune. Il a dit quelque chose autour de la mort, je pense que c'est très important. Il a dit des choses aussi autour de la vieillesse qui sont assez intéressantes. Il y a de plus en plus de publications, quand même, autour de la vieillesse. Le thème est « défloré », mais des Edgar MORIN, des Simone DE BEAUVOIR, j'en croise tous les jours. Je veux dire par là que toute cette spiritualité et toute cette réflexion autour de sa propre vieillesse, les personnes mêmes très âgées, très dépendantes... je le dis très régulièrement à mes étudiants : « vous avez envie de parler de projets de vie si vous savez que globalement, dans un an, dans deux ans, et sans avoir besoin de connaître les statistiques, vous allez être dans quelque chose qui est de l'ordre de l'au-delà ». Finalement, qu'est-ce

qui reste ? Qu'est-ce qui fait qu'on le pense ? Il y a donc du lien. Créer du lien, je pense que c'est quand même la chose qui reste vivante. Là, il y a réellement des gens qui se découvrent quand ils arrivent à l'hôpital, quand ils ne sont pas exclus de l'hôpital. Il y a des personnes âgées qui se disent « moi, je suis très bien, là, parce qu'il y a quelque chose et qu'on m'a permis de rentrer à nouveau dans du lien ». Du coup, ils peuvent exprimer leur positionnement vis-à-vis de leur propre mort, jusqu'où continuer, aborder les problèmes d'éthique, etc.

Moi, je parlerai aussi de la place des aidants qui ne le sont pas toujours, mais qui sont des substituts de parents et qui décident à la place de. Là, nous parlons tous de perte d'autonomie. Moi, je parle beaucoup de dépendance. Mais pour le coup, c'est l'autonomie dans le sens de choisir et se gouverner soi-même dans le cadre des pathologies cognitives, etc. Les gens sont capables de décider très longtemps pour eux-mêmes, et probablement jusqu'au bout si nous prenons le temps d'écouter tout cela. Nous en revenons sur la dignité.

Je voulais juste rebondir là-dessus parce que j'ai pensé plusieurs fois à Edgar MORIN, à un moment donné, et sur ce que vous avez dit sur la vieillesse. Il y a beaucoup de gens qui sont dans cette réflexion et qui sont capables d'éclairer beaucoup de choses. Nous n'écoutons pas suffisamment nos anciens.

☞ **Sebastian J. MOSER,**

chercheur en sociologie à l'Espace Éthique Île-de-France, Laboratoire d'Excellence DISTALZ, Université Paris Sud, EA 1610

Vous avez dit, si j'ai bien compris, que finalement, les problèmes biologiques ou physiologiques qui sont liés à l'âge ne sont pas forcément ceux qui posent le plus de problèmes. Nous arrivons à les résoudre. Finalement, ne sommes-nous pas plutôt confrontés à un problème de lien ? Que fait-on face à l'invisibilité sociale et à l'isolement des personnes âgées ?

En termes de recherche, étonnamment, ce serait plutôt les sciences humaines et sociales qui seraient appelées à apporter des réponses. Mais il ne faut pas oublier que la médecine, l'approche biomédicale aujourd'hui va dans un tout autre sens. On ne parle pas de réinstaurer le lien mais de mettre en place la médecine des 4 P : « prévention », « participation » - ce qui ne veut pas dire qu'on donne la parole au patient, mais qu'il est inclus dans les protocoles de recherche, c'est tout autre chose. Il y a également la « prédiction », c'est-à-dire que nous allons prédire les maladies 10 ans, 20 ans, 30 ans avant l'apparition des premiers symptômes. Nous sommes en

train de créer une figure qui s'appelle « le malade potentiel » ainsi que son compagnon « l'aidant potentiel ». Peut-on s'imaginer une rencontre dans le futur où l'un dit à l'autre : « J'ai fait un test et j'ai une probabilité de 69 % de développer la maladie d'Alzheimer. Par contre, je ne sais pas quand ça sera et sous quelle forme. Voudrais-tu cependant commencer une relation avec moi ? » ? Enfin, il y a la « personnalisation », c'est-à-dire un centrage sur le cas individuel. La médecine, me semble-t-il, est donc beaucoup moins dans cette visée de recréer le lien, de favoriser l'inclusion de la personne âgée et/ou malade dans son territoire. Je pense qu'il faudrait trouver une cohésion entre lutter contre la maladie, ce qui serait plutôt l'approche de la médecine, et vivre avec la maladie. Là, ce serait plutôt le territoire des sciences humaines et sociales.

«• Marianne AUFFRET,

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Merci. Je vais repasser la parole au philosophe et à la salle. Je voulais juste faire un petit point de polémique, parce que nous rions beaucoup autour du terme « inclusive », pour savoir si nous devons l'utiliser ou pas. « Projet », apparemment, c'est plutôt du côté des mauvais mots. Mais à un moment, « lien », ce n'est pas un peu tarte à la crème non plus ? Comment aborder cette question du lien ? Parce qu'une fois que nous avons dit qu'il faut du lien et de l'humain, comment faire ?

«• Philippe SALTEL,

enseignant chercheur en philosophie morale, éthique et appliquée aux soins, Université de Grenoble Alpes

Je ne sais pas si je vais répondre à la question mais j'avais deux pensées en écoutant, et notamment une pensée un peu digressive. Je m'adresse aux élus, au fond, parce que vous êtes dans les conseils d'administration des hôpitaux. Vous êtes aussi dans les conseils d'administration des universités. Il y a un lieu qui traditionnellement est un lieu ouvert à tous, et je suis très sérieux quand je dis cela... parce que nous avons tendance, avec Parcoursup et le reste, à dire que l'université est faite pour la formation professionnelle, qu'elle est responsable du chômage et que c'est donc elle qui doit lutter contre le chômage grâce à la formation... mais il y a un lieu qui est ouvert à tous, ce sont les universités françaises, dont les portes sont toujours ouvertes à tout le monde. Je dois dire que j'ai là une de mes étudiantes, au premier rang. J'ai des étudiants que je vais retrouver

sur SPINOZA cet après-midi, dont certains ont un âge beaucoup plus avancé que d'autres. Ceux qui ont entre 20 et 25 ans sont tout de même majoritaires. Mais il y a tout un groupe aussi de personnes plus âgées. Les portes de l'université sont ouvertes à tout le monde. Il faut le rappeler.

Cela me fait penser à autre chose, et puis je parlerai du lien. Justement, je parlais de SPINOZA qui dit que l'homme libre ne pense à rien moins qu'à la mort. Sa méditation est une méditation de la vie et non de la mort. J'explique à mes étudiants qu'il n'y a rien à penser de la mort. En fait, une fois qu'on a pensé qu'on va mourir, tous, c'est fini, on n'a plus rien à penser. Dans la spiritualité religieuse, on peut toujours penser à l'au-delà de la mort. Mais il n'y a rien à penser de la mort. Et jusqu'à la fin de la vie, le soin que nous avons à prendre, c'est le soin de notre vie. C'est ce qui me semble important.

Plutôt que de lien, de fait, parlons de relations. Justement, nous avons parlé de l'aide. Tout aidant est un funambule. Tout aidant est sur un fil entre le pas assez et le trop. Très souvent, il fait dans le trop. Il marche sur un fil. Mais la vraie relation, c'est la relation où deux individus ne s'accordent ni pas assez d'importance, ni trop d'importance, ni à eux-mêmes, ni à l'autre. Effectivement, c'est très difficile à construire. Mais pour moi, cela n'a pas à voir avec des questions d'âge.

Juste un mot sur quelque chose de très concret, je reviens à mon université. Il faut que les élus aient le souci de rappeler à l'université publique qu'elle est faite pour tous les publics. Ce n'est pas l'école, l'université. Ce n'est pas un lieu d'éducation. C'est un lieu de partage du savoir. Ce partage du savoir est pour tous les citoyens. C'est très important.

«• Un intervenant

Bonjour. Désolé, on ne s'est pas concerté, je suis aussi sociologue, enseignant chercheur à l'université aussi, donc très sensible à ce que vous dites. J'enseigne à des étudiants de gérontologie. Certains sont dans la salle, ici. Nous avons de la médecine, mais pas que. Il y a beaucoup de sciences sociales en gérontologie.

Je voudrais revenir sur la question que vous posiez comme élus, comme politiques, des solutions. Je pense que nous pouvons revenir à la démarche VADA. Elle sera présentée évidemment cet après-midi. Et nous pouvons aussi revenir à votre titre, « Invention de la vieillesse ». Je suis d'accord qu'il y a des sociologues incontournables et qu'en France, nous sommes vraiment bien placés pour cela. Nous avons des sociologues et des philo-

sophes, etc. Mais je pense que nous, sociologues, chercheurs en sciences humaines, pouvons aussi réfléchir au rapport que nous entretenons avec vous, acteurs publics, réfléchir comme ROSANVALLON aux enjeux de la contre-démocratie par exemple. Peut-être que les espaces comme VADA peuvent être des lieux, pas seulement comme alerte, mais dans l'expression de la citoyenneté et l'accompagnement d'inventions. Dans l'invention de la vieillesse, peut-être que le tournant aujourd'hui, contrairement à ce qui est en train d'essayer de se faire dans la démarche VADA, et qui ne concerne pas que les villes, mais aussi d'autres niveaux, d'autres échelles, c'est d'essayer de faire en inter-départements, au sein de vos villes, en inter-acteurs... et nous voyons que certains acteurs ne sont pas là aujourd'hui autour de la table. C'est dommage. Il nous faut essayer tout de même.

Nous pourrions peut-être rajouter une couche en disant que nous essayons avec les aînés. Moi, je suis content qu'il y ait des aînés qui soient là autour de la table. Et il me semble que c'est peut-être cela, la nouveauté. Parce qu'il y a quand même des choses un peu nouvelles et qui ne se faisaient peut-être pas tant il y a 30 ans. Évidemment, Grenoble a toujours été à l'avant-garde. Les aînés étaient là très fortement. C'est ici que la gérontologie a été importée en France, des États-Unis. Il faut se le rappeler. Mais aujourd'hui, j'aimerais bien entendre les élus, et tous les acteurs qui sont autour de la table, là-dessus. Vraiment, comment faire pour ne pas parler à la place de ? Nous, les chercheurs, sommes aussi très forts pour parler à la place des gens. Je vais donc me taire.

Pensez-vous que la nouveauté est qu'il y a des nouvelles personnes et que nous parlions pour la diversité des personnes ? Nous l'entendrons cet après-midi, mais c'est l'enjeu aujourd'hui, me semble-t-il, de ne plus seulement entendre ceux qui parlent pour, et les chercheurs en premier, mais les aînés qui parlent pour eux-mêmes, et avec eux. Du coup, ce n'est pas construire des murs, c'est construire des ponts et se dire que les aînés peuvent venir construire des ponts. Pourquoi ne pourraient-ils pas venir coconstruire l'action publique avec les élus, les chercheurs, etc. ?

«•• **Marianne AUFFRET**,
vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Moi, je ne suis pas pro murs et contre les ponts. Je construis tout un tas de choses. Je suis en charge de l'urbanisme alors je construis tout un tas d'infrastructures. Mais quand j'ai pris l'image des murs, c'était pour dire

qu'il fallait construire quelque chose de solide, y compris pour que cela ait le destin d'être construit, contourné, aménagé, ramolli, etc. Mais l'image des murs en soi n'est pas une image de prison. Cela peut être une maison aussi, quelque chose d'assez sympathique.

En incise par rapport à cette idée des élus, et j'imagine que Kheira répondra aussi, ce que vous pointez, dans le fond, ce n'est pas de cette année. Quand je disais que nous avons fait 15 fois des réunions sur la santé mentale, la question de recueillir la parole de ceux dont il s'agit, se pose de façon extrêmement cruciale aussi. Quand Philippe BATAILLE est venu faire une conférence à la mairie du 14e, le mois dernier, nous avons beaucoup parlé de ce que pouvaient dire les gens pour eux-mêmes, de l'endroit où ils voulaient vivre quand ils seraient vieux, en institution ou pas. Il s'agissait donc d'un empowerment des vieux et des personnes malades. Mais se pose un problème structurel, qui est que de fait, il n'y avait pas de grands âgés dans notre salle de conférence. Philippe, vous confirmez. C'est-à-dire qu'il y avait des enfants de personnes très âgées qui venaient dire « ma mère est très âgée, mon père est très âgé ». Dans les conférences sur la santé mentale, vous avez énormément de familles. Mais de fait, trouver des mécanismes, c'est-à-dire inscrire dans la réalité concrète des mécanismes qui permettent d'aller recueillir la parole de ceux qui mécaniquement sont rendus plus muets, c'est un problème qui se pose dans la démocratie en général, et qui est vraiment au cœur des préoccupations de cette association, mais pour lequel nous avons besoin de vos bonnes idées. Comment faire pour aller recueillir la parole de quelqu'un qui ne parle plus ?

«•• **Dr Heddi BOUTTI**,
médecin, Grenoble

Bonjour, je souhaitais apporter un aspect pratique, professionnel. Je suis médecin généraliste installé à Grenoble dans le même quartier depuis 30 ans, le quartier des Alpines, qui est un quartier qui a vieilli et qui a cette grande particularité que les personnes qui y ont vieilli, pour la plupart, n'ont pas quitté ce quartier. Nous avons donc les mêmes personnes. Moi, je connais les mêmes personnes depuis 30 ans et j'ai vieilli avec elles.

Je ne sais pas pourquoi, et c'est peut-être parce que je vieillis moi-même et que je n'arrive plus à avoir le même rythme qu'il y a 30 ans, mais la médecine pratique de base de la personne âgée me paraît de plus en plus compliquée. Parce que les maladies sont de plus en plus complexes. Parce que les personnes sont dans des situations de plus en plus précaires,

de plus en plus isolées. Nous avons de moins en moins d'aide. Nous avions essayé, avec une assistante sociale du quartier, d'organiser à deux des réunions sur des cas très complexes. Là, j'ai perdu mon assistante sociale. Les infirmières du quartier sont épuisées. Elles n'en peuvent plus. Pour les kinésithérapeutes, c'est pareil. Sur l'hôpital, il y a eu trois situations où en téléphonant aux urgentistes, je me suis fait insulter parce que je voulais hospitaliser une personne âgée presque en fin de vie, mais qui ne voulait pas mourir seule à domicile. Je ne peux pas laisser une personne âgée mourir seule à domicile. Je me suis fait insulter par l'urgentiste. Maintenant, depuis peu, je reçois des courriers de l'hôpital, pour une autre personne, me disant qu'à partir du moment où cette personne ne veut pas aller en EHPAD, l'hôpital refuse de la reprendre. J'ai donc l'impression que notre situation de base est de plus en plus complexe. Nous avons des cas de plus en plus compliqués, en particulier pour les patients qui sont extrêmement vieux. J'ai l'impression que tout explose actuellement.

« Pr Gaëtan GAVAZZI,

chef de service Médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes

J'ai deux commentaires. Par rapport à ce que vous disiez, la question du temps a été soulignée. C'est le temps que nous n'avons plus, le temps qu'on ne veut pas nous laisser prendre. Cette idée du temps qui a été évoquée pose énormément de questions, je trouve. Dès que nous allons prendre plus de temps, nous allons coûter plus cher. Mais écouter une personne âgée, c'est beaucoup plus de temps si nous voulons recueillir la parole. Ce n'est pas seulement poser la question. C'est l'aborder dans l'emphase, dans de multiples temps qui sont donnés. Nous le répétons à l'hôpital aussi... et encore, quand ils sont malades, les gens sont prêts à parler. Nous leur donnons l'espace pour parler.

Le deuxième élément, c'est donc l'espace. Je vais à Paris régulièrement, à des horaires très matinaux, et d'autres un peu moins. Vous êtes parisienne, Madame AUFFRET, donc vous devez le vivre. La première fois que je suis revenu en France et que j'ai repris le métro à Paris, j'ai été choqué par le fait qu'à huit heures, il n'y avait aucun vieux. En fait, c'est parce que cela allait très vite. Cela va très vite. Vous allez me donner la solution, parce que j'en voyais à 10 heures.

« Marianne AUFFRET,

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

À partir de sept heures, il n'y a que des femmes, des personnes pauvres et des personnes âgées. Le bus est un endroit où sont toutes les personnes fragiles, à la surface.

« Pr Gaëtan GAVAZZI,

chef de service Médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes

Oui, tout cela pour dire qu'il y a un problème d'espace. Comme vous êtes dans l'urbanisme, dans la question de l'espace, dans la question des distances, l'urbanisme est absolument essentiel. L'urbanisme dans les hôpitaux, c'est très important pour l'organisation des soins. Nous recherchons actuellement dans l'urbanité des hôpitaux, non pas l'hôpital idéal, parce que quand il est fini de construire, il est déjà has-been, mais surtout la malléabilité. Les espaces urbains pour les personnes vieillissantes, je pense que c'est vraiment un enjeu particulier. Là, il s'agit des gens qui sont vieillissants, pas dépendants, pas dans la maladie grave, etc., dont parlait Heddi. C'est un vrai témoignage.

Là où je voudrais aussi trouver des solutions, c'est pour aller écouter les gens de terrain. Ce qui n'est pas fait actuellement. Nous pouvons organiser tous les référendums citoyens qu'on veut, etc., si les corps intermédiaires et les gens qui sont entre les strates, et j'en ai croisés certains dans les ministères, n'assentent... La politique publique de l'ARS est hallucinante. Je ne veux pas dire que vous dépensez votre argent pour rien, mais je vous assure que c'est exceptionnel qu'une politique de santé soit réellement évaluée, scientifiquement. Par contre, et je ne sais pas comment c'est pour les autres politiques, je vous assure que pour les politiques de santé, c'est très clair : on fait des expérimentations, mais qui sont rarement évaluées scientifiquement, de façon valable, et qui permettent de prendre des décisions pour une totalité. Le PAERPA en est un exemple absolu, mais ce n'est pas le seul.

Ce que je veux dire, c'est que quand nous entendons cela, ce qu'a dit Heddi est une réalité de terrain. Mais ce n'est pas trois patients. Ce sont des milliers de patients. J'ai ma fille qui est en troisième actuellement, qui fait un stage chez un avocat. Elle ne veut pas du tout être dans le milieu de la santé. Je lui ai dit que c'était peut-être l'endroit où il y aurait le plus de facilité pour avoir du travail. Il suffit de se mettre à la sortie d'un hôpital, de prendre le code de déontologie : aujourd'hui, pour 90

% des gens, il y a eu une erreur de prise en charge. Je ne devrais pas dire cela. Je suis désolé, mais je le dis, parce que cela rebondit beaucoup sur ce que dit Heddi. Avec notre santé actuellement, telle qu'elle est organisée, nous allons dans le mur parce qu'il va y avoir des souffrances absolument extrêmes. Je veux bien parler de toute la phase d'avant pour savoir comment nous allons construire la parole, etc. Là, nous avons des gens qu'on laisse franchement... j'ai passé une partie de ma vie en Afrique, où j'ai vu des choses terribles. Mais actuellement, nous faisons des choses terribles. C'est-à-dire qu'en plus, nous avons les moyens de faire mieux, mais nous ne les utilisons pas. Je pense donc qu'il y a une urgence aussi là-dessus. Je voulais abonder dans ton sens, Heddi.

«• Mohamedou TALL,

président de l'association Villeneuve 3^{ème} âge

Je voudrais revenir sur l'aspect philosophique de notre discussion. DURKHEIM disait qu'il fallait parler des phénomènes sociaux comme des choses, je crois. Mais les phénomènes sociaux sont-ils des choses? Nous ne pouvons pas appréhender un phénomène social. La vieillesse, la jeunesse, ce sont des choses humaines. C'est l'humain qu'il faut voir. Mais nous sommes en train de théoriser.

Pratiquement, que pouvons-nous faire? D'abord, ceux qui sont vieux et riches n'ont pas de problème. Ils peuvent se soigner comme ils le veulent. Mais pour ceux qui sont pauvres, comme dans nos quartiers, à Villeneuve, il n'y a plus de sociabilité, il n'y a rien. Il n'y a plus de boulangerie, plus de bibliothèque, de piscine. Il y a plein de choses qui ne sont pas là. Il n'y a même plus de magasins et beaucoup de médecins traitants sont partis à la retraite ou ont déménagé. Les gens marchent, les pauvres. Je les vois avec leur canne, traînant un cabas rempli de courses, faisant une pause toutes les cinq minutes. Les élus doivent justement répondre à ces problèmes, qui sont concrets. Je crois qu'il s'agit d'abord d'identifier les problèmes de ces populations fragiles, isolées. Parce qu'elles n'osent même plus aller ailleurs. Elles n'osent pas répondre. Parce que pour les populations issues de l'immigration en particulier, il y a aussi parfois une peur de la transgression des codes culturels de chez eux. Aller voir, demander de l'aide, on a peur de cela, ça fait honte. Misérables mais dignes. C'est donc aux gens d'y aller. Je ne sais pas qui doit y aller, les agents, etc. Mais en tout cas, il faut trouver quelque chose qui fasse le lien. On dit qu'il faut du lien, mais qui va le faire? Il faudrait parler de choses concrètes. Je vous remercie.

«• Une intervenante

Bonjour, je suis assistante sociale. Cela fait 15 ans que je travaille dans la gérontologie. Concrètement, politiquement, si vous voulez faire un dossier en EHPAD maintenant, ce n'est plus possible par papier. Cela passe par «Trajectoires». C'est très bien, sauf qu'il y a un volet médical à remplir par le médecin traitant. Si vous appelez donc le médecin traitant, il vous dit qu'il n'est pas assistante sociale, qu'il ne fait pas d'administratif. Mais ce n'est pas mon boulot non plus. C'est à lui de remplir le volet médical. C'est comme cela que cela a été convenu. Il répond aussi qu'il n'a pas le temps. Nous sommes donc confrontés à des choses très simples, mais très bêtes. Moi, j'entends très bien que le médecin n'a pas le temps, qu'il a d'autres choses à faire. Mais nous ne pouvons pas faire plus que cela et le dossier reste coincé. C'est la personne âgée qui en pâtit. Il y a effectivement des facilités par la nouvelle technologie, mais à un moment donné, il n'y a pas de lien médico-social, pas de coordination et nous arrivons donc à des aberrations. Au niveau politique, il y a aussi des choses à avancer là-dessus, à réfléchir sur le terrain.

C'est pareil pour le dispositif APA. Nous avons un dispositif qui est là pour venir en aide aux personnes qui sont dans une petite, voire une grande dépendance. À un moment donné, nous sommes là à minuter la toilette, l'habillage, le repas, tout cela parce qu'il y a un coût derrière. Où est le lien? Où est la prise en compte de la personne, de l'aide à domicile, de la famille, de tout ce qui peut faire lien et qui peut assurer aussi de la coordination pour avancer dans les choses? En tant que politiques, c'est là où vous avez aussi des choses à mettre en œuvre, à réfléchir et à concerter. Il ne s'agit pas de ne le faire que nationalement, mais aussi localement.

«• Une intervenante

Bonjour, je suis toute jeune retraitée. J'ai été très sensible à l'intervention du Docteur BOUTTI, pour des tas de raisons, notamment parce que j'ai travaillé sur le quartier des Alpines, entre autres. J'ai pensé à ce que vous avez dit sur la réforme nécessaire de la gestion des maladies chroniques, qui est quand même une grosse pourvoyeuse des difficultés que nous pouvons rencontrer quand nous dirigeons des personnes sur des EHPAD parce que nous n'avons pas d'autres solutions, par exemple.

Pour la petite histoire, il m'est arrivé de mentir au SAMU sur l'âge de la personne concernant l'appel, parce que je sais très bien, et je l'ai vu dans ma pratique professionnelle, que passé un certain âge, le SAMU ne

se déplacera pas. Du coup, mon intervention vient renforcer ce qu'a dit le Docteur BOUTTI.

Quelles sont donc ces solutions que vous avez en tête ? Avez-vous des idées ? Quel peut être le rôle justement des politiques, y compris locales, à tous les niveaux, dans cette réforme que vous avez en tête ? Parce qu'on nous a dit qu'on pouvait rêver.

«● **Pr Gaëtan GAVAZZI,**

chef de service Médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes

Je vous réponds au déjeuner.

«● **Marianne AUFFRET,**

vice-présidente d'ESPT, maire adjointe du 14^{ème} arr. de Paris Urbanisme et grands projets d'aménagement, Santé

Merci, il est midi pile. C'est le signe d'une maîtrise du temps absolue. Si je maîtrise tout comme cela jusqu'au bout, cela va être vraiment nickel. Bon appétit, merci beaucoup. Nous nous revoyons tout à l'heure, très vite. Nous continuerons à discuter. La reprise est à 13 h 30. À tout à l'heure.

[Applaudissements]

table
ronde

QUELLES ORGANISATIONS TERRITORIALES EN SANTÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES ?

« Animation : **Élisa MARTIN**, 1^{ère} adjointe au maire de Grenoble,
déléguée aux Parcours éducatifs et à la Tranquillité publique

Bonjour à tous. Je vous remercie tout d'abord d'être là nombreux. Cela témoigne de l'intérêt que nous avons en commun, qui est l'articulation, si j'ai bien compris, entre les interventions des collectivités, peut-être d'une collectivité en particulier qui s'appelle la commune, autour des questions de vieillissement et de santé.

En tant que première adjointe, je veux saluer le partenariat et le travail que nous menons avec vous, ESPT. D'autant plus qu'en fouillant un peu, Internet est un outil assez magique même s'il faut trier, j'ai pu découvrir le caractère tout à fait militant, positif dans lequel vous déployez ce que vous voulez faire. Ce qui a particulièrement retenu mon attention, parce que je crois que c'est un recul majeur, c'est cette affaire de « Ma santé 2022 ». Vous indiquez clairement, avec pédagogie, et vous me direz si je dis des bêtises, que la santé ne peut pas se réduire à l'absence de soins. Je crois que c'est important. Je crois que s'inscrire dans une définition large des questions de santé tel que nous y invite l'OMS n'est pas un détail.

Nous sommes là réunis autour des sujets suivants, qui ne sont pas simples, mais nous allons avoir avec nous des spécialistes, plutôt des professionnels à cette table-ronde. La question est donc « Quelles organisations territoriales en santé pour les personnes âgées ? » Voilà un peu ce qui va nous occuper pendant cette heure et demie qui nous est réservée.

Ce que je vous propose, sans autre protocole, c'est que vous puissiez d'abord vous présenter, chacun, et nous dire pourquoi vous êtes là, d'une certaine façon. Ensuite, il y aura des prises de parole rapides, puis un débat avec la salle. Merci à vous.

ORGANISER LES ACTEURS CONCERNÉS À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES, C'EST-À-DIRE ? DES EXEMPLES DE DÉMARCHES TERRITORIALISÉES EN SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

L'expérience de la CC du Grand Autunois Morvan

« Clément SOULIER,

*coordonnateur du CLS de la Communauté de Communes
du Grand Autunois Morvan*

Bonjour à tous. Merci tout d'abord pour l'invitation. C'est toujours un plaisir de parler de territorialisation des politiques de santé à destination des personnes âgées, sujet qui nous anime au quotidien et dont il est agréable de pouvoir discuter avec vous.

Clément SOULIER, je suis animateur du Contrat Local de Santé du Grand Autunois Morvan, qui est une communauté de communes à dominante rurale, de 38 000 habitants, au milieu de la Bourgogne. La ville centre en est Autun, pour ceux qui connaissent. Elle représente 13 000 habitants et a l'un des plus petits quartiers politiques de la ville de France. Elle est entourée par un territoire très rural, avec une densité, pour la moitié de cette couronne rurale, de six habitants au kilomètre carré. Ce qui nous éloigne un peu de notre environnement du jour.

Ce qui est intéressant pour cette collectivité, c'est que l'action en termes de santé est portée de façon assez historique. Cela a commencé autour d'un Atelier Santé Ville, dès 2007. Maintenant, nous sommes aussi avec un Contrat Local de Santé, la deuxième version de ce Contrat Local de Santé arrivant à terme l'année prochaine. Disons donc que tous les jalons de la territorialisation des politiques de santé ont été posés et que depuis qu'il y a eu un investissement sur les questions de santé, ces dernières ont toujours été portées à la fois par la ville au travers de l'Atelier Santé Ville, et par le pays, puis l'intercommunalité, comme aujourd'hui.

L'important aussi pour une communauté de communes, particulièrement rurale, c'est de baser sa territorialisation des politiques de santé sur les grands schémas de cohérence territoriale, sur le SCoT, pour avoir une vision partagée qui ne soit pas spécifique à la santé. Les travaux que nous menons actuellement en termes de structuration de l'offre de soins, par exemple, autour de maisons de santé, sont les mêmes que ceux que nous allons promouvoir en termes de services de proximité autour des maisons de service et d'accueil du public. Cela sous-entend que l'accès aux services de proximité met sur un pied d'égalité les services publics et la santé. Du coup, cela crée des pôles de proximité qui nous permettent d'animer notre territoire.

Ce que je voulais aussi vous dire, c'est que nous avons ce qui aurait pu être une difficulté, mais qui est maintenant dépassée sur notre territoire, à savoir une trilogie d'acteurs qui investit le champ de la santé : un Atelier Santé Ville qui concentre des moyens sur une population fragile, identifiée, avec des démarches diagnostics régulières, une capacité à associer les habitants d'un petit espace sur des grands projets de leur quotidien et à investir des champs qui vont de la santé environnementale aux problématiques de mobilité.

Sur une autre échelle de travail, nous avons le Centre Intercommunal d'Action Sociale, qui reprend exactement le même territoire que celui de la communauté de communes. C'est un travail important puisqu'il va se déployer sur des pôles de proximité, au plus proche possiblement des habitants, avec un engagement fort sur la lutte contre l'isolement, qui est une caractéristique de notre ruralité même si elle a été beaucoup évoquée dans le cadre des politiques de la ville ce matin. Ce travail-là nous permet vraiment d'avoir un retour de ces territoires ruraux vers lesquels il est difficile de se tourner et desquels il est difficile d'avoir un retour sur l'état de santé de cette population.

Le dernier élément est le Pôle santé, dont je fais partie. Il est intégré à la communauté de communes, au service de la direction et de l'attractivité du territoire. C'est-à-dire que la santé est vue, dans notre collectivité territoriale, comme un outil de développement du territoire, comme la garantie d'une attractivité conservée pour des populations qui vont s'installer en Grand Autunois Morvan. Je tiens à préciser que nous avons deux filières d'installation dans le Grand Autunois Morvan : des jeunes de 30 ans qui viennent pour un retour à la terre et beaucoup de jeunes retraités qui, après avoir fait une vie de labeurs en zone plutôt urbaine, décident de revenir dans une zone rurale qu'ils ont connue dans leur enfance. En effet, la thématique de santé est donc pour nous un outil fondamental de développement de notre territoire. Parce que cela nous permet de main-

tenir notre démographie à flot, de nous assurer que nous n'allons pas avoir de nouveaux habitants qui vont se retrouver en difficulté sur un territoire qu'ils ont choisi pour leur « projet » de vie.

Ce que je voulais également aborder, c'est la caractérisation des territoires. On a un peu tendance à opposer les territoires ruraux et les territoires urbains. Les territoires ruraux sont souvent une inconnue et nous voyons parfois dans leur traitement médiatique que nous sommes plus sur une forme de stéréotype, en tout cas sur une représentation souvent éloignée de la réalité. Du coup, je vais l'illustrer en prenant notre organisation. Nous travaillons sur les mêmes thématiques qu'en ville. Nous travaillons sur l'isolement, sur la question des mobilités, sur le désenclavement de certaines parties de nos territoires. En elles-mêmes, les thématiques que nous investissons sont exactement les mêmes que celles que vous trouverez pour la territorialisation des politiques de santé à destination des personnes âgées sur un territoire plus urbain, et particulièrement sur les quartiers populaires, me souffle-t-on dans l'oreillette. Nous utilisons également les mêmes outils contractuels. J'anime un Contrat Local de Santé. Notre territoire a un Atelier Santé Ville. Nous avons une démarche coordonnée avec un Centre Intercommunal d'Action Sociale. Au final, nous disposons des mêmes structures qu'un territoire à dominante urbaine pour faire vivre et animer nos politiques de santé. Nous disposons également des mêmes leviers. Nous répondons aux mêmes appels à projets. Nous agissons de concert avec nos porteurs de projets pour mobiliser la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Nous travaillons avec les établissements médico-sociaux, avec les EHPAD, avec un hôpital de proximité, qui a malgré tout une offre de soins très structurante, et encore plus structurante que le territoire est petit.

La différence principale ne réside donc pas tant dans la nature ou dans les moyens. Elle se retrouve plutôt dans la capacité à mettre en place une réponse. Pour traiter un problème de mobilité, il est évident que la mise en place d'une ligne de bus dans un territoire à dominante rurale n'est pas forcément la réponse adaptée. Nous avons tendance à faire de la dentelle, à faire des dispositifs très agiles, très légers, mais difficilement lisibles. Quand nous prenons un suivi et une évaluation qui ne sont pas basés sur un ressenti qualitatif de la part des habitants, mais qui vont juste être un reporting du nombre de passages du véhicule de transport à la demande dans une commune de 200 habitants, attendu qu'un résultat positif serait de 15, nous avons évidemment du mal à faire entrer nos dispositifs dans ces processus d'évaluation. D'autant plus que nous sommes des petites collectivités territoriales, avec des communes qui ont des moyens égale-

ment limités. La rationalisation de nos finances nous a poussés à mutualiser parfois jusqu'à un peu déshabiller les communes locales, que ce soit en compétences, voire en moyens. La difficulté de continuer à amener des services lorsqu'ils concernent peu d'usagers, mais qu'ils sont absolument fondamentaux pour garantir un égal accès aux services publics, à la santé, aux soins de manière générale et à toutes les aménités d'un territoire, se pose pour nous de façon peut-être plus prégnante. Cette difficulté à se projeter dans le temps, d'avoir une idée de la reconduction potentielle de nos dispositifs d'accompagnement social et sanitaire de notre population est un de nos enjeux fondamentaux. Je pense que c'est la caractéristique principale qui nous différencie des territoires à dominante urbaine.

[Applaudissements]

«• ÉLISA MARTIN,

1^{ère} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs et à la Tranquillité publique

Merci beaucoup. Je crains que l'intercommunalité en zone urbaine hyper dense, même quand elle est métropole, fonctionne exactement comme vous le dites. Mais nous n'allons pas nous disputer tout de suite.

Ensuite, c'est à vous, Madame. C'est toujours pareil, si vous voulez bien dire quelques mots d'où vous parlez. Ensuite, comme Monsieur, vous nous ferez part de vos réflexions. Merci.

L'expérience du CIAS du Pays de Martigues

« Catherine GERMAN-LABAUME,

responsable du Pôle Santé et Handicap du CIAS, cheffe de projet CLS et ASV

Bonjour, je suis Catherine GERMAN-LABAUME, responsable du Pôle santé et handicap du pays de Martigues, qui est porté depuis quelque temps par le Centre Intercommunal d'Action Sociale. En particulier, au sein de ce pôle, je suis en charge d'un service d'observation et de promotion de la santé à l'échelle de trois communes : Martigues, Port de Bouc et Saint-Mitre. Ce qui représente 72 000 habitants. C'est un territoire situé entre la mer et l'étang de Berre. Ce service de santé existe depuis 25 ans. Il a d'abord été porté, pendant presque 20 ans, par la commune de Martigues, la commune centre, qui a fait le choix ensuite, avec les maires des deux communes voisines, de le transférer à la communauté d'agglomération. Ce qui était une bonne échelle pour œuvrer en matière de promotion de la santé.

C'est à la fois un territoire industriel, touristique, caractérisé aussi par de la précarité importante, en particulier pour une des trois communes. Il y a également un sous-équipement assez important, en particulier au niveau médico-social. Ce service a été un moment à la communauté d'agglomération. Ensuite, quasiment toutes les communautés d'agglomération des Bouches-du-Rhône ont dû fusionner dans la métropole Aix-Marseille Provence. Mon service a donc suivi pendant deux ans la métropole. Celle-ci a fait le choix de ne pas porter la compétence santé. Elle l'a donc restituée aux communes d'origine. Les maires ont obtenu du Préfet de pouvoir confier cette mission au Centre Intercommunal d'Action Sociale. Cela a donc fait beaucoup d'aléas administratifs et de transferts. Mais en tout cas, nous restons sur une bonne échelle pour œuvrer en matière d'observation et de promotion de la santé.

C'est vrai que cette intégration dans le Centre Intercommunal d'Action Sociale est intéressante aussi puisque c'est un établissement qui porte un service de maintien à domicile, qui porte un CLIC en gérontologie. Cela permet aussi de s'ouvrir sur de nouveaux projets, de nouveaux partenariats. C'est intéressant. En matière de dispositifs, nous animons trois dispositifs : un Atelier Santé Ville, et je vais en dire un petit mot, un Contrat Local de Santé et un Conseil Local de Santé Mentale. Ils permettent chacun de conduire des actions complémentaires.

Plus particulièrement concernant les personnes âgées, l'Atelier Santé Ville s'appuie sur une feuille de route, qui n'a pas une entrée populationnelle. Nous avons plutôt fait le choix d'avoir une feuille de route en matière d'éducation et de promotion de la santé, et d'accès aux soins des publics les plus en précarité, d'avoir une entrée plus thématique sur les questions d'hygiène de vie, de souffrance psychique, par exemple... En revanche, notre rôle est de mobiliser tout un ensemble d'opérateurs qui vont pouvoir conduire des actions collectives auprès des habitants. Là, effectivement, il y a 13 opérateurs sur le territoire qui agissent plus particulièrement en direction des personnes âgées, que ce soit pour des actions dans des foyers de personnes âgées, dans des résidences sociales, puisque nous avons beaucoup de travailleurs immigrés qui sont âgés sur les résidences sociales de notre territoire, dans les maisons de quartier, dans les centres sociaux. Notre rôle va être plus particulièrement de mobiliser ces opérateurs, les financements, de mettre en lien les structures qui sont en demande d'actions et les opérateurs qui sont en capacité d'intervenir. Cela peut être en particulier dans les domaines de l'équilibre alimentaire, du bien vieillir, de la pratique d'exercices physiques, ... Il y a tout un ensemble d'actions qui sont déployées en matière de sport-santé, avec de l'activité physique adaptée, et qui peuvent être aussi proposées à



des personnes qui ont des pathologies chroniques. Voilà pour la partie Plan Local de Santé, qui va quand même toucher une population âgée qui reste relativement active. Cela va peut-être constituer une différence avec le Contrat Local de Santé dont je vais parler ensuite.

Un petit mot sur l'Atelier Santé Ville: il conduit un travail avec les directions de la voirie et des déplacements pour tout ce qui concerne l'aménagement des cheminements piétons, la signalétique, le fait de remettre des bancs là où ils ont été enlevés. Il s'agit vraiment de favoriser la marche. C'est vrai que c'est important aussi pour les personnes âgées, d'avoir un environnement favorable à la santé.

Concernant le Contrat Local de Santé, il est signé avec l'Agence Régionale de Santé, avec l'État et aussi avec le Centre Hospitalier de Martigues, qui est très impliqué sur ce Contrat Local de Santé. Là, nous agissons surtout au niveau de l'aménagement du territoire en « amenant » de nouveaux équipements et de nouveaux services. Puisque comme je le disais tout à l'heure, nous sommes sur un territoire qui était particulièrement sous-équipé. L'idée est vraiment de réduire ces inégalités territoriales de santé par cet aménagement et le déploiement de ces nouveaux services.

Dans ce contrat local, nous avons quatre volets, dont un, plus en direction des personnes âgées et en situation de handicap. Nous avons un certain nombre d'actions qui sont en cours ou qui ont été réalisées, et qui sont plus à la faveur de personnes âgées plus dépendantes. Cela a, par exemple, permis d'augmenter le nombre de places en EHPAD, avec l'installation d'un nouvel EHPAD sur le territoire, de multiplier par deux le nombre de places habilitées à l'aide sociale, puisque nous avons des équipements mais qui n'étaient pas forcément accessibles financièrement à toute la population. Cela a permis l'ouverture d'un second accueil de jour pour personnes âgées désorientées. Il y avait une forte demande, en particulier de la part des aidants, qui exprimaient leur souffrance et qui avaient besoin de lieux leur permettant un répit et la prise en soin de ces personnes. C'est un contrat qui a aussi permis d'obtenir l'agrément pour une MAIA portée par le Centre Hospitalier de Martigues et financée par l'ARS.

Cette MAIA, avec des postes de gestionnaire de cas complexes, s'est associée avec deux autres services, un service d'appui en gérontologie porté par l'hôpital de Martigues, et le CLIC porté par le CIAS, pour créer à 3 un espace gérontologique du pays de Martigues, mettre en commun leurs

Rattraper le retard et organiser l'offre de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées



2.1 Prendre en compte les inégalités territoriales en équipements et services

A2-1	Expérimenter une unité de vie pour les personnes handicapées au sein d'un EHPAD existant sur la capacité existante
A2-2	Encourager la mise à disposition des lits pour le répit pour les aidants et les personnes en situation d'urgence en vue de favoriser le maintien à domicile
A2-3	Notifier et recenser les besoins en services type SAMSAH-SAVS sur le territoire
A2-4	Présenter un projet de reconnaissance d'une unité autisme en IME

2.2 Adapter l'accessibilité économique des équipements en place en fonction des besoins

A2-9	Informar sur les places d'aide sociale en EHPAD et foyers logement et maintenir une veille sur les besoins du territoire
A2-10	Adapter les chambres et rendre accessible l'accès aux chambres en résidence sociale pour les personnes migrantes vieillissantes en perte d'autonomie
A2-11	Dupliquer l'expérience d'aide à domicile mutualisée en résidence sociale

2.3 Moderniser et diversifier l'offre en faveur des personnes

A2-12	Etudier la configuration de la prise en charge en SSIAD et HAD pour les personnes grabataires ou lourdement handicapées
A2-14	Création de logements communautaires diversifiés
A2-13	Analyser et faire remonter le besoin d'un groupement d'entraide Mutuelle dans le respect des publics visés par les GEM

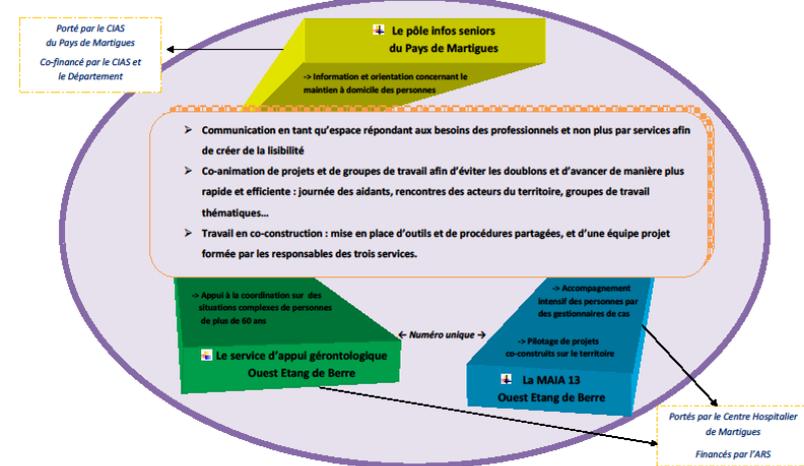
2.4 Faciliter le parcours et améliorer l'orientation des personnes accompagnées

A2-5	Mettre en œuvre le dispositif MAIA sur le territoire
------	--

L'ESPACE GERONTOLOGIQUE DU PAYS DE MARTIGUES



Au départ, il s'agissait de la mise en place d'un réseau grand dépendant créé en collaboration entre la ville de Martigues et le Centre Hospitalier dans une volonté partagée d'offrir une réponse coordonnée aux personnes âgées, à leurs aidants et aux professionnels du territoire. Progressivement ce réseau a évolué vers un espace dédié aux seniors dans lequel s'associent à présent les 3 services suivants :



moyens. C'est donc une équipe pluridisciplinaire, un lieu unique, la mise en commun de moyens, avec des travailleurs sociaux, des infirmiers, des médecins, des gestionnaires de cas complexes, qui vont pouvoir répondre aux besoins des professionnels de santé qui se retrouvent souvent dans des situations difficiles, chronophages, et qui ont besoin de pouvoir s'appuyer sur des services. Cette équipe pluridisciplinaire a aussi pour objet de répondre aux aidants. Ils apportent de l'information, du conseil dans les différents domaines de la vie quotidienne. Ils apportent un soutien dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, un accompagnement au long cours également, pour les personnes âgées et les aidants.

Les élus se sont particulièrement mobilisés sur cet espace gérontologique, pour qu'il puisse conserver ses moyens, en particulier au niveau de l'évaluation à domicile. Parce qu'il y a aujourd'hui, chez nous en tout cas, en Bouches-du-Rhône et en région PACA, une forte orientation du conseil départemental et de l'ARS pour développer des plates-formes territoriales d'appui, des plates-formes téléphoniques, avec très peu de moyens sur l'évaluation à domicile. C'est vrai que nous avons eu des élus qui se sont particulièrement mobilisés pour maintenir ces moyens qui permettent vraiment d'aller au domicile des personnes âgées et de faire des évaluations qui vont permettre ensuite d'apporter des réponses adaptées.

J'ai éventuellement quelques autres exemples, s'il me reste du temps, sans être trop exhaustive. Dans le Contrat Local de Santé, nous sommes aussi sur un volet offre de soins de premier recours. C'est vrai que nous sommes sur un territoire vieillissant. Le fait est que les maladies chroniques augmentent, le fait est que le maintien à domicile est de plus en plus recherché. Aussi, il est important d'avoir des médecins en ville. Il y a donc vraiment tout un travail que nous conduisons, mais pas seulement en direction des personnes âgées, même si c'est important pour elles. Là, nous avons plusieurs leviers que nous travaillons avec la faculté de médecine. Nous avons aussi mis en place un pôle ressource pour les internes en médecine générale, qui font des stages en ville, sur notre territoire. Depuis la signature du contrat en 2015, nous avons six jeunes médecins qui se sont installés sur le territoire. Cela ne vient donc pas tout à fait compenser encore les départs à la retraite, mais en tout cas, c'est déjà en bonne voie. Ce sont des éléments favorables au maintien à domicile et au soin des personnes âgées.

Sur la question des maladies professionnelles, comme j'ai dit que nous étions sur un territoire très industriel, beaucoup de salariés de ce territoire ont été exposés à l'amiante. Ce sont des pathologies qui se

déclarent souvent à retardement. Ce sont beaucoup des personnes retraitées qui vont déclencher ces maladies, donc nous avons aussi un très gros travail sur l'accompagnement de ces personnes, dans l'accès à leurs droits, le développement, l'encouragement au suivi post professionnel. Là, nous travaillons avec l'hôpital de Martigues, qui est en voie d'ouvrir une consultation de pathologies professionnelles. C'est une petite illustration qui va particulièrement toucher les personnes âgées, puisque ce sont pour beaucoup des maladies à déclaration très retardée dans le temps, bien après l'exposition professionnelle. Merci.

[Applaudissements]

• **Élisa MARTIN,**
*1^{re} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs
et à la Tranquillité publique*

Merci beaucoup. Nous continuons.

Territorialisation en santé mentale des personnes âgées : l'expérience des CLSM

« Pauline GUEZENNEC,

chargée de mission, CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Lille

Bonjour, je suis Pauline GUEZENNEC. Je suis en charge du Centre national de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale, qui est porté par le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale. On m'a demandé de parler de ce que pouvaient faire les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) au niveau du public des personnes âgées.

Déjà, peut-être que tout le monde ne sait pas ici dans la salle, ce qu'est un Conseil Local de Santé Mentale. Très rapidement, c'est une démarche politique portée par les élus locaux. D'où l'intérêt d'ESPT de promouvoir la démarche. L'idée est de concerter, d'inviter l'ensemble des partenaires qui travaillent autour de la santé mentale pour élaborer et co-construire une stratégie, une politique de santé mentale. L'objectif est de convier les bailleurs sociaux, la justice, la culture, les personnes concernées, l'UNAFAM, les travailleurs sociaux, médico-sociaux, tout le monde, autour de la table pour voir quelles sont les priorités en termes de santé mentale. Ensuite, il y a des groupes de travail thématiques ou par publics qui vont élaborer et mettre en place des actions pour améliorer la santé mentale de la population.

Les CLSM, qui sont actuellement plus de 200 sur le territoire national, qui couvrent plus de 2000 communes, ont pour mission d'établir des politiques locales dans une approche de santé publique, de population. Le CLSM doit permettre et créer un environnement favorable à la santé mentale qui, d'après l'OMS, va du bien-être aux troubles psychiatriques. C'est donc un continuum assez large qui concerne une bonne partie de la population, dont les personnes âgées évidemment. Puisque, toujours d'après l'OMS, un tiers de la population générale a ou aura un trouble psychique dans sa vie.

Par rapport aux personnes âgées, il y a des spécificités, dont par exemple l'arrêt de la vie professionnelle, les pertes des proches, des problématiques physiques qui impactent forcément la santé mentale des personnes. Tous ces événements peuvent conduire à des actions spécifiques élaborées pour ce public. Concernant les Conseils Locaux de Santé Mentale, actuellement un quart d'entre eux a mis en place un groupe de travail sur la santé

mentale des personnes âgées, qui peut avoir plusieurs appellations. Il peut s'agir de savoir comment rompre l'isolement des personnes âgées, notamment. Plein d'actions sont déployées.

Le Conseil Local de Santé Mentale en tant que tel va essayer d'élaborer et de favoriser le partenariat avec d'autres dispositifs déjà en place sur le territoire. Dans l'idéal, il va donc travailler avec l'Atelier Santé Ville, le CLIC, la MAIA, les EHPAD. Il s'agit finalement de savoir comment mailler le territoire pour que la santé mentale soit prise en compte par l'ensemble des partenaires, par l'ensemble des structures. Le CLSM ne va pas tout faire et ne va pas tout créer ni tout révolutionner, mais il va faire en sorte que chaque partenaire se dise qu'il a un rôle à jouer dans la prévention, dans le repérage, pour faire en sorte que la santé mentale de la population, et des personnes âgées notamment, s'améliore. Si vous voulez plus d'informations sur «santé mentale et vieillissement», j'ai laissé une plaquette qui parle spécifiquement de la thématique. Elle a été réalisée par le Psycom, qui est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.

Je vais vous parler des actions concrètes qui ont pu être développées et mises en place par des CLSM. Je vais commencer par la prévention du suicide chez les personnes âgées. Peut-être que vous le savez, mais un tiers des personnes qui se suicident en France sont des personnes de plus de 65 ans. Ce qui est considérable. Si nous faisons une comparaison entre la tentative de suicide et le suicide, les personnes âgées se suicident beaucoup plus. Les tentatives de suicide concernent davantage la population jeune. Par exemple, dans le pays du Lunévillois, près de Nancy, une formation a été mise en place sur la prévention du suicide. Un suivi téléphonique a été déployé pour prévenir les risques de suicide et de dépression chez les personnes. Il y a donc un suivi téléphonique et deux fois par semaine, on appelle les personnes qui ont été repérées comme étant très fragiles, pour faire en sorte que la psychiatrie les suive, des travailleurs sociaux également. Il s'agit d'éviter le risque suicidaire. D'autres CLSM ont pu mettre en place des formations très grand public pour sensibiliser et informer des ressources qui sont disponibles sur le territoire, concernant évidemment la prise en charge des tentatives de suicide chez ce public particulier.

Une autre action, qui a été déployée à Cherbourg, sur l'ensemble de l'agglomération, concerne une fiche de repérage. C'est un outil qu'ils ont appelé «Restons vigilants envers les seniors». C'est une grille d'autoévaluation qui peut être complétée par les aidants, par les travailleurs qui encadrent et accompagnent les personnes. Face aux signaux qui peuvent alerter, comme des chutes, des difficultés à préparer les repas,

les personnes qui complètent cet outil doivent pouvoir orienter vers les dispositifs qui vont prendre en charge des personnes âgées concernées. C'est toujours l'objectif de repérer le plus rapidement possible, le plus précocement possible, et d'orienter pour éviter une aggravation des troubles, les risques d'hospitalisation, d'expulsion, et des tentatives de suicide, pour ce public particulièrement touché. Je ne vous explique pas l'ensemble de l'action, mais ce sont des fiches actions disponibles sur le site Internet clsm-ccoms.org. Elles expliquent l'ensemble du déroulé de l'action. Par exemple, pour la grille d'autoévaluation, le CLSM pilotait cette action mais la psychiatrie publique, le CCAS, la MAIA, le conseil départemental et plusieurs EHPAD du territoire ont participé à cette action. Collectivement, il s'agit d'inventer des outils pertinents pour le territoire.

Aux Pavillons-sous-Bois, en Île-de-France, le CLSM a déployé une formation sur la prévention de la maltraitance des personnes âgées. Cette formation était également proposée à l'ensemble des professionnels du territoire pour qu'ils puissent repérer les personnes concernées. Vous retrouverez l'ensemble du programme de formation qui a été proposé sur le site internet. L'objectif est toujours de mailler le territoire, pour que les professionnels soient outillés.

Ensuite, j'ai pu lister d'autres actions qui ont été déployées, notamment par la psychiatrie publique, qui ont permis des consultations dans des EHPAD et donc d'aller au plus près des personnes. Il y a également une action de prévention « Bien vivre sa retraite ». C'est le CLSM qui a permis un partenariat avec la caisse de retraite pour mettre en œuvre tout un ensemble d'actions de prévention. Il y a évidemment les partenariats avec la MAIA et le CLIC, mais j'en ai parlé. Le CLSM a aussi un rôle à jouer dans tout ce qui est promotion des dispositifs innovants, tels que le dispositif Mona Lisa qui se déploie sur l'ensemble du territoire national. Je ne maîtrise pas parfaitement ce dispositif mais il s'agit de former des bénévoles pour rompre la solitude et l'isolement des personnes âgées. Par exemple, le CLSM de Reims a mis en avant l'importance de travailler sur la solitude et l'isolement des personnes âgées : il y a 10 ans, il avait mis en place une action pour faire intervenir des éducateurs sportifs au domicile des personnes âgées qui ne participaient pas du tout à la vie de la Cité. L'objectif était que les éducateurs sportifs aillent au domicile des personnes âgées, créent une relation de confiance avec elles et les amènent ensuite dans les activités, dans les maisons de quartier, dans les centres sociaux pour rompre l'isolement et leur faire reprendre une vie sociale.

N'hésitez donc pas à aller sur le site Internet pour voir l'ensemble des actions puisque plusieurs CLSM ont fait un focus sur les personnes âgées.

Après, il y a des thématiques comme le logement, l'accès à la culture, etc., qui sont transversales mais qui touchent évidemment les personnes âgées.

Les CLSM sont portés par les élus locaux. Il faut absolument une volonté politique. C'est ce qui change des Contrats Locaux de Santé qui sont une contractualisation entre ARS et élus. Il est important de garder cette philosophie du CLSM. C'est une conviction politique, une conviction de la part des acteurs locaux. Ils doivent être absolument convaincus et militants dans la démarche pour faire vivre le CLSM et faire en sorte que la santé mentale soit prise en compte par l'ensemble des partenaires et des structures. Merci.

[Applaudissements]

«**Élisa MARTIN,**

1^{ère} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs et à la Tranquillité publique

Merci beaucoup. Vous nous avez parfaitement éclairés sur ce dispositif qui, à mon sens, sans nul doute, va générer des questions, des remarques. Je vous remercie.

C'est à vous, merci.

L'expérience de la ville de Grenoble

«• Andréa MICHEL,

coordinatrice santé et CLSM, Direction de la Santé publique et environnementale de la ville de Grenoble

Bonjour à tous. Je suis Andréa MICHEL, coordinatrice santé et coordonnatrice du Conseil Local de Santé Mentale de Grenoble. Je n'ai plus à présenter les CLSM, c'est très bien. Pour la ville de Grenoble, effectivement, le CLSM correspond au territoire de la commune. Il y a d'autres CLSM au niveau de la métropole, à Saint-Martin-d'Hères, Fontaine, etc.

Sur la question de la santé des personnes âgées, il y a beaucoup d'acteurs qui œuvrent au niveau de la ville de Grenoble. Il y a notamment le CCAS de Grenoble. Mais moi, je suis ville de Grenoble et Direction Santé publique et environnementale. Je ne vais donc pas pouvoir vous brosser un paysage général de ce que fait le CCAS, mais plutôt de ce que fait la Direction Santé publique et environnementale, en partenariat bien sûr avec tous les acteurs du territoire.

En quelques mots, au niveau de la Direction Santé publique et environnementale, il y a trois services : le service municipal de santé scolaire, qui ne nous concerne pas aujourd'hui, le service d'hygiène santé et environnementale, qui traite notamment des problématiques de logement et qui est l'un des partenaires avec lesquels nous travaillons pour ce qui est de la santé des personnes âgées. Il y a enfin le service promotion de la santé, duquel je dépends. Pour cet ensemble d'acteurs, il y a plusieurs cadres dans lesquels nous travaillons. À notre échelle communale, il y a le plan d'action du CCAS, d'une part, pour la question santé des personnes âgées. Il y a également le plan municipal de santé. Les deux se sont accordés pour avoir les mêmes objectifs. Ils ont été travaillés de concert. Nous sommes donc cohérents à ce niveau-là. Ensuite, nous avons également le Contrat Local de Santé. Là aussi, il est de deuxième génération. Il a été voté cet été pour la ville de Grenoble. Tous ces plans et ces contrats ont comme objet de mobiliser, de fédérer les acteurs locaux sur différents aspects de la santé, et notamment de la santé des personnes âgées. Bien entendu, sur ces questions-là, nous sommes en lien avec la métropole pour ce qui est des quartiers politiques de la ville, principalement.

Ensuite, nous sommes soit sur une entrée territoriale, soit sur une entrée populationnelle. Bref, tout cela se croise. C'est toujours un peu compliqué. J'ai donc choisi l'aspect territorialisé, en fonction du territoire donc, en vous présentant d'abord ce qui est fait pour Grenoble au niveau

infra communal. Nous avons différents dispositifs qui sont plutôt généralistes en termes de population, mais qui concernent aussi les personnes âgées. Ce sont des dispositifs plutôt destinés au public en situation de précarité socio-économique, plutôt sur les territoires politiques de la ville, issus des Ateliers Santé Ville.

Nous avons notamment l'installation et la mise en place des médiateurs de santé pairs depuis janvier 2016. C'était une volonté politique de développer cette approche par les pairs. L'objectif, pour ces médiateurs, est d'améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour les habitants de ces quartiers-là. Concernant le concept de « pairs aidance », ce sont des personnes qui ont vécu des difficultés vis-à-vis de l'accès aux soins et qui sont prêtes à utiliser cette expérience de vie pour la partager avec les personnes qu'elles accompagnent. Elles font de l'aller vers, des permanences, aident les personnes à débrouiller les problématiques administratives, font de l'accompagnement physique chez le médecin. Bien entendu, il y a une manière de travailler en fonction de chaque professionnel, mais aussi des territoires. C'est toujours le cas. Ce qui a été remarqué, c'est que sur certains territoires politiques de la ville de Grenoble, nous avons une forte population âgée, notamment pour le quartier du Vieux temple. Le médiateur s'est retrouvé à devoir accompagner des femmes âgées, de 75 à 95 ans, plutôt issues de l'immigration. Jusqu'à présent, c'était leur mari qui s'occupait de toutes les démarches de santé. Là, le mari décède ou est malade, et du coup, ce sont elles qui doivent s'occuper de toutes les démarches administratives : elles sont complètement perdues. Déjà, elles ne connaissent pas les repères. Parfois, il y a l'obstacle de la langue. Aussi, le médiateur, dans ce cas-là, dans la mesure où, en plus, nous avons la chance d'avoir un médiateur arabophone en l'occurrence, les femmes vont le voir. Cela passe par le bouche-à-oreille. Ainsi, cela permet vraiment cet accompagnement vers des droits en santé, voire des soins pour ces personnes. C'est une partie de leur activité. Ce n'est pas toute leur activité. Mais nous voyons qu'en fonction des territoires, il y a cette action-là qui était intéressante.

La ville de Grenoble a également fait le choix d'installer, toujours sur les territoires politiques de la ville, des psychologues dans des lieux d'écoute et de parole. Il y en a aussi sur les communes adjacentes. Nous sommes là sur la question de la souffrance psychosociale. Sur les dernières années, environ 10 % des personnes venues consulter dans ce cadre ont plus de 65 ans. Il y a toutes les problématiques de départ à la retraite mais également d'autres situations, notamment les difficultés à faire face à des problématiques de santé, avec des personnes qui sont en précarité et qui se retrouvent à devoir vivre avec un cancer, la peur des examens, etc.

Ces psychologues vont pouvoir accueillir ces souffrances, ces inquiétudes, pour orienter ensuite s'il y a besoin d'un accompagnement plus approfondi. Si vous avez des questions sur les lieux d'écoute et de parole, par la suite, n'hésitez pas.

Ensuite, il y a une action menée à l'échelle de la ville, en partenariat. Cela se passe effectivement beaucoup dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale. Nous sommes là plutôt dans le champ de la gérontopsychiatrie ou de la psychiatrie du sujet âgé. Nous avons notamment une action qui a principalement l'objectif de soutenir le réseau des partenaires qui œuvrent dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale des personnes âgées. Cela se traduit de deux manières. Il y a ce qu'on appelle « les mardis de la gérontopsychiatrie », où l'idée est de présenter les acteurs du territoire qui peuvent jouer un rôle et être ressources dans le domaine de la psychiatrie du sujet âgé. Cela se passe depuis fin 2016. Dans ce cadre, nous avons eu, par exemple, l'intervention de services du CHU, avec la consultation mémoire ou du service social du CHU. Nous avons eu également l'intervention d'un EHPAD qui a une unité spécifique pour accueillir les personnes vivant avec une problématique psychiatrique vieillissante. Il y a eu aussi l'intervention d'une infirmière de l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé sur le refus de soins. Cette programmation se fait de manière partenariale, dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale. Il y a le Centre Hospitalier Alpes Isère qui est présent, l'association Isère gérontologie qui œuvre beaucoup dans le domaine, des collègues du CCAS, des collègues du CHU et du département, la clinique du Dauphiné. Également, avec ces mêmes partenaires, nous organisons un colloque de gérontopsychiatrie tous les deux ans. Là, il s'agit aussi de faire connaître les acteurs ressources, de permettre aux gens de se rencontrer, d'échanger. C'est assez classique, un peu comme cette journée de partage.

Il y a enfin d'autres aspects plus pratiques, comme la plate-forme d'alerte et de prévention. C'est le nom que nous avons donné à notre cellule appelée plus généralement « Cas complexes ». Là, nous sommes sur des problématiques de troubles du voisinage, de troubles psychiatriques d'une manière un peu générale. Nous travaillons beaucoup là-dessus avec nos collègues du service d'hygiène salubrité environnement, avec l'équipe réseau et les collègues de la psychiatrie. Bien entendu, nous recevons des situations de tous types, avec des problématiques de logement, de voisinage, des problèmes d'hygiène, de décompensation, etc. mais il y a potentiellement des personnes âgées qui sont concernées par ces problématiques. Pourquoi je vous parle de cela ? Parfois, nous sommes vraiment à cheval entre le médico-social et la psychiatrie. Parfois même, nous ne savons pas si c'est plutôt psychiatrique ou plutôt de l'ordre de la gériatrie.

Parfois, c'est les deux en même temps. Du coup, qui contacter ? Bref, nous sommes vraiment à cheval entre de nombreux acteurs. Autour donc d'une situation, nous allons parfois nouer des partenariats qui vont permettre de créer le lien entre les uns et les autres. C'est très constructif, bien que cela ne concerne pas que les personnes âgées, bien entendu. Voilà, c'était une manière d'illustrer ce que disait Pauline tout à l'heure, d'élargir nos différents cadres qui s'emboîtent les uns dans les autres.

[Applaudissements]

« Élisabeth MARTIN,

1^{re} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs et à la Tranquillité publique

Merci beaucoup à tous les quatre. Vous êtes peut-être des spécialistes de tous ces sujets mais ce n'est pas mon cas. Aussi, j'ai trouvé beaucoup d'intérêt dans vos interventions, dans leur diversité et dans le fait qu'elles puissent nous permettre de saisir la complexité de la question particulière que Kheira CAPDEPON nous a invités à soulever.

Y a-t-il des questions, des remarques, des suggestions, des contributions, que sais-je encore ? Puisque j'imagine que nous voulons avoir un débat qui soit le plus vivant possible.

Bien, il y a un micro qui arrive vers vous, Madame, qui va vous permettre d'être enregistrée et entendue par nous tous. Il y a une grande hésitation au fond de la salle, les cœurs sont battants.

ÉCHANGES AVEC L'AUDITOIRE

«• Une intervenante

Bonjour. J'ai plein de questionnements par rapport à tout ce que j'ai entendu. Je vais juste poser une question au premier intervenant et je vais laisser d'autres questions aux autres personnes présentes. Vous avez parlé de lutte contre l'isolement en milieu rural et vous avez parlé d'expérimentations sur la mobilité, la rapidité dans les déplacements des personnes âgées isolées à domicile. Quelle était votre solution ? Avez-vous des évaluations ? Vous en avez parlé. Où en êtes-vous ?

«• Élisabeth MARTIN,

1^{ère} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs et à la Tranquillité publique

Merci. Chacun va évidemment noter, parmi les intervenants, les réponses ou les essais de réponse qui vont devoir être fournis. Ce que je vous propose, c'est de prendre plusieurs questions, pour permettre plus d'expressions. Dites-nous d'où vous parlez, chacun. C'est important.

Monsieur, c'est à vous.

«• Michel BONNIFET,

retraité

Bonjour. Je suis un jeune retraité. Je suis militant retraité CFDT, ancien hospitalier, ancien élu municipal. Par rapport à ce que disait Monsieur SOULIER, ce matin nous parlions du lien, et notamment du lien important avant le vieillissement, qui abordait plutôt la problématique santé et prise en charge médicale. Je voudrais savoir comment vous avez résolu, dans votre territoire, avec six habitants au kilomètre carré, cette problématique du lien. J'ai été très étonné, dans les différentes interventions de cet après-midi, de voir que vous avez un peu parlé en forme de silos. C'est-à-dire qu'il n'y avait pas de lien dans vos interventions avec les milieux associatifs qui, eux, maillent le territoire des villes. Comment faites-vous, et je m'adresse à tous, pour que ce lien-là entre les associations et le côté prise en charge médicale puisse donner de la vie au lien social nécessaire pour les personnes en phase de vieillissement ?

«• Agathe GESTIN,

responsable du programme personnes âgées à la Fondation de France

Bonjour. Je suis Agathe GESTIN, responsable du Programme Personnes âgées à la Fondation de France, qui est présente sur Lyon, pour votre région, et sur d'autres régions. Je voulais savoir si, pour les personnes concernées par des troubles psychiques, vous aviez des expériences particulières sur la question de l'entrée en EHPAD. Comment cela se passe-t-il une fois rentré en EHPAD ?

«• Philippe BATAILLE,

sociologue, directeur d'études à l'EHESS, association «Vieux chez soi»

J'ai vraiment une question venue de la salle, une question de béotien. C'est la rencontre de deux médecines, la gériatrie et la psychiatrie, vue dans les perspectives médico-sociale qui, quelque part, ne réinterroge pas ou ne semble pas réinterroger les fondamentaux de cette médecine. Je prends l'exemple du refus de soins. Andréa l'a évoqué dans la dernière intervention. Pourrions-nous nous arrêter un peu sur le refus de soins ? Que se passe-t-il dans le cas d'un refus de soins ?

Et sur le deuxième exemple, celui du voisinage, nous voyons très bien les interventions, y compris de manière tout à fait fondée, avec par exemple des gens qui chutent ou qui déambulent dans des appartements, avec des interventions de pompiers à trois heures du matin, une fois ou deux fois par mois. Ce qui suscite évidemment des réactions et fait intervenir la famille éventuellement. Ma question est vraiment innocente. Je voudrais savoir comment le médico-social compose avec la rencontre de deux médecines, qui ont chacune des problématiques éthiques dans leur mode d'intervention. Comment tout cela finit dans le médico-social ? Prenons éventuellement l'exemple du refus de soins.

«• Élisabeth MARTIN,

1^{ère} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs et à la Tranquillité publique

Très bien, à mon sens, c'est sans doute une question extrêmement complexe. Peut-être sont-ce davantage des éléments de réponse que des choses tout à fait définitives qui vous seront apportées.

Clément, vous avez été interpellé très directement, donc je vous propose de commencer. Après, nous ferons circuler le micro.

☞ Clément SOULIER,

coordonnateur du CLS de la Communauté de Communes du Grand Autunois Morvan

Pour vous répondre très concrètement sur la lutte contre l'isolement des personnes âgées en milieu rural, c'est une action qui est développée chez nous par le Centre Intercommunal d'Action Sociale. Une stratégie a été mise en place avec d'abord des services civiques qui ont été recrutés pour avoir la capacité à se déployer sur le territoire. Ces services civiques ont ensuite été recrutés sous forme de contrats aidés. Sur un territoire de 38 000 habitants, nous avons quatre services civiques, avec des moyens de mobilité mis à leur disposition qui permettaient d'investir jusqu'au dernier hameau de la dernière commune de notre territoire. Malheureusement, la fin des contrats aidés a impacté un peu durement notre Centre InterCommunal d'Action Sociale. Désormais, il reste une seule personne, qui a été recrutée pour coordonner une action avec des visites de courtoisie. Une convention a été établie avec une association, « Les petits frères des pauvres » je crois, qui fait aussi des appels de courtoisie dans un cadre précis, en suivant aussi des processus d'appel pour essayer de graduer le besoin de sortir de l'isolement, la nature de l'environnement exact des personnes âgées. Je rappellerais que dans notre milieu rural, nous avons encore une chance, qui est que nous avons encore des structures familiales parfois très fortes qui peuvent exister dans des endroits qui sont pourtant très éloignés des centres urbains. C'est aussi quelque chose qui nous interroge et qui nous facilite le travail.

Enfin, il y a tout un réseau animé par le CIAS. Je voudrais revenir sur cet aspect de complémentarité entre les différents acteurs d'un territoire. Ce travail d'animation de réseau des clubs des aînés, des élus locaux, qui organisent trois soirées dans l'année, à destination de leurs habitants, qui sont des lieux de sociabilité très importants pour les habitants du territoire, les foires traditionnelles d'été sur l'ensemble des villages de la communauté de communes, tous ces éléments sont animés et mis en lien avec le Centre Intercommunal d'Action Sociale, qui peut se faire le relais des situations d'isolement. Concrètement donc, ensuite, les clubs des aînés peuvent organiser du covoiturage, aller vers des personnes du territoire que nous n'avons pas vues depuis longtemps, que nous n'avons pas vues à la dernière cérémonie de la commune, etc. Voilà pour la première question sur l'isolement et les solutions.

Il en avait une aussi sur la mobilité. Très clairement, nous tâtonnons. Nous essayons des solutions mais nous ne sommes pas sûrs qu'elles soient opérantes. Nous avons mis en place le transport à la demande. C'est un

transport à la demande pour un tarif modique. Pour nous, un trajet moyen du rural vers notre ville centre... si nous traversons notre communauté de communes, il nous faut une heure d'est en ouest, et 45 minutes du nord au sud, par beau temps. C'est de la moyenne montagne, donc je pense que cela parlera à certains Isérois. Toujours est-il que nous avons mis en place ce dispositif, mais qu'il nous coûte très cher. Un trajet nous coûte 10 €. Nous le facturons deux euros à l'usager. Dessus, nous arrivons à avoir des subventions, mais pas assez pour que la question ne se pose pas, au vu de nos finances, de le maintenir ou pas. Là, je me mets à la place des élus qui ont ces arbitrages entre les mains. C'est quand même une responsabilité très lourde qui, dans des contextes budgétaires serrés, est très délicate à apporter.

Je vais vous décrire ce service de transport à la demande. On appelle la veille un numéro en 08 qui n'est pas surtaxé. Une opératrice répond, demande quel est le hameau. On fait une desserte au hameau pour emmener vers la ville centre les jours de marché, et autrement, vers la ville qui offre des services de proximité qu'on a jugés suffisants, comme la maison de santé, La Poste, les banques, les services de premier recours. Il y a donc une prise en charge au hameau et ensuite, un retour organisé par le même biais. C'est l'offre qui est proposée. Sur notre communauté de communes, statistiquement, elle concerne 200 utilisateurs qui ont plus de 60 ans. Par rapport à notre population qui est majoritairement vieillissante, ou majoritairement vieillissante depuis plus longtemps que les autres, cela nous interroge parce que nous mobilisons peu de personnes, mais qui l'utilisent abondamment. Du coup, quelles autres alternatives pourrions-nous mettre en place ? Cela se baserait avant tout sur d'autres dispositifs qui existent à des échelles régionales et dont nous ne sommes pas sûrs du côté opérationnel sur notre territoire. Pour peu que ce soit des gens qui soient un peu éloignés et qui doivent faire une heure de route pour proposer des solutions de covoiturage intergénérationnel ou que sais-je, nous ne sommes pas sûrs que ce soit vraiment opérationnel. Ou alors, cela se base sur les services à domicile et là, nous sortons de leur cœur de métier et nous rajoutons à des gens qui ont déjà beaucoup de projets et qui ont parfois des moyens contraints une autre compétence et un autre objectif, avec le risque de les dévoyer. Donc, on tâtonne.

Nous espérons toujours trouver une solution qui fonctionne bien. Ce qui fonctionne le mieux, très clairement, c'est quand il y a un réseau qui est organisé autour des personnes qui ont des difficultés de mobilité, un réseau formel ou informel, familial ou de proximité, qui est à l'écoute, qui a du temps, qui peut être organisé. Là-dessus, le rôle des élus locaux dans des territoires particulièrement ruraux se situe autour du dépistage de

ces situations, la remontée d'informations, pour être capables, derrière, de mobiliser nos services... c'est cette architecture-là, qui fait un peu ancienne, qui fait un peu bricolage à l'ancienne parfois, qui est opérationnelle et fonctionne plutôt bien. D'autant que nous avons les financements pour, je crois que nous sommes encore en capacité de faire. Je ne sais pas à quel point nous sommes opérationnels, mais en tout cas, nous avons une proposition. Et le jour où elle ne sera plus là, elle nous manquera.

Il y avait aussi une question sur le maillage en santé et le fait de rendre accessible la santé pour des gens isolés, si je traduis bien la question. Comme je le disais, nous avons un maillage avec des pôles de proximité, sur lequel nous implantons des maisons de santé, sur lequel nous essayons d'avoir des fonctions de coordination qui nous permettent de dégager du temps médical et dans lesquelles nous trouvons à la fois les services à domicile, les services de soins infirmiers à domicile, qui sont présents au même endroit que les médecins, avec les infirmières libérales, pour qu'il y ait toujours au moins un professionnel de santé qui puisse passer à domicile et faire le lien avec les autres, pour que nous puissions vraiment avoir une prise en charge coordonnée, pluri-professionnelle, au plus proche des habitants. Le relais, derrière, se fait avec l'hôpital de notre territoire. Si je vous donne notre taux d'équipement, il va vous paraître très élevé : 38 000 habitants, quatre maisons de santé, une maison de santé qui concentre des professionnels, des spécialistes médicaux, un hôpital avec une maternité qui est à moins de 300 naissances, un plateau technique qui tourne et qui fait 72 % d'ambulatoire, avec une clinique, des compétences en orthopédie et en traumatologie, qui sont très bienvenues sur notre territoire et qui permettent de drainer 55 000 personnes. Aussi, même un territoire rural qui semble être « en bout de chaîne » ou un peu enclavé, arrive à être attractif pour les questions de santé parce que nous avons beaucoup d'équipements. Et si vous prenez le ratio de ce taux d'équipement par rapport à une population urbaine, nous sommes largement au-dessus. C'est donc que nous avons eu les moyens de faire et de mettre en place un maillage qui se veut assez proche.

Ensuite, il y a une particularité : notre département, la Saône-et-Loire, a développé un Centre départemental de santé. C'est-à-dire qu'il y a des médecins salariés du département qui fonctionnent avec des antennes au plus proche des habitants. Par exemple, dans ma ville centre, il y a un centre de santé avec trois secrétaires salariées du département, trois médecins salariés du département et qui font des antennes vraiment dans le rural, dans les endroits où il n'y a plus de médecins depuis cinq ans. Ils arrivent à faire baisser la pression sur la médecine libérale. Ils nous permettent, quand il y a un médecin qui part en vacances, d'avoir une pos-

sibilité de prise en charge et de continuité de soins de sa patientèle. Cette organisation, à l'échelle territoriale, avec nos moyens, nous arrivons à la mettre en place parce que nous sommes un petit territoire où nous nous connaissons tous, où il y a des recours qui sont facilités. Le fait d'avoir ces maisons de santé, ce centre départemental, et encore un hôpital avec des services diversifiés, et pas simplement de proximité, nous permet d'organiser cela. Nous sommes largement perfectibles, mais en tout cas, nous avons encore les clés en main pour travailler là-dessus.

[Applaudissements]

« **Élisa MARTIN,**
*1^{re} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs
et à la Tranquillité publique*

Merci beaucoup. Qui veut prendre la suite ?

« **Andréa MICHEL,**
*coordinatrice santé et CLSM, Direction de la Santé publique
et environnementale de la ville de Grenoble*

J'espère avoir compris la question sur la notion de refus de soins. Du coup, je prends la parole plus au titre de cette fameuse cellule de cas complexes que je coordonne. Faites-moi des grands signes si jamais ce n'est pas cela. Par rapport à cette question du refus de soins, c'est vrai qu'elle se pose pour toutes les personnes que nous recevons dans le cadre de cette plate-forme d'alerte et de prévention. De toute façon, nous sommes sur des personnes qui, a priori, de par leur comportement, laissent deviner qu'il y a une problématique psychiatrique assez large. Elle est avérée si la personne est déjà connue de la psychiatrie, quelque part, s'il y a des antécédents. Si nous n'en avons pas connaissance, cela mérite d'autant plus une évaluation sur place. Nous sommes sur des personnes qui sont plutôt isolées. La situation est problématique depuis un bon moment. C'est un peu chronique. En général, quand les voisins signalent, c'est qu'ils n'en peuvent vraiment plus. Et parfois, cela fait deux ou trois ans qu'ils supportent, qu'ils essaient de bricoler des petites solutions. Mais quand nous en arrivons là, c'est qu'ils n'en peuvent plus. Et nous sommes sur des personnes qui ne demandent rien, souvent, voire qui refusent. Nous sommes aussi sur des personnes dont le trouble n'est peut-être pas suffisamment bruyant pour l'instant pour qu'il y ait une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. Ce qui pourrait parfois être une des « solutions ».

Sur ce refus de soins, ce que nous essayons de faire à notre niveau, mais c'est surtout la psychiatrie et les partenaires de la psychiatrie publique, c'est d'aller vers. Nous avons plusieurs possibilités en fonction des éléments que nous avons au départ. Soit nous allons envoyer le service d'hygiène, qui a des éléments et des signalements du côté de l'insalubrité, des mauvaises odeurs, etc. Nous avons la chance d'avoir un temps de psychologue dans cette cellule cas complexes. Aussi, nous pouvons envoyer le service d'hygiène avec cette collègue psychologue pour avoir une première évaluation. Parfois, selon les éléments, cela va être l'assistante sociale accompagnée de la psychologue. Cela peut être aussi un psychiatre ou une infirmière psychiatrique du Centre Hospitalier Alpes Isère qui va aller à la rencontre de la personne. Forcément, pour faire cela, il faut que la personne en soit informée à l'avance, que sa situation nous ait été signalée, que quelqu'un puisse venir à sa rencontre, etc. Souvent, la personne n'est pas là, refuse d'ouvrir la porte. Soit la personne refuse clairement et dans son discours, il y a quelque chose de construit et on se dit que ce n'est pas pour maintenant. Dans ce cadre, nous faisons plutôt de la médiation avec le voisinage si c'est compliqué pour lui. Soit nous voyons qu'il y a vraiment besoin d'y aller plus, ou que le discours n'est pas si clair que cela et dans ce cas, nous nous permettons d'y retourner à plusieurs reprises, pour tromper un peu l'affaire.

Je pense notamment à la situation d'une dame âgée signalée par le voisinage. Nous sentons que c'est très tendu avec le voisin du rez-de-chaussée, qui va « lui casser la figure un de ces quatre ». Là, on se dit qu'il faut vraiment intervenir. Cette dame est seule. Nous finissons par recevoir un coup de téléphone de son frère, qui nous dit qu'elle était suivie en psychiatrie libérale mais que cela fait très longtemps qu'elle n'y va plus. Elle décompense donc complètement. Il ne sait plus comment faire. Et cette dame appelle la police municipale tous les jours, toutes les semaines, tout le temps. Elle ne fait confiance qu'aux personnes qui sont habillées en policiers. Ce qui a donc été proposé pour cette dame, c'était de faire une visite commune, au domicile, avec le psychiatre, l'infirmière psychiatrique et la police municipale. L'infirmière psychiatrique et le médecin y sont allés une première fois. Elle avait refusé d'ouvrir la porte. La deuxième fois, par contre, avec la police municipale, elle a vu les policiers donc elle a accepté d'ouvrir la porte. Ce qui a permis une évaluation de cette dame. Elle était donc dans un refus de soins. Nous avons un peu « triché » avec elle pour essayer de rentrer malgré tout en contact avec elle.

Après, je sais qu'il y a des soignants dans la salle qui ont travaillé sur le refus de soins, donc je pourrais leur laisser la parole. Voilà donc par exemple la manière dont nous le travaillons : soit cela débouche sur la

médiation avec le voisinage parce que clairement, nous ne pouvons pas faire autrement, soit nous insistons un peu plus et c'est la répétition qui va permettre de débloquer la situation. J'espère que cela correspond à ce que vous attendiez.

« Élisabeth MARTIN,

1^{re} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs et à la Tranquillité publique

Merci. Kheira m'a fait des signes sur l'heure. Je ne sais pas où nous en sommes exactement. Il est 14 h 43. Il nous reste donc 10 minutes. Ce que je vous propose peut-être, c'est de permettre à nos intervenants de faire une intervention flash de conclusion, après encore une ou deux questions.

Simplement pour dire que sur les questions de refus de soins, ce qui me trouble, c'est ce lien avec la psychiatrie, qui m'interrogerait dans un caractère systématique. Je ne souhaite pas caricaturer vos propos, loin s'en faut. Mais ce n'est pas forcément ce que vous avez voulu dire, j'imagine. Parce que le refus de soins, c'est quand même très large.

Qui souhaite prendre la parole ? Allez-y, Monsieur.

« Bernard ENNUYER,

sociologue enseignant-chercheur, Université Paris Descartes

Bonjour, Bernard ENNUYER. Je suis sociologue par moment. J'aurai l'occasion de reprendre la parole tout à l'heure. Il se trouve qu'au cours des 15 derniers jours, j'ai fait quatre interventions autour de la psychiatrie de la personne âgée. La personne âgée, cela me sort par les yeux. Parce que jamais personne ne définit à quel âge on est âgé. Vous avez tous parlé des personnes âgées. Est-ce que cela commence à 60, 75, 85, 90 ans ? Ce n'est pas du tout la même chose. J'en ai ras le bol. Nous sommes tous des gens âgés. Et le débat que nous avons eu, et cela rejoint ce que disait Philippe, s'est fait avec des gériatres, des psychiatres, des psychologues. Un certain nombre de gens n'ont pas parlé de personnes âgées, mais ont parlé, ce qui me paraît très important, d'adultes âgés. On ne perd pas sa qualité d'adulte parce qu'on passe à la retraite. J'ai une étudiante qui bosse sur le suicide. Madame, vous avez parlé des personnes âgées. Ne pourrait-on pas parler du suicide des personnes retraitées ? Si vous parlez des personnes âgées, vous semblez mettre les effets sur la cause de l'âge, alors que dans la plupart des effets, l'âge est une variable-écran expliquée par les conditions sociales.

Sur l'isolement, je connais bien Autun. Je suis nivernais, je connais bien le Morvan. L'isolement géographique, vous le trouvez aussi bien dans les zones rurales qu'au sein des grandes villes. Regardez les enquêtes de la Fondation de France. Quand nous regardons aujourd'hui l'isolement, la solitude monte plus en valeur relative chez les 30/40 ans que chez les 75 ans et plus. Cela veut dire qu'il faut en permanence déconstruire l'âge comme variable explicative.

Sur la psychiatrie, la plupart des gens convenaient que ce que nous trouvions en avançant en âge, c'était surtout la dépression. Effectivement, pour quelqu'un qui est schizophrène à 20 ans, en général, cela ne va pas aller en s'arrangeant. Nous sommes d'accord. Mais il n'y a pas de différence fondamentale entre la schizophrénie à 30 ans et la schizophrénie à 80 ans. Par contre, ce sur quoi nous avons travaillé, c'est sur les phénomènes de dépression qui, pour moi, sont des mixtes entre une avancée en âge où on se rapproche du terme, et aussi des conditions sociales aujourd'hui qui font que quand les gens sont vieux, nous estimons qu'ils n'ont plus de compétences, qu'ils font chier et qu'ils coûtent cher. Je le dis de façon violente, mais je veux que nous déconstruisions l'âge en reconstruisant les variables sociales sur lesquelles nous pouvons intervenir. Je peux vous dire que, quand j'ai fait cours aux psychiatres, aux psychologues et aux gériatres, ils étaient d'accord globalement. Je le dis donc avec beaucoup de violence, mais cela fait 50 ans que je suis dans le milieu. Je suis devenu une personne âgée, et j'en ai ras le bol d'entendre toujours les mêmes conneries depuis 40 ans, qui ne permettent pas aux gens de vieillir correctement.

[Applaudissements]

«• **Arnaud BEAL,**
psychologue social

Bonjour, je suis Arnaud BEAL, je suis psychologue social. Je travaille sur le rapport des personnes vieillissantes aux droits et aux soins, notamment des personnes en situation de précarité.

Je voulais revenir sur cette question du refus de soins, du point de vue du droit. Dans nos travaux, nous nous intéressons un peu à la place qu'a la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la convention de l'ONU signée par la France en 2010, et qui dit, dans un de ces articles, l'article 12, qu'il faudrait abolir les tutelles, curatelles et soins sans consentement. Du coup, j'aurais aimé vous entendre sur l'application de cette convention, que l'État français a signée, dans ses pratiques. Vous en avez déjà un peu parlé, d'une certaine manière. Cela repose un peu des

questions qui ont été soulevées ce matin dans le débat autour de la question du projet et de la volonté. Que faisons-nous avec des gens qui n'ont pas de volonté ou qui ont une absence de volonté telle qu'elle est induite par les normes ambiantes, avec notamment la question de se projeter le plus longtemps possible dans la vie? Que faisons-nous avec ces personnes qui veulent vivre dans le présent et pas se projeter dans 10 ans? Il y en a un certain nombre qui pense de cette manière-là. Comment faire avec cette volonté-là, du point de vue de l'intérêt public, de la société? Merci.

«• **Frédérique MAROSELLI,**
chargée de mission à Élus, santé publique et territoires

Je vais profiter d'avoir le micro. Je suis Frédérique MAROSELLI, chargée de mission à «Élus, santé publique & territoires». En lien avec l'intitulé de la table ronde, «Quelles organisations territoriales?», j'ai une question peut-être un peu naïve, ou globale, à vous poser, à vous tous. Comment parvenez-vous à ne pas aboutir à ce qui pourrait être un empilement de dispositifs? Nous avons parlé de plans, de contrats, de réseaux, de conseils locaux, de CLIC, de MAÏA, de plateformes, ... Cela pourrait apparaître et fonctionner comme un empilement de dispositifs et d'acteurs. Chacun, en plus, recherchant des financements et espérant au mieux les voir être pérennisés et évalués. Du coup, comment organiser véritablement la cohérence sur le territoire pour répondre de manière adaptée aux besoins des personnes vieillissantes?

«• **Élisa MARTIN,**
1^{re} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs et à la Tranquillité publique

Merci beaucoup. Il nous reste 11 minutes. Ce que je vous propose donc, c'est que chacun reprenne la parole deux ou trois minutes maximum et essaie d'introduire des éléments de réponse face aux questions qui ont été posées. Il y a des questions très politiques qui sont posées. Mais Kheira, sans doute, dans sa conclusion, aura à cœur, si ce n'est de répondre, tout au moins d'apporter des réponses. Mais je crois qu'il y a bien des questions qui sont politiques et qui s'adressent plus particulièrement à nous.

Je vous laisse organiser la suite, mais il me semble qu'il y a des aspects autour du refus de soins par exemple qui vaudraient le coup d'être davantage traités.

«• **Catherine GERMAN-LABAUME,**

responsable du Pôle Santé et Handicap du CIAS, cheffe de projet CLS et ASV

C'est difficile de conclure. Moi, je suis surtout à l'écoute de ce que vous avez dit. Ce sont des réflexions qui sont importantes à intégrer aussi dans le travail que nous conduisons sur les territoires.

J'ai peut-être une réponse sur la question de l'empilement des dispositifs. Effectivement, nous avons évoqué plusieurs dispositifs. Chacun a une fonction bien précise, et qui ne se superpose pas avec les autres. En revanche, c'est vrai que notre rôle, me semble-t-il, est justement de faire en sorte de favoriser l'adéquation des réponses à tous ces besoins qui sont exprimés de façon très diverse par les acteurs du territoire, que ce soit les habitants, les professionnels de santé, les structures d'accueil. Il s'agit de permettre des réponses qui soient adaptées, avec des opérateurs qui ne se font pas concurrence entre eux. C'est donc vraiment un travail d'animation qui va permettre que chacun puisse trouver sa place dans ses différentes feuilles de route qui, elles, ont pour fonction de répondre à des besoins exprimés par le territoire.

À un moment donné, effectivement, il y a des décisions qui sont prises par des élus, en concertation avec l'État, pour fixer des priorités sur le territoire. Nous ne répondons pas à tous les besoins, mais nous faisons en sorte de remonter l'ensemble de ces besoins, de les prioriser. Une fois que nous disposons de ces feuilles de route, il s'agit de mobiliser tous les financements et les acteurs possibles, mais en évitant que certains besoins ne soient pas couverts et que d'autres, par exemple, soient couverts de façon trop importante par une foule d'acteurs qui irait plutôt sur ce créneau-là. C'est vraiment un travail d'animation.

«• **Clément SOULIER,**

coordonnateur du CLS de la Communauté de Communes du Grand Autunois Morvan

J'avais entendu parler de travailler en silos tout à l'heure, et c'est un peu la même réponse que nous pouvons apporter. Je parle pour moi, mais je pense que mes collègues vont y souscrire. Nous travaillons avec une fonction de coordination. Nous sommes là pour nous faire l'écho d'un

besoin du territoire qui peut être objectivé par un diagnostic. Ce diagnostic va se traduire par un contrat, un plan, quels que soient le nom, l'intitulé, et dans lequel l'utilité, simple mais importante, est que tout le monde soit au courant de ce qui est prévu en termes d'interventions sur le territoire. Une fois que tout le monde est conscient de cela, il suffit juste de se faire l'écho des porteurs de projets, des opportunités qu'il peut y avoir, des structures nouvelles qui peuvent apparaître sur le territoire, et de mettre, au regard du besoin, les moyens disponibles pour accompagner la démarche. C'est du développement bête et méchant. Mais notre rôle est bien là. Si nous pouvons le faire en mettant autour de la table, quand il y a un appel à projets sur les EHPAD, l'ensemble des EHPAD d'un territoire, nous allons peut-être faire se parler des gens qui n'auraient pas eu d'autres instances dans lesquelles communiquer, pour déterminer comment porter un projet pour qu'il soit meilleur. À ce moment-là, nous pouvons créer de la complémentarité. En effet, dans ce mille-feuille, nous sommes capables de nous y retrouver parce que parfois, nous en sommes une strate. Et parfois, nous sommes beaucoup de strates d'un seul coup. Mais nous sommes responsables de trouver, dans ces politiques contractuelles, les éléments d'animation des politiques de santé sur le territoire. C'est le sens primaire de notre rôle, en tout cas celui qu'on me demande de porter pour l'Autunois Morvan.

Ensuite, pour les éléments de sémantique, j'entends. Je découvre un peu, mais j'entends tout à fait. Après, c'est vrai que nous avons un peu tendance à être l'expression de nos politiques, des cadres dans lesquels on nous emmène. Si on me dit que ce n'est pas adapté et qu'il vaut mieux parler d'« adultes vieillissants », de « personnes vieillissantes », je ne suis qu'un outil et je transmets la sémantique que j'ai l'habitude d'employer.

«• **Andréa MICHEL,**

coordinatrice santé et CLSM, Direction de la Santé publique et environnementale de la ville de Grenoble

Sur l'accumulation des dispositifs et la mise en cohérence, je crains plus les failles dans lesquelles pourraient tomber les personnes que l'accumulation des dispositifs. Même si cela peut être une des conséquences. Mais c'est vrai que cela fait partie de notre travail quotidien, de coordonner les acteurs. Après, y arrivons-nous ou pas? C'est une autre problématique, un autre aspect.

Sur l'aspect plus éthique du refus de soins, c'est une question que nous nous posons en permanence. Parce que nous sommes forcément pris dans le feu de cette situation chronique qui commence à exploser. Tout

le monde nous appelle. Les voisins m'appellent tous les jours pour me dire ce qui se passe. Il faut donc essayer de les calmer. En même temps, je pense que nous travaillons quand même avec des professionnels qui ont un cadre éthique et qui savent où sont leurs propres limites, ce qu'ils peuvent faire ou pas. C'est certain que dans ce type de dispositif, un des objectifs est de pouvoir réfléchir ensemble pour se poser, essayer de ne pas être trop pris dans l'urgence. Mais nous pouvons facilement nous laisser emporter, c'est certain.

«● **Pauline GUEZENEC,**

chargée de mission, CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Lille

Très rapidement, moi, je ne déploie pas d'actions locales. Je défends un dispositif national qui permet la transversalité, en tout cas sur la santé mentale. Après, que ce soit pour le public senior, je ne sais plus maintenant comment nous l'appelons... Dans le programme, j'ai regardé et le terme « personnes âgées » est écrit 10 fois. Après, que ce soit donc pour les seniors, les jeunes, la population précaire, je pense qu'il faut toujours remettre au cœur du dispositif les personnes concernées, le plus possible, prendre en compte leur parole et leur volonté, pour faire en sorte que tout le monde travaille collectivement pour permettre un accompagnement le plus cohérent possible, que ce soit pour la santé mentale, la santé somatique. Tout est à travailler ensemble.

«● **Élisa MARTIN,**

1^{re} adjointe au maire de Grenoble, déléguée aux Parcours éducatifs et à la Tranquillité publique

Je pense qu'il nous reste à vous applaudir pour vos contributions pertinentes, utiles et efficaces.

[Applaudissements]

Je vous souhaite une très bonne fin de journée. Je vous remercie beaucoup d'avoir pu partager avec nous ce moment sur un sujet qui, au vu de l'intitulé de mes délégations... encore que, question tranquillité, nos anciens sont souvent fragiles et ont souvent besoin qu'on veille sur eux. Peu importe. En tout cas, je vous remercie beaucoup de m'avoir permis tout simplement de vous entendre. Merci, et merci à Kheira, bien sûr, pour l'organisation de cette journée, et à l'ensemble des équipes, et à vous, naturellement, que je ne peux oublier. À très bientôt.

[Applaudissements]

table
ronde

QUELLE PLACE POUR LES DIFFÉRENTS «USAGERS» DE LA VIEILLESSE ?

«• Animation : **Kheira CAPDEPON**, 3^e adjointe au Maire de Grenoble
déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Nous allons commencer : la troisième table ronde est assez garnie, avec de belles personnes. Merci à vous d'être là.

Je vais me présenter, pour celles et ceux qui n'étaient pas là ce matin. Kheira CAPDEPON, je suis l'adjointe aux personnes âgées et à la politique intergénérationnelle de la ville de Grenoble. Je suis très heureuse d'avoir pu contribuer à l'organisation de cette 20^e journée d'étude.

C'est un grand plaisir pour moi de vous retrouver pour la troisième table ronde. Si toutes étaient riches, celle-ci fait écho à des valeurs auxquelles je crois beaucoup, celles de donner aussi la parole à ceux qui n'ont pas l'habitude de s'exprimer ou qui ne se sentent pas légitimes à la prendre.

Je ne vais pas trop prendre la parole parce que je voudrais vous laisser vous exprimer. Nous allons commencer par Philippe BATAILLE, pour sept minutes. Je vais essayer de ne pas vous couper la parole et de vous laisser le temps de vous exprimer.

Quelle prise en compte de la parole des «vieux» ?

«● Philippe BATAILLE,

sociologue, directeur d'études à l'EHESS, association «Vieux chez soi»

Merci de me donner la parole. En sachant que je ne cesse de réduire ce que je pensais dire, vu le temps. Je vais m'en tenir à six ou sept minutes, en parlant d'une association qui est récente, jeune, qui a un nom, «Vieux chez soi». Je ne vais pas en détailler les activités, mais il est possible de retrouver cela sur le site, soit en me laissant votre adresse ou de quoi communiquer avec ceux qui éventuellement ne se connectent pas, pour envoyer les documents.

Cette association, qui a un an, est née d'une rencontre entre des décideurs publics, des chercheurs en sciences humaines et sociales, des médecins, et en particulier des gériatres et des généralistes, et pas nécessairement des psychiatres. L'idée de cette association est née à l'issue de deux ans de travail, de réflexion, et d'un séminaire qui s'est tenu à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales avec une trentaine de personnalités vraiment au fait de leur métier, en particulier dans la médecine, mais aussi dans les domaines de compétences de la décision politique, avec des représentants de conseils généraux, régionaux, et même d'anciens ministres, qui ont participé à ce séminaire. Au bout de deux ans, nous ne sommes arrivés à rien, ou à pas grand-chose. Nous avons abouti à ce qui s'est imposé à nous, à savoir l'intérêt de réfléchir à la question de l'âge et du grand âge à partir de soi-même, à partir de son âge. Il y avait donc des gens plus ou moins âgés dans ce séminaire. C'était également l'intérêt de réfléchir à partir de talents, de compétences que nous avons pu faire valoir dans notre vie et qui, à ce moment où l'âge avance, sont sollicités aussi pour répondre à nos propres difficultés. C'est donc basé sur l'expérience qui est la sienne, mais aussi l'expérience d'accompagnement. Beaucoup, sans être forcément très âgés, ont accompagné, une belle-mère, leurs propres parents. Nous le verrons, pour moi qui fais maintenant des enquêtes sur des questions d'âge, les relations entre les frères et sœurs sont extrêmement importantes. Avec la manière dont on accompagne un frère ou une sœur, on répond à sa sollicitation, en rapport avec cette notion de la vieillesse. C'est très constitutif d'un savoir sur l'âge, y compris sur soi-même.

L'idée de l'association qui s'est formée à l'issue du séminaire, précisément parce que nous n'avions pas abouti, était de respecter quelques principes : l'idée d'une vieillesse libre, d'une vieillesse qui peut être assumée

jusqu'au bout. Ce qui nous a aussi fait nous rapprocher de la fin de vie, de la mort, thèmes dont il n'a pas toujours été question ici, alors qu'en même temps, lorsque vous rencontrez des gens âgés, au-delà de 90 ans, à 93 ans, 94 ans, ils savent que cette période de leur vie et d'âge ne basculera pas dans un autre âge ou une autre période, y compris celle de la retraite, qui semble consommée. C'est plutôt la question de la mort ou de la fin de vie qui se pose sur cette dernière tranche de la vie.

Le point de départ a tout de même été, et c'est le nom même que nous avons donné à l'association, de retrouver ou de chercher la parole des vieux, des vieux sur eux-mêmes. Je suis content qu'éventuellement, nous l'entendions à cette table. Le faisant, très vite, nous entendons que le souhait, la volonté, le désir sont de rester chez soi. «Chez soi» ne veut pas forcément dire un logement établi. Cela veut aussi dire l'endroit où l'on continue à être le gouverneur de son espace privé, c'est-à-dire un lieu où l'on maîtrise l'exercice de son existence. «Chez soi» est une notion qui renvoie, au fond, à la volonté propre, au libre arbitre, et à cette image du gouvernement de soi, en rapport avec soi, et à la conscience que l'on a de la conscience que les autres ont de soi, c'est-à-dire la manière dont on est vu, regardé, perçu, y compris dans des relations d'aide en tant que vieux.

Ce que nous faisons dans l'association, qui travaille depuis un an, vous le retrouverez sur le site. Mais grosso modo, notre axe est de travailler à la fois sur le social, le médical et le familial. En sachant que le social a été évoqué, par exemple, tout à l'heure sur le voisinage. Ce ne sont pas forcément des institutions qui interviennent sur la vie, même si nous avons compris qu'il y a des services dits médicaux et sociaux susceptibles d'intervenir directement. Le médical, parce que la question de l'âge, celle notamment des fragilités et des vulnérabilités, renvoie à un interlocuteur médical qui est un intervenant possible. En sachant que dans mes enquêtes, puisque j'en ai commencé sur cette question, le gériatre n'est pas forcément un personnage connu. La plupart des gens, lorsque je leur demande s'ils ont un gériatre, ne voient pas très bien de quoi il s'agit et n'ont pas forcément un suivi gériatrique. Et le familial, puisque la famille, sous des termes différents, intervient dans le parcours, la trajectoire ou ce dernier moment de la vie qui concerne les très vieux.

Les difficultés, ce sont souvent les rencontres entre le médical et le social, le familial et le médical, le social et le familial. C'est un peu là-dessus que l'association tente de travailler le plus, de mettre à jour ce qui souvent reste un peu dans l'ombre, notamment lorsque nous prenons des décisions sur le vieux lui-même, en termes par exemple d'institutionnalisation ou de médicalisation.

Avec l'association, nous provoquons des rencontres mensuelles ouvertes à tous ceux qui veulent nous rejoindre, le deuxième mardi du mois. Nous faisons des journées de travail le samedi en particulier, où nous essayons de creuser une question particulière, par exemple « qui décide pour le vieux lorsqu'il s'agit de l'institutionnaliser, lorsqu'il s'agit de plus de médicalisation ? » C'est pour cela que j'ai tout à l'heure posé la question du refus de soins. Parce que c'est une manifestation de la volonté propre dont nous avons pu entendre, y compris dans la réponse, que cela pouvait aller jusqu'au refus d'aide ou d'assistance, sans qu'il y ait forcément une pathologie déclarée. Nous organisons aussi des conférences citoyennes, et c'est comme cela que nous nous sommes rencontrés avec le réseau ESPT qui organise la journée. Ces conférences essaient de lever le voile sur des zones un peu ignorées, par exemple la médicalisation de l'âge à raison de la maladie d'Alzheimer et de tout ce que nous savons être les troubles cognitifs. Tout cela ne va pas sans poser de questions et la médecine elle-même se pose des questions sur la manière d'aborder une pathologie dont on a pu nous parler dans des catégories, y compris épidémiques, alors que finalement, ce n'est pas ce qui se passe. Par exemple, les traitements d'Alzheimer ont pu être remis en cause, vous le savez. Au-delà de cela, nous essayons d'organiser des États généraux de l'âge avancé, avec les membres de l'association dont certains sont particulièrement célèbres ou connus. Nous sommes en train de travailler pour faire éventuellement un tour de France sur les États généraux de l'âge avancé.

Je laisse tout cela de côté, vous pouvez me solliciter au-delà de la conférence pour avoir des informations. Je voudrais dire ceci, qui va directement vers la conclusion. La première chose, c'est l'idée de complexité. Il faut accepter la complexité des situations. Quel que soit le prisme par lequel nous l'abordons, qu'il s'agisse de la société, du sujet ou de la médecine, à chaque fois, nous retombons dans un nœud complexe où la singularité des personnes, du sujet âgé, est elle-même prise dans une complexité. D'où une enquête que nous avons mise en place, sur laquelle je ne m'arrêterai pas longtemps, que nous avons appelé « La bascule », c'est-à-dire ce moment où le vieux perd pied et peut se trouver dans l'exacte situation qu'il ne voulait pas connaître, alors qu'en vérité, il perd la main sur son destin. Il n'a pas forcément perdu la tête mais c'est la représentation que nous pouvons en avoir. Rentrer dans cette image de la bascule nous a fait mettre en place une enquête, qui va prendre entre trois et cinq ans pour obtenir des résultats, qui consiste à suivre des gens très âgés, au-delà de 90 ans, pour voir comment ils peuvent rester à domicile, selon leur volonté, sans savoir s'ils y parviendront. Cela fait deux ans que nous y sommes. Nous sommes déjà à plusieurs dizaines de cas. Mais c'est une enquête qui va être très longue.

Ce que nous voyons aujourd'hui, c'est que la bascule même est une image instable. C'est-à-dire qu'il y a des moments où le vieux peut se retrouver en difficulté mais s'il s'en sort, ma foi, il pourra encore rester à domicile, reprendre un certain nombre d'activités. Les vieux que j'ai vus, au moins pour deux ou trois d'entre eux, qui sont des femmes, à la troisième rencontre, me demandaient comment acheter un scooter pour aller au marché, pour aller faire un certain nombre de balades. Il y a eu une espèce de révolution du scooter chez ces personnes âgées, très âgées, tout à fait étonnante alors que les mêmes personnes étaient à la bascule un an ou deux ans auparavant, dans des services dont elles ne savaient pas si elles pourraient en sortir.

En deuxième image, l'idée du risque, que nous encourons à la maison, avec le maintien à domicile, relève au fond d'une certaine acceptation du vieux lui-même, qui admet qu'il peut tomber, qui admet qu'il peut chuter, qui fait valoir sa préférence de courir un risque en restant éventuellement à domicile ou chez lui plutôt qu'en institution, surtout s'il s'agit d'un EHPAD. C'est-à-dire que le seul point d'unité, dans ce que je vois en allant un peu plus loin que ce que l'association a pu mettre en place, qui caractérise la volonté d'être des très vieux aujourd'hui, au fond, c'est le refus de l'EHPAD. Pour autant, l'association est prudente. Je pense qu'il ne faut pas tenir un propos anti-institutionnel, y compris si nous avons entendu, et c'était porté par les professionnels du lieu, une crise dans les EHPAD mettant en cause des questions qui ont été soulevées ici, notamment, celle de la dignité. Parfois, nous avons pu entendre jusqu'à la maltraitance. Mais je pense qu'il ne faut pas trop participer à la mise en cause générale et globale, puisqu'il restera une question subsidiaire à la fin, à savoir « que pouvons-nous collectivement pour un seul d'entre nous lorsqu'il a peur, lorsqu'il a froid, lorsqu'il est vulnérable, lorsqu'il est très âgé et qu'il se sent seul ? » Il y a bien une réponse collective et institutionnelle à inventer, adaptée.

C'est la même chose sur la médecine. Il y a une critique d'un trop-plein de médecine. Mais nous l'avons vu à la mairie du 14^e arrondissement, en faisant ce débat sur le livre sur l'Alzheimer, écrit par un gériatre et un journaliste santé, Éric FAVEREAU et Olivier SAINT-JEAN. La salle, et certains ici étaient présents, participait à la fois de la critique de l'excès de médecine, d'une certaine manière, sur l'âge, et s'inquiétait de savoir – si la médecine se retire – qui allait s'occuper des vieux ou qui allait continuer à les prendre en charge. Puisqu'à part les médecins, dans certains cas, il n'y a pas grand monde. En tout cas, nous entendons un besoin, et je m'arrêterai là-dessus, qui est pourtant le propos principal de ce que je veux dire, d'être l'acteur de la décision pour rester l'auteur de son existence. C'est la

grande revendication à laquelle, au fond, notre association cherche une réponse. Un peu comme Simone DE BEAUVOIR, que j'évoquais ce matin, et bien d'autres auteurs depuis, la caractéristique de l'âge est de ne pas avoir des acteurs au sens où les plus âgés portent eux-mêmes les raisons, les causes, et peut-être qu'aujourd'hui nous allons entendre le contraire, à savoir la capacité à investir les problématiques du très grand âge et de la vulnérabilité qui peut lui être associée, mais en rapport avec soi, en conscience de soi, sans rompre aussitôt avec ses volontés.

Derrière l'idée de vieillissement, et j'en termine vraiment, c'est au fond de douter un peu de la pertinence de l'idée de vieillissement ou de vieillesse en tant que telle et de mettre sur la table ce que je crois être le vrai phénomène auquel nous sommes soumis, à savoir l'allongement de la vie. C'est la manière dont la vie s'allonge y compris pour les très vieux eux-mêmes, qui ne pensaient pas du tout, ou pas toujours, atteindre cet âge. Ils n'y sont pas toujours préparés. Cet âge les rattrape avant même peut-être qu'ils se disent vieux en tant que tels. C'est l'allongement de la vie qui est le phénomène nouveau. Cet allongement de la vie, aujourd'hui, se traduit encore par un déficit d'acteurs sociaux du grand âge, qui font entendre leur voix, qui font résonner leurs paroles et qui influencent ou inspirent le décideur public. Face à la difficulté des questions qui sont posées, que nous ne résoudrons pas aujourd'hui dans cette salle, une des hypothèses de l'association que je préside et, d'une certaine manière, des recherches que je mène, c'est de faire du sujet vieux le véritable auteur et acteur de son existence jusqu'à la fin de vie, jusqu'à sa mort.

[Applaudissements]

«• Kheira CAPDEPON,

3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Merci, Philippe BATAILLE. Nous voyons bien qu'il y a de plus en plus de difficultés à avoir des médecins. Il y a vraiment une pénurie de médecins de proximité puisque le retour que nous avons souvent, c'est que pour les personnes âgées qui se retrouvent à domicile, quand elles ont besoin d'un médecin, ce dernier ne peut pas venir au domicile. C'est de plus en plus le cas parce qu'ils n'ont plus le temps. Ils sont très chargés. Nous avons même des difficultés pour avoir des médecins coordinateurs dans les EHPAD. C'est vraiment une grande difficulté actuellement.

Maintenant, je vais vous donner la parole. Je vous laisse vous présenter. Dites-nous ce que vous avez envie de nous dire.

Roland ROCHET et Henri GIRARD-CARRABIN,

résidents de l'EHPAD La Bailly (La Bathie, Savoie),

Emmanuelle GUILLARD, IDEC

Patricia FINANTZ, ASG représentant la direction de l'établissement
membre de l'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Âgées)

«• Henri GIRARD-CARRABIN,

résident de l'EHPAD La Bailly

Bonjour, je m'appelle Henri GIRARD-CARRABIN, j'ai 89 ans révolus. Des handicaps, j'en ai. C'est ce qui fait que je me trouve à la Bailly. Si vous voulez savoir ce que j'ai, j'entends à 18 % et je vois très peu. Je ne peux ni lire ni écrire. Mes origines sont de la région et j'ai dans ma famille des brûleurs de loup, si vous savez ce que c'est.

J'ai eu affaire à des médecins traitants qui me soignaient pour le diabète et pour la tension. Ils n'ont jamais regardé l'oxygène que j'avais dans le sang. C'est là où j'ai eu le premier problème. Fin février, j'ai eu un moment de basculement et les pompiers m'ont emmené à l'hôpital, à Chambéry. Je suis rentré en cardiologie. Là, on a regardé et on a trouvé que je manquais d'oxygène. On m'a donc mis sous oxygène. Pour tout vous dire, j'ai 21 heures par jour d'oxygène. Après, il a fallu me trouver une place parce que je ne pouvais pas rester vraiment chez moi.

J'ai eu le malheur et la chance que deux personnes soient parties de La Bailly, où j'ai eu une place. Les places sont très chères. Il faut être inscrit depuis longtemps. Je suis donc rentré à la Bailly il y a bientôt trois ans. Un an après, j'ai eu une hémorragie qui m'a envoyé de nouveau à l'hôpital. On m'a fait une transfusion sanguine. On a cherché les causes de l'hémorragie, qu'on n'a pas trouvées, d'après ce qu'on m'a dit. De là, je suis revenu à la Bailly. Cette année, j'ai eu des problèmes. Ce n'était pas une hémorragie. Cette année, j'ai eu un genre d'empoisonnement, peut-être par les médicaments. Je ne sais pas trop. Puis j'ai fait une infection urinaire. Il a donc fallu me soigner. On m'a donné de la pénicilline. De là, je me suis remis vraiment doucement. J'ai eu très mal aux reins et au dos. Pendant près de trois mois, je n'ai pas dormi dans mon lit, mais dans un fauteuil que je réglais. Voilà, en gros, ce qui concerne les maladies et ce qui fait que je suis à la Bailly.

À la Bailly, ma foi, je n'y suis pas mal. Nous sommes bien soignés. Tout a été fait pour ne pas retourner à l'hôpital. Je ne peux pas me plaindre de ce côté-là. Voilà pour ce qui concerne le but de se trouver dans une maison

de retraite quand on est mal barré. Nous sommes 41 à la Bailly. Il y a 34 fauteuils roulants. Nous sommes donc sept ou huit pas trop handicapés. Parce qu'à travers ces maux, il y en a d'autres. Ce sont des bricoles à côté de ce que j'ai connu. Le matin, le lever est à sept heures, pour ceux qui peuvent se lever. Les autres sont servis et viennent en fauteuil. C'est le petit-déjeuner, la prise de cachets. Cela se termine à 9 ou 10 heures. Moi, j'y vais plutôt à 7 h 15. Après, c'est la journée. Il y a la toilette, ceci ou cela. Nous arrivons au moment du repas de midi, qui est comme partout, un jour mieux, un jour moins bien. Mais ce n'est quand même pas mal. Ensuite, nous passons l'après-midi avec les animations. Pour ceux qui peuvent y venir, de 15 heures à 16 heures, il y a des animations cinq fois par semaine, six fois quelquefois. Voilà pour ce qui concerne les animations. Le soir, nous nous retrouvons au souper, bien sûr, avec les cachets, comme le midi. Après tout cela, c'est l'heure d'aller au lit. Pour ceux qui peuvent se coucher, c'est bien. Ma foi, essayer d'aller jusqu'au lendemain, c'est déjà beaucoup plus difficile. Parce que quelquefois, il faut se lever et il y a des urgences. Voilà donc le problème.

Après, je voudrais vous chanter une petite chanson que j'ai faite. Ce n'est pas grand-chose. Cela dure deux minutes. Ce n'est pas très long. « Dans la chambre 27 à la Bailly, le temps passe lentement. Combien sont longues les nuits dans la tristesse du temps ! À la Bailly, dormez-vous ? Le repos descend sur terre, la nuit claire nous éclaire. À la Bailly, à qui rêvez-vous ? Nous rêvons aux yeux doux de l'amie qui nous est chère, à nos pères, nos vieux frères. À la Bailly, nous rêvons de chez nous. »

[Applaudissements]

«• **Roland ROCHET,**
résident de l'EHPAD La Bailly

Merci, Henri. Bonjour Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs. Je ne vais pas redire tout ce que vous a dit Henri puisque nous le vivons ensemble à la maison de retraite de la Bathie.

Je voudrais simplement évoquer rapidement la construction de la maison de retraite de la Bathie. Nous avions mis au projet du conseil municipal cette construction. Il a fallu 11 ans de débats en tous genres pour obtenir l'autorisation de construire. Elle est arrivée. Nous avons obtenu 42 places ou 41. Bien sûr, nous nous y trouvons bien, au fil du temps. Cela fait maintenant 22 ans que cette maison est construite. Vous pensez bien que personnellement, en tant qu'adjoint au maire, je me suis beaucoup investi pour la construction de cette maison. J'y ai apporté vraiment toute

mon énergie et j'en suis très content parce que je ne pensais pas, un jour ou l'autre, en profiter, malheureusement. Puis au hasard de la vie, je ferai simplement une parenthèse. J'étais un sportif convaincu, aimant beaucoup la montagne. Je ne peux plus y monter maintenant. Ma jambe me l'interdit. Il faut donc nous baser sur ce qui nous reste maintenant comme plaisirs, à la maison de retraite, dans les différentes animations. Merci, Henri, de l'avoir rappelé.

J'ai 86 ans. Je suis rentré à la maison de retraite en juillet 2017, il n'y a pas très longtemps, à la suite d'une chute à mon domicile, qui a complètement brisé ma jambe. Il a fallu faire un séjour au SSR de Saint-Alban, pendant six mois, où l'on m'a bien remis d'aplomb. Cela continue maintenant bien sûr à la maison de retraite, avec les kinésithérapeutes et autres formes de suivi. Quand j'ai quitté ma maison, parce que j'avais une maison bien sûr, qui a été vendue depuis... je vous dis tout cela parce que je pense que c'est le cheminement de la plupart d'entre nous – mon fils m'a dit ceci, une parole qui m'a un peu surpris : « maintenant, tu es ici, à la maison de retraite de la Bailly, chez toi ». Effectivement, je m'y trouve vraiment chez moi. Merci à tous les accompagnants, à la direction bien sûr, et à tous ceux qui l'accompagnent, d'avoir permis, peut-être, qu'on se retrouve dans cette maison chez soi.

[Applaudissements]

«• **Kheira CAPDEPON,**

*3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées
et à la Politique intergénérationnelle*

Merci beaucoup. C'est vrai qu'il y a plein de moyens de s'exprimer, de faire passer des messages, même en chantant. Il y a plein d'émotions. Nous les avons bien senties. Merci beaucoup.

Nous allons continuer avec Carlyne.

Ville Amie Des Aînés (VADA) : un outil pour mieux prendre en compte la parole des personnes âgées vulnérables et invisibles

« Carlyne BERTHOT,

chargée de mission Ville Amie Des Aînés (VADA), Grenoble

Merci, Kheira. Rebonjour à toutes et à tous. Carlyne BERTHOT, je suis chargée de mission sur la démarche Ville amie des aînés pour la ville de Grenoble et doctorante en sociologie à l'université Grenoble Alpes.

Si je reprends l'intitulé de ma présentation, je l'avais intitulée « Grenoble, ville amie des aînés, un outil pour mieux prendre en compte la parole des personnes retraitées, vulnérables et invisibles ». Vous remarquerez que j'ai dit « un outil » et pas « l'outil ». Parce qu'à l'occasion des pauses ou autre, nous avons eu l'occasion d'échanger sur ce sujet. C'est un outil que nous expérimentons à Grenoble et que nous mettons en œuvre depuis février 2016. Je dis bien « un outil » et pas « l'outil », parce qu'il ne faut pas avoir la prétention de croire que cela peut révolutionner tout un tas de choses. Cela dépend beaucoup de la manière dont est structuré chaque territoire, de la manière dont chaque collectivité s'en saisit, se l'approprie. C'est fait de la manière la plus optimale possible, cela permet de faire du lien entre les services, avec les habitants. C'est une démarche qui a beaucoup de sens et qui produit de belles choses, très concrètes, sur le terrain. Je ne m'attarde pas plus là-dessus.

Nous avons eu l'occasion de discuter brièvement de ce qu'est Ville amie des aînés, mais nous ne sommes pas rentrés tellement plus dans le détail. Il me semble donc important, pour comprendre les enjeux et en quoi, concrètement, chaque ville, chaque collectivité s'approprient l'intitulé Ville amie des aînés, de rappeler que cet intitulé peut-être un peu trompeur parfois. Puisqu'en fait, nous ne retrouvons pas que les villes au sens de communes en milieu urbain. Il y a aussi des hameaux, des bourgs plutôt de milieu rural. Nous pouvons aussi avoir des conseils départementaux, des métropoles, des communautés de communes, et j'en passe.

Nous pouvons dire aussi que Ville amie des aînés est une démarche de l'Organisation mondiale de la Santé, qui a été créée en 2005. C'est une démarche qui est participative et transversale. J'y reviendrai. Certaines et certains d'entre vous connaissent, pour y participer ou autre, de différentes manières. Quels sont ses objectifs ? Le premier d'entre eux est de conduire un diagnostic participatif. Pour le dire de manière un peu plus claire, il s'agit de faire un état des lieux des forces et des faiblesses du territoire. En l'occurrence, ici, c'est la ville de Grenoble. Il est question

de prendre comme points de repère un certain nombre de thématiques qui renvoient à la vie quotidienne des aînés, des retraités. À Grenoble, pour faire court, nous les avons un peu retravaillés justement pour qu'il y ait plus de cohérence entre la manière dont les services étaient déjà structurés, déjà organisés, en faisant notamment des groupements entre thématiques. Nous travaillons notamment l'habitat et l'environnement, le lien social et la solidarité, la participation sociale, les engagements et la citoyenneté, la santé et l'autonomie, les transports et la mobilité, la culture, le sport et les loisirs. Vous voyez donc que nous balayons vraiment un spectre très large du quotidien. En plus de ces thématiques repères, la ville de Grenoble a fait le choix de définir trois axes transversaux, qui sont les priorités de la ville pour la démarche, et que nous retrouvons sur les six thématiques que je viens d'énoncer. En premier lieu, nous avons l'accessibilité entendue au sens très large. C'est accéder à son logement, aux commerces, aux services. Mais c'est aussi aller plus loin que cela. Cela renvoie également à l'accès au droit, à l'accès aux soins, à la formation et à la communication. En deuxième axe, nous avons l'intergénérationnel. C'est comment, aujourd'hui, nous avons trois ou quatre générations qui cohabitent au sein d'un même espace public. Comment la ville peut être le lieu qui favorise les rencontres entre des générations d'âges différents ? Enfin, le troisième axe me permet de préciser mon propos d'aujourd'hui. C'est l'axe transversal des populations vulnérables et invisibles. Je le disais en introduction, Ville amie des aînés est une démarche participative avec, au premier rang, des acteurs mobilisés, les habitants eux-mêmes. En l'occurrence, cela concerne les Grenoblois à partir de 55 ans.

Petite parenthèse sur un choix qui peut parfois surprendre : à Grenoble, nous avons fait le choix d'ouvrir cette démarche à partir de 55 ans. Entre autres objectifs centraux, nous avons la volonté d'essayer de mettre l'accent un peu plus sur la prévention, en associant aux groupes de parole, de réflexion que nous organisons avec les habitants, des personnes un peu moins avancées en âge, entre 55 et 64 ans, qui sont bien souvent encore en activité professionnelle, qui peuvent être en position d'aidants, qui peuvent apporter une aide, un accompagnement, un soutien à des proches vieillissants, à des parents vieillissants, et aussi parfois, en simultané, à leurs enfants et à leurs petits-enfants. Il s'agit de voir, au prisme de leur regard d'aidants, comment ils peuvent nourrir les réflexions, les travaux que nous menons, etc.

Comme je le disais, c'est une démarche participative qui place au cœur de la démarche les habitants eux-mêmes, aux côtés des élus thématiques, des partenaires, quels qu'ils soient selon la thématique travaillée, les responsables associatifs, les présidents d'union de quartier, etc. L'idée est de

s'appuyer vraiment sur ce processus de co-construction, de concertation pour essayer ensemble d'imaginer des solutions qui peuvent être pertinentes pour porter des projets, des services. Très concrètement, cela se traduit en plans d'action. En s'engageant dans la démarche, comme je l'ai dit, en février 2016, la ville avait un certain nombre de projets parmi lesquels elle voulait essayer, en plus, d'aller recueillir et interroger des habitants qu'on n'entend pas, qui n'ont pas l'habitude de s'exprimer. C'est sous ce vocable de «populations vulnérables et invisibles» que nous pouvons retrouver ces personnes-là. Très clairement, ce sont des personnes que nous ne connaissons pas, qui ne fréquentent pas ou peu les équipements et services municipaux, qui ne fréquentent pas les lieux étiquetés retraités ou structures d'animation dédiées et autres. Je dirais qu'elles ne sont pas inscrites d'une manière nominative sur un fichier que nous pourrions mobiliser pour aller à leur rencontre. Cela implique de décaler un peu la manière dont nous travaillons au quotidien, de décaler un peu nos pratiques professionnelles et de faire différemment. Là, cela avait été dit par une intervention dans la salle ce matin : Ville amie des aînés, pour le coup, est un très bon outil pour expérimenter, tester des choses. Puisque ce qui fonctionne avec certains habitants peut ne pas fonctionner avec d'autres. J'irai même plus loin avec l'approche territoriale : ce qui peut fonctionner localement à l'échelle d'un quartier, voire même à plus petite échelle, peut ne pas fonctionner sur un autre quartier qui n'a peut-être pas nécessairement les mêmes problématiques.

Très concrètement, comment avons-nous fait ? En plus des méthodes d'enquêtes classiques que nous faisons dans le cadre de Ville amie des aînés, nous donnons rendez-vous aux Grenobloises et Grenoblois à partir de 55 ans. Ce sont les deux seules conditions pour participer aux groupes de réflexion que nous organisons. En général, les rendez-vous sont donnés dans les Maisons des Habitants, sur les différents secteurs de la ville. Parfois, pour être plus en proximité, nous le faisons sur des salles ou équipements municipaux. Nous lançons l'invitation, qui est relayée en proximité par les professionnels dédiés sur les équipements. Après, ce sont aux personnes de faire la démarche, de venir participer aux groupes. Cela nous permet de cibler chaque année, pendant le temps de diagnostic, entre mars et juillet, environ 150 personnes sur l'ensemble de la ville de Grenoble. Sauf que ces personnes, invisibles, ne feront pas la démarche elles-mêmes de venir. C'est donc plutôt à nous d'essayer d'aller à leur rencontre. Cela implique donc de faire un peu différemment. Notamment, nous organisons des focus groupes hors les murs. Très clairement, nous essayons de nous adapter au maximum aux habitudes de vie des gens. C'est-à-dire que nous essayons d'aller là où se trouvent les aînés.

Je suis accompagnée chaque année par une équipe de quatre étudiants, qui sont avec moi de mars à juillet. Ils m'aident sur cette phase de diagnostic, d'enquête de terrain. Nous avons tout un temps où nous faisons de l'observation de l'espace public. Nous ciblons différents lieux de la ville de Grenoble. Cela peut être des rues commerçantes, des marchés, des arrêts de bus, de tram. Il s'agit de monter également dans les bus et les trams eux-mêmes. Nous n'interpellons pas les personnes. Nous observons à différents moments de la semaine, matin, après-midi. Nous essayons de varier les jours. Surtout, nous essayons de varier, sur un même lieu d'observation, les plages d'observation. Nous regardons ce qui se passe, nous prenons des notes pour essayer de trouver où sont les retraités grenoblois. Nous essayons d'identifier les lieux qu'ils fréquentent. À l'inverse, nous essayons de déterminer s'il existe dans la ville des lieux qui ne sont pas pratiqués par ces habitants. À la suite de cela, nous nous déplaçons, nous essayons d'aller nous présenter. Cela prend donc souvent un peu plus de temps. Mais cela nous a incités à organiser des groupes, dont un café social par exemple. Nous avons aménagé un petit coin dédié pour faire un groupe un peu plus informel que dans un équipement municipal organisé très clairement. Nous avons aussi pu le faire en plein air. Nous l'avons fait dans une rue, l'allée des Frênes sur la Villeneuve, dans le secteur six, avec des voisins, des personnes d'un certain âge. Il y avait pas mal de membres de la communauté sénégalaise.

Cette année, nous sommes allés faire un focus groupe dans une association qui s'appelle «Le Fournil», qui accueille essentiellement des personnes en situation de précarité ou sans-domicile-fixe. Cela ne s'est pas fait du jour au lendemain, loin de là. Il y a eu toute une prise de contact en amont, à la fois avec les responsables de l'association puis les personnes accueillies. Ce qu'il faut bien avoir en tête, je crois, sur ces enjeux, c'est qu'il ne faut vraiment pas, même si c'est important, avoir en tête le quantitatif. Il faut plutôt se dire que c'est en testant, en expérimentant des choses et en privilégiant le qualitatif qu'on va réussir à avancer par petits bouts et à faire des choses un peu différentes.

Pour conclure mon propos, je dirais qu'à partir de l'action que nous avons menée dans le cadre de Ville amie des aînés ici, à Grenoble, nous avons identifié trois pistes d'action concrète, dont nous nous disons que ce serait une manière de faciliter justement le recueil de la parole des personnes invisibles. La première piste d'action, et je rebondis sur des interventions antérieures, est de solliciter et de s'appuyer sur des personnes ressources. Cela peut paraître idiot, mais parfois, plus localement, dans les quartiers, dans les secteurs, il peut y avoir des phénomènes d'interconnaissance où des personnes sont en position de facilitateurs pour nous

permettre d'accéder au public qui nous intéresse, etc. Cela peut être des agents municipaux, des responsables associatifs, des pairs. Je rebondis sur ce qu'Andréa MICHEL disait tout à l'heure avec l'action des médiateurs pairs en santé. C'est aussi s'appuyer sur des personnes qui ont une connaissance, qui ont parfois aussi instauré une relation de confiance avec les habitants. Car c'est ce qui peut parfois faire défaut et empêcher les personnes de participer, d'après les retours que nous avons eus. Nous pouvons être face à des populations qui sont parfois en situation de méfiance, voire de défiance vis-à-vis des pouvoirs publics, au sens très large, après des expériences négatives par exemple. Cela peut être un premier frein à participer. Après, nous pouvons avoir des personnes qui ont le sentiment que leur parole n'a pas de valeur, parce qu'elles sont timides, parce qu'elles n'ont pas eu l'habitude de prendre la parole ou parce qu'elles ne se sentent pas légitimes de le faire, etc. C'est une autre barrière.

La deuxième piste d'action que nous avons identifiée, c'est d'associer ce que nous pourrions appeler des interprètes. Cela a aussi été rappelé ce matin. C'est vrai qu'à Grenoble, nous avons une population qui est extrêmement cosmopolite, d'une grande richesse. Mais parfois, il est vrai que dans les groupes que nous organisons, tous les habitants que nous rencontrons n'ont pas nécessairement la maîtrise de la langue française ou en ont une maîtrise partielle. Ce qui fait que parfois, cela ne retranscrit pas au plus juste ce qu'ils voudraient nous faire passer comme message. Ce que nous avons donc essayé de faire, dès la première année en 2016, c'est d'associer des « interprètes »... comme je vous l'ai dit, je suis accompagnée par des étudiants, des stagiaires. Nous essayons donc d'associer des étudiants qui ont une maîtrise de la langue arabe ou d'autres langues, pour essayer de travailler à la levée de cette barrière linguistique qui peut être un frein réel à la participation sociale du public cible.

Enfin, en conclusion, par rapport à ce que nous avons pu dire auparavant, nous avons essayé au maximum d'assouplir les conditions de déroulé de nos focus groupes. Cela a trait à plusieurs paramètres : cela concerne les lieux – nous nous adaptons au lieu où sont les gens –, cela concerne le temps – parfois, nous tablons sur 1 h 30 ou deux heures pour un groupe classique ; là, nous nous adaptons. Avec la population en précarité ou sans-domicile-fixe, par exemple, nous avons vu avec les responsables et nous nous sommes rapidement rendu compte que deux heures, cela n'allait pas être tenable. Nous avons donc adapté. Nous avons fait un groupe d'une trentaine de minutes. C'est un exemple, typique. Sur les personnes présentes également, nous nous sommes adaptés. Parfois, cela peut gêner, il peut y avoir un frein si nous sommes en présence d'un agent municipal, si nous sommes en présence d'une personne plus jeune. Il peut y avoir

tout un tas de freins. Nous nous adaptons sur les thématiques abordées aussi. Sur les six thématiques que j'ai présentées en introduction, nous nous sommes rendu compte qu'il y a certaines choses qui étaient difficilement abordables en groupe, en public, notamment les questions de santé, le fait de parler de ses pathologies, des problématiques qu'on a pu avoir par ailleurs éventuellement.

J'ai terminé mon propos. Je vous remercie pour votre attention.

[Applaudissements]

« Kheira CAPDEPON,

3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Merci, Carlyne. C'est vrai que le frein, dès le début, c'était « vous venez nous demander notre point de vue, mais nous n'avons jamais de retour sur ce que nous avons raconté, de ce qui peut émerger ». Depuis le début, la promesse était de revenir vers les personnes, de pouvoir leur faire un retour. C'est quelque chose qui fonctionne puisque la promesse a été tenue. Cela fait son chemin.

Maintenant, c'est à Christine PATRON.

La participation des personnes âgées dans les instances de la démocratie en santé

« Christine PATRON,

vice-présidente de l'association ISATIS représentant les personnes âgées à la CRSA-Île de France

Merci. Si vous le permettez, je vais commencer par un petit préambule. Ce matin, vous avez fait allusion au Centre pluridisciplinaire de Gérontologie Sociale de Grenoble, qui date de 50 ans. Il était rue de la Liberté et il était porté par un grand philosophe, Michel PHILIBERT, et par un grand gériatre, le professeur Hubert HUGONOT. Michel PHILIBERT est allé aux États-Unis et suite à ce voyage, a fait germer la gérontologie à Grenoble.

Bernard et moi, nous sommes au moins deux, sommes venus souvent, dans les années 70, dans les sessions du CPDG. Il y avait Claude WERSE, qui devait être là aujourd'hui. Il y avait Marie-Annick DE JEAN DE LA BÂTIE. Il y avait Marie-Jo GUISSET et Michel FROSSARD. Je ne garde que ces quatre noms. Je remercie Grenoble; pour moi, Grenoble est le CPDG et tout ce que nous avons pu apprendre dans nos vies professionnelles, et peut-être dans nos vies personnelles aussi.

Maintenant, je rentre dans le sujet: trois phrases que j'ai retenues de Michel PHILIBERT. La première: « Vieillir est encore le meilleur moyen de ne pas mourir. » « La vieillesse est le temps de la réinterprétation de la vie. » Le philosophe qui est intervenu ce matin, quand il parlait de la dimension spirituelle, y a fait plus ou moins allusion. « Un vieux, c'est simplement quelqu'un qui a vécu plus longtemps. » Mon intervention, c'est la participation des personnes âgées dans les instances de la démocratie en santé. À partir de mon expérience personnelle et nourrie de mes lectures, en sept minutes, un peu plus, à peine, je ferai d'abord le cadre, la démocratie et la CRSA. Puisque je suis représentante d'association de personnes âgées à la CRSA. Ensuite, ce sera la parole des usagers. Après, ce sera le changement de regard. Quatrièmement, ce sera un habitat solidaire et citoyen pour mieux vieillir.

Concernant le cadre, la démocratie en santé est une démarche visant à associer usagers, élus, professionnels et décideurs publics dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. Mais comment la démocratie en santé s'exerce-t-elle concrètement? Comment les patients peuvent-ils devenir experts et former des médecins? De quels moyens disposent des usagers citoyens les plus pauvres, les plus précaires, les plus exclus pour s'exprimer et participer à l'élaboration du système de santé?

Les usagers citoyens sont présents au niveau de la région, au conseil de surveillance de la CRSA, à la CRSA elle-même et dans les différentes commissions. La CRSA est la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie. C'est une instance stratégique de l'ARS. Elle concourt à la mise en œuvre de la politique régionale de santé en donnant son avis sur les modalités d'élaboration, de suivi et d'évaluation. C'est un lieu d'échanges, d'informations, de propositions et de débats. Les priorités 2018 de la CRSA Île-de-France étaient la lutte contre les inégalités de santé, le développement et la promotion de la santé et la territorialisation. Elle est composée d'une commission permanente, de groupes spécialisés et j'en passe. Le collège est composé de 16 membres, dont 16 % dans le second collège, le collège des représentants des usagers. Cela veut dire que nous ne représentons que 16 % de l'ensemble de la commission. Il y a huit représentants des associations au niveau national ou régional et huit représentants des associations de retraités, personnes âgées et handicapées. Moi, j'y suis en tant que représentante du CODERPA de Paris, qui est dissous depuis deux ans. Mais j'y suis, paraît-il, jusqu'à la fin du mandat, en 2020. Le positionnement est différent entre les associations agréées comme le CISS et les associations de retraités. La question sous-jacente, iconoclaste: s'agit-il, dans nos débats, d'améliorer la santé ou d'améliorer le budget?

Mon deuxième point concerne la parole des usagers. Là, je me permettrai de vous citer une phrase de François MAURIAC, que j'aime beaucoup. « Ce n'est pas parce que l'on a un pied dans la tombe qu'il faut se laisser marcher sur l'autre. » Nous réagissons donc. Dans les différentes commissions, nous sommes des bénévoles, engagés, dont la compétence repose sur l'expérience personnelle et celle de nos pairs. Nous sommes toujours des retraités, nous sommes des femmes et classées souvent comme inactives. La participation des usagers dans ces commissions paraît limitée et sa légitimité est toujours discutée. Les savoirs ordinaires sont difficilement audibles face au savoir des experts, médecins, professionnels et administratifs. Plus que spectateurs, en position d'observateurs, comme vecteurs d'information, voire de revendication, nous ne sommes pas véritablement considérés comme acteurs de l'action collective. Le développement d'une politique de formation des représentants des usagers ainsi qu'un programme de formation sur la recherche de collaborations entre professionnels et usagers contribueraient à faciliter les échanges entre les différents membres des commissions. Les usagers sont également présents dans les conseils territoriaux de santé, où là, ce sont soit des représentants des personnes handicapées, soit des représentants des personnes retraitées. Je pense que localement, c'est impossible à gérer. C'est déjà compliqué entre les deux types d'association.

Également, le Conseil départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie est ce qui a pris la relève du CODERPA. Dans cette composition, il y a deux points extrêmement intéressants. Parmi les membres représentant les usagers, il y a un représentant bénévole qui contribue au maintien du lien social des personnes âgées. Nous avons pas mal parlé du lien, ce matin. Là, je vais en reparler un peu. Avoir un bénévole qui contribue au lien social, ce n'est pas mal. Deuxièmement, il y a, dans le quatrième collègue, un représentant des bailleurs sociaux, un architecte urbaniste, cinq personnes physiques ou morales représentant la citoyenneté, la santé, l'activité physique, les loisirs, la vie associative, la culture et le tourisme. Vous voyez que c'est beaucoup plus large que ce qu'étaient nos CODERPA, pour ceux d'entre vous qui y étaient. La représentation des usagers dans les CVS pose d'autres problèmes et rencontre aussi une difficulté de positionnement par rapport à l'autorité. Comment vivre vieux et en bonne santé, en étant pleinement citoyen, en participant à la vie de la Cité, en étant écouté par les élus, en particulier lorsqu'on est dans une situation de cumul des vulnérabilités, précaire et isolé? Comment vivre vieux ensemble au sein de la ville?

Mon troisième point, c'est le changement de regard. Depuis ce matin, nous parlons de vieillesse et de vieillissement. Moi, j'ai envie de parler de longévité, mais avec une suite de réductions des forces, des moyens, des relations, de la vie sociale, de la lenteur, de la taille des pas, de la fragilité, de la peur de tomber. Nous savons bien que je dois faire partie des doyens dans cette assemblée. Nous savons bien que nous avons peur, maintenant, en haut d'un escalier. Nous avons un peu peur. Nous avons des signes qui nous disent que nous devenons un peu fragiles. C'est un petit début de quelque chose, cette fragilité. Comment vivre mieux ensemble? En fait, nous voulons bien vieillir mais nous ne voulons pas être vieux. La solitude et l'isolement ne sont qu'un problème individuel de manque ou de perte de relations sociales. Mais c'est aussi un problème de société dans laquelle le vieillissement donne lieu à des processus d'exclusion symbolique, sociale et matérielle qui conduisent au repli sur soi et au retrait de l'espace public. Il y a une dame, ce matin, qui a soulevé ce problème d'exclusion. MAISONDIEU disait que la vieillesse est un crime puni d'exclusion. Devenir vieux n'est pas une sinécure. C'est interdit sous peine d'exclusion. C'est très dangereux. C'est mortel. Le repli sur soi, le sentiment d'inutilité, la perte de l'estime de soi, le manque de moyens financiers, même pour ceux que l'on dit riches avec une retraite de 1 200 €, les difficultés pour se déplacer, la peur de se retrouver dans un établissement collectif, loin de son lieu de vie, sans visite de ses amis qui restent, devenir dépendant financièrement de ses enfants, vendre sa maison, se plier à une vie collective

inconnue, ne plus choisir et devoir subir des règles imposées. Quand on a plus l'autonomie, on obéit. Face à tout cela, que pouvons-nous faire pour respecter les libertés individuelles des personnes? Changer de regard, oui, mais comment? En nous attachant tous ensemble à sauvegarder les liens et les lieux qui nous font tenir debout, en maintenant les racines, en retissant le lien social, en laissant aux intéressés la possibilité de prendre la parole.

Pour déplacer un arbre, les élus savent bien à quel point il faut protéger les racines. Pour déplacer un vieux, nous posons-nous toujours autant de questions? En fait, il s'agit moins de savoir ce que nous pouvons leur donner, par exemple à Noël, que ce qu'ils peuvent apporter à la communauté du territoire et comment mieux nous concentrer sur les capacités des personnes, et non pas seulement sur leur vulnérabilité. Vous le savez, toute la municipalité est concernée, tous les adjoints sont concernés par la qualité de vie des personnes les plus âgées et les plus seules de la commune. Le logement, la santé, les transports, la culture, l'intergénérationnel, le sport, l'environnement, tous ces domaines sont déterminants de la santé. C'est aussi rechercher une plus grande convergence entre le volet territorial de santé des CPOM hospitaliers, le projet de santé des communautés professionnelles territoriales de santé, les plates-formes territoriales d'appui et les priorités des contrats locaux de santé. Il faut se positionner ensemble dans une démarche d'anticipation et de prévention. Ce matin aussi, nous avons parlé d'anticipation et de prévention.

Les réalisations présentées ou évoquées nous proposent des solutions pour lutter ensemble contre l'isolement et le sentiment de solitude. Quelqu'un a prononcé le mot de «covoiturage». Plusieurs villes le font. C'est très bien, le covoiturage, pour aller au marché, faire des courses, rencontrer ses amis. Je voudrais rajouter «pour aller au cimetière». C'est très important de pouvoir aller au cimetière. En plus, nous sommes des femmes et nous savons ce que cela veut dire. S'il y a des élus ici, je voudrais leur suggérer de penser à mettre des bancs ou des sièges hauts, pour pouvoir se redresser, dans les cimetières, et de multiplier les points d'eau. Parce que quand il faut monter avec un arrosoir et que le cimetière est en pente, et qu'on ne peut pas se reposer ni s'asseoir... les cimetières, c'est très important et on n'y fait pas assez attention.

Ensuite, pour envisager l'avenir avec moins d'angoisse, la sociologue Anne LABIT a réalisé en 2016 une étude intitulée «Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir». C'est bien notre sujet. Il s'agit d'inventer ensemble d'autres modes d'habitat. Comme nous le disions ce matin, il faut oser inventer. Nous sommes passés des hospices, des

logements foyers aux V 120 et V 240. C'était dans les années 75, dans le cadre des choix budgétaires prioritaires. On construisait pour relancer le bâtiment. On construisait de gros bâtiments pour 120 vieux ou 240 vieux. Cela faisait marcher le bâtiment. C'était quand même un drôle de choix politique qu'on faisait à l'époque. Ensuite, on a fait des MAPA, des EHPAD. La citoyenneté et la solidarité devaient être au cœur des projets. Il faut se connaître pour vivre ensemble, pour faire société. C'est à tout âge que les solidarités s'entrecroisent, se tricotent, se combinent entre pairs, entre proches, entre étrangers de l'espace et du temps. À proximité, les maisons de santé pluridisciplinaires, les contrats locaux de santé. Il faudrait envisager de reprendre ce que dit cette étude: l'habitat groupé, essentiellement porté par des élus et des bailleurs sociaux, l'habitat partagé, autogéré, formule proche de la collocation intergénérationnelle, l'habitat partagé accompagné pour les personnes vieillissantes et plus fragiles du point de vue économique, mais aussi psychologique ou physique.

Quels sont les facteurs favorables au bien vieillir ? C'est d'abord la préservation des relations sociales, le maintien d'activités structurantes. Se retrouver à huit ou dix dans une petite maison dans le village, ou à huit ou dix dans un étage d'un immeuble collectif. Quand un bailleur social fait un lot de 50 logements sociaux, nous pouvons réserver tout un étage et faire un étage pour 10, 12 personnes qui habitent et vivent ensemble. C'est le maintien d'activités structurantes. C'est la possibilité de se faire aider, mais plus encore la possibilité d'être soi-même aidant. C'est redonner un sens à son expérience de vie en la partageant avec d'autres, les difficultés de mise en œuvre, les conflits sociaux et économiques, le financement du personnel d'accompagnement, les conflits entre les habitants, le financement des espaces communs, des prestations de médiation collective.

À l'intersection entre ces deux champs des politiques publiques que sont l'habitat et la vieillesse, il est vrai que le risque de requalification de ces expérimentations en établissements sociaux et médico-sociaux est soumis à des législations beaucoup plus contraignantes. Je ne vous parle pas dans le vide. Je l'ai fait dans un immeuble, à Paris, où il y a deux étages, pour des personnes âgées Alzheimer. Il y a deux étages où elles habitent, avec 10 personnes à chaque étage. Il y a une grande salle à manger. Chacun a sa grande chambre et sa salle de bains. Elles se promènent dans l'immeuble, vont sonner chez les voisins. Mais ce n'est pas grave, les voisins les ramènent entre le premier et le second étage. C'est difficile de les monter, c'est dur, mais cela fonctionne. C'est possible, et je pense vraiment que c'est ce qu'il faudrait faire.

Les expérimentations en matière d'habitat sont de plus en plus connues, projet d'un territoire qui mobilise les élus, les personnes âgées, les associations, les administrations, les bailleurs sociaux, les proches aidants, tous associés à la réflexion dès l'origine du projet pour maintenir le lien et protéger les racines. La méthode, c'est redonner à chacun la possibilité de prendre la parole. Ils sont eux-mêmes les mieux placés pour dire ce qu'ils souhaitent. C'est travailler à petite échelle, comme dans les expériences de collocation de 10 ou 12 personnes. C'est mutualiser les services et se rendre service, mixer les publics, faire de l'intergénérationnel. C'est utiliser l'appel à manifestation d'intérêt, pour les administratifs qui peuvent être là. C'est beaucoup plus facile à manier pour le moment que les appels à projets. Cela va beaucoup plus vite. Surtout, cela fait appel à l'innovation. Cela nous laisse donc tous les champs ouverts pour inventer. Recenser les expériences, analyser les réussites et les échecs, avant tout mettre en place sur le territoire des politiques transversales. La société change, le temps des EHPAD tel qu'elles fonctionnent actuellement est probablement révolu. Il nous faut inventer un nouveau regard. Nous disposons d'outils. Il y a un guide de l'habitat inclusif, dont nous avons parlé ce matin.

Quelle place pour les différents usagers de la vieillesse ? Non pas « quelle place leur donner », mais « quelle place souhaitent-ils et comment peuvent-ils la prendre » ? En fait, il faut choisir. Que choisirons-nous ensemble, sur notre territoire, élus, citoyens actifs ou retraités, jeunes et moins jeunes ? Avec Romain GARY, « au-delà de cette limite, votre ticket n'est plus valable », ou avec Émile AJAR, le même, « on a encore la vie devant soi » ? Je vous remercie.

[Applaudissements]

«• Kheira CAPDEPON,

3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Il y a plein de choses qui sont faites, qui ont donné des réflexions et qui peuvent aussi se faire dans d'autres territoires. En tout cas, il y a de plus en plus de personnes qui prennent de l'âge et qui se demandent si elles devraient aller dans des résidences autonomie ou si elles pourraient envisager de faire une collocation entre copines ou copains dans un logement, et vieillir ensemble. En tout cas, ce sont des choses que j'entends.

Je vais donner la parole ensuite à Christiane GACHET.

Quelle prise en compte de la parole des aidants ?

«• Christiane GACHET,

responsable régionale Association France Parkinson, représentant France Assos Santé, Union régionale Auvergne-Rhône-Alpes

Je suis une bénévole, avancée en âge, retraitée depuis très longtemps, ex-aidante d'un jeune parkinsonien, responsable de l'association France Parkinson sur la région Rhône-Alpes. Tout à l'heure, nous avons parlé du CISS, qui est un collectif inter associatif des usagers. Les usagers, les aidants, ce sont des mots que nous n'aimons pas, mais il faut utiliser ce vocabulaire administratif. La CRSA l'utilise aussi. Nous sommes bien obligés de passer par là. La nouvelle loi de santé a créé la représentation des usagers sur le plan national. Les CISS sont donc devenus UNASS, URASS. Ce nom peu expressif est devenu « France Assos santé ». Je suis donc là dans le cadre de « France Assos santé Auvergne Rhône-Alpes », dans votre région. C'est à ce titre que je vous parle des aidants.

Là, nous décalons complètement le focus de la journée, qui était sur la personne avancée en âge. Moi, j'ai tendance à parler du grand âge, parce que je trouve que c'est sympathique ou des aînés, j'aime bien. De toute façon, nous n'avons plus 20 ans. C'est clair. Nous perdons des neurones depuis l'âge de 20 ans, donc il faut bien s'y faire. Ces aidants sont en fait des « accompagnants ». Dans notre association, nous utilisons le mot d'accompagnants. Il se trouve qu'encore une fois, pour des questions administratives, le mot « aidant » est utilisé dans la loi d'accompagnement du vieillissement de 2015. Maintenant, nous utilisons donc ce mot.

Depuis déjà de très nombreuses années, les aidants accompagnent les personnes en perte d'autonomie. Là, nous sommes bien dans le cadre de la perte d'autonomie. Qui sont-ils ? Ce sont en général des conjoints de personnes avec des pathologies diverses qu'on appelle par exemple neuro-évolutives pour ne pas dire « neurodégénératives », Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques, mais aussi AVC, maladies chroniques etc. Puis il y a le grand âge. Par exemple, ma mère est décédée il y a six mois, à 98 ans, elle n'était pas malade elle s'est éteinte comme la flamme d'une petite bougie. Elle est allée jusqu'au bout du bout, s'est éteinte doucement. Mais tout en s'éteignant lentement, il y avait plein de choses, qu'au cours du temps, elle n'arrivait plus à faire toute seule. Elle a dû accepter d'être accompagnée. Pour elle, quitter son domicile et avoir le passage de beaucoup de personnes autour d'elle, c'était très agaçant. J'ai pu l'entourer jusqu'à la fin avec l'aide du personnel de l'Ephad et elle est partie doucement bien accompagnée avec de bons soins palliatifs.

Dans ce rôle d'aidant, tout d'un coup, on bascule. Ce sont des conjoints. Cela peut aussi être des enfants et, c'est le cas de plus en plus souvent, des frères et sœurs aussi parce qu'ils sont en proximité alors que les enfants sont souvent à l'autre bout du monde ou très éloignés de leurs parents. Cela peut être des amis. J'ai rencontré des hommes et des femmes devenus de très bons aidants pour leurs amis, remplaçant un peu la famille qui manquait ou qui n'était pas très disponible parce que professionnellement occupée. C'est donc un panel très large.

Plus cela va, plus le nombre d'aidants augmente, parce que la population vieillit, a besoin d'être plus accompagnée. Des conjoints, dont on disait grosso modo qu'en 2013, la moyenne était plutôt 64 ans, en 2018, sont plutôt nettement plus jeunes. C'est-à-dire qu'ils ont entre 55 et 60 ans en moyenne. Ce qui veut bien dire qu'un certain nombre de personnes encore en activité, sont aidantes. Ce sont effectivement les enfants de personnes qui sont déjà un peu en perte d'autonomie, à domicile la plupart du temps. Puisque sinon, ils sont moins aidants, moins dans le quotidien. C'est une évolution dans le temps, qui va devenir nécessairement de plus en plus prégnante. Il va donc falloir trouver une solution pour les accompagner, ces aidants. Parce que seuls, ils vont être perdus rapidement. Pour l'instant, ils représentent quand même, d'après les chiffres récents de 2013, 11 millions d'aidants de tout âge. C'est global. Nous prenons les parents des enfants en situation de handicap aussi, je pense. En réalité, pour la perte d'autonomie, c'est un peu moins que cela. Mais cela représente quand même une masse de population énorme. On ne s'en rend pas du tout compte. Nous ne les voyons pas. Ils sont relativement invisibles aux yeux de la société, des responsables politiques un peu moins parce que nous insistons quand même pour qu'ils soient visibles. Mais c'est un vrai problème.

Bien entendu, ce sont des non-professionnels. J'ai oublié de vous le dire parce que dans la définition, c'est très clair. Il s'agit effectivement d'« aidants familiaux naturels ».

Tout d'un coup, on va être investi d'une responsabilité mais on va aussi se trouver, dans sa propre vie, dépossédé d'une partie de sa propre existence. Parce qu'il faut s'adapter à la personne qu'on accompagne. Il faut faire le deuil d'activités ludiques, sportives, amicales. Quand vous accompagnez quelqu'un qui est en perte d'autonomie, vous vous trouvez vous-même décalé par rapport à la masse habituelle de la population du même âge. En fait, on se trouve un peu enfermé, pour ne pas dire « isolé ». C'est un vrai problème parce qu'on abandonne beaucoup de sa propre vie personnelle au profit de la personne qu'on accompagne. On le fait, les

trois quarts du temps, extrêmement volontiers, et c'est naturel chez les couples qui s'entendent bien, et même chez ceux qui s'entendent un peu moins bien. Cela fait partie de la règle du jeu, les trois quarts du temps. C'est plus compliqué pour les enfants.

C'est aussi difficile parce qu'on est butte à l'incompréhension parfois ou à la non-reconnaissance des professionnels de santé. On nous écoute un peu quand même, de plus en plus tout de même. Il faut être honnête. Depuis deux ou trois ans, la parole des aidants est beaucoup plus écoutée, beaucoup plus entendue auprès des professionnels de santé. Je pense aux médecins, aux neurologues, aux gériatologues. Ils écoutent quand même beaucoup plus les aidants. Ils ont bien conscience que cet accompagnement est lourd et handicape aussi la personne aidante. C'est-à-dire que l'aidé, c'est sûr, a besoin d'accompagnement mais l'aidant, lui, est également en difficulté parfois, fragilisé par une « sur-occupation » dans son temps réel. Certains passent plus de 12 à 14 heures par jour à être aidants dans le quotidien, dans les difficultés d'accompagnement, dans l'aide à la toilette, à l'habillement, la prise des repas, la vérification de la prises de traitements etc.. S'y ajoutent toutes les autres tâches matérielles de la maison. Et enfin une tâche ingrate : ouvrir la porte aux nombreux professionnels qui passent. Par exemple, ouvrir la porte à l'infirmière qui arrive le matin, vient faire un geste technique pour remplir le pilulier si on ne vous a pas laissé la possibilité de le faire. En général, les aidants le font. On va ouvrir la porte à l'auxiliaire de vie qui va donner un petit coup de main pendant que vous allez faire les courses, au kinésithérapeute qui va arriver à l'heure où cela l'arrange parce qu'il sait que l'on est sur place et que s'il arrive une heure après, ce n'est pas très grave puisqu'on est là. Puis on ouvre la porte à l'orthophoniste, quand il y en a besoin. Et c'est toute la journée ainsi. J'ai des adhérents et des amis qui me disaient qu'ils avaient l'impression d'être là comme un « portier de service ». « Ils rentrent, ils sortent, ils m'aperçoivent à peine, ils me disent tout juste bonjour ou au revoir et ne me demandent pas toujours comment je vais. » C'est vrai que finalement, on s'épuise à être aidants même avec de l'aide à domicile.

La grande difficulté des aidants, c'est de savoir demander de l'aide. Parce qu'alors c'est accepter de reconnaître qu'on n'est pas tout-puissant. Et très souvent, on a l'impression qu'on est tout-puissant, qu'on peut tout faire, surtout quand on est une femme. Les hommes sont plus prudents. Mais nous, nous avons tendance à dire que c'est normal, que cela fait partie de notre job, que nous allons tout faire et que de toute façon, c'est mieux si c'est nous qui faisons tout. Erreur fatale parce que nous ne pouvons pas tout bien faire. Et nous ne pouvons pas, dans la vie, faire tout très bien tout le temps. C'est totalement irréaliste. Sauf que c'est très difficile d'anticiper et d'accep-

ter de demander un peu d'aide. Généralement, nous n'osons pas demander de l'aide à nos enfants. Il y a quand même des familles aidantes, avec des enfants à proximité très impliqués. Mais il n'y en a pas toujours à proximité. Puis il y a des couples qui n'ont pas d'enfants et des personnes célibataires. Et il y en aura de plus en plus. D'où la grande difficulté d'accompagner les nombreuses personnes seules que nous allons voir arriver dans le grand âge et en perte d'autonomie dans les années à venir, où il n'y aura pas de conjoint et où ce ne sera pas facile parce qu'il n'y aura pas beaucoup d'enfants non plus autour. Cela va devenir un vrai problème d'accompagnement.

En ce qui concerne les aidants, ils sont quand même globalement beaucoup plus malades que leurs pairs, parce qu'ils ne prennent pas assez soin d'eux. Le temps passe trop vite. On va donc renoncer à aller consulter un médecin, si on a une grosse grippe, une grosse angine. C'est pareil pour l'ophtalmologiste, encore pire pour le dentiste car pour avoir des rendez-vous, c'est la quadrature du cercle. On ne sait jamais si on pourra être disponible ce jour-là, s'il va falloir annuler pour la troisième fois le rendez-vous. On peut nous répondre que nous manquons d'assiduité et nous renvoyer vers un confrère. C'est toutes ces petites choses qui font que prendre soin de soi est difficile. C'est difficile de l'imaginer, simplement de le penser ou de l'objectiver. Après, c'est difficile de le réaliser. Il y a donc un certain nombre d'aidants, principalement pour la maladie d'Alzheimer, maladie particulièrement lourde à accompagner au quotidien, qui décèdent avant l'aidé. Parce que très souvent, ils ont un cancer ou un problème cardiaque parce que là aussi, la prévention n'a pas été faite correctement. Parce qu'on n'a pas eu envie de prendre le temps de le faire. Cela veut dire que dans ce cas-là, il faut absolument avoir quelqu'un pour aider, accompagner et accepter de dire qu'on n'est pas tout-puissant, qu'on a besoin d'aide.

En ville, c'est beaucoup plus facile. On prend plus soin de soi, on est plus entouré. Il y a plus de services sociaux. Nous y avons plus facilement recours. En milieu rural, c'est beaucoup plus difficile. Je vois des familles, dans le Haut Beaujolais, qui sont dans des habitats très isolés. Si nous avions ce qu'il y a à Autun, ce serait vraiment top. Si nous avions l'accompagnement de la Ville amie des aînés, ce serait super, comme sur Grenoble. Si ces dispositifs existaient partout, nous serions certainement beaucoup plus aidés pour faciliter les choses.

Un autre point est que les aidants ont beaucoup de mal à trouver les lieux d'aide. Ils se perdent dans un maquis, dans tout ce qu'il y a autour et qui pourrait les aider. Il y a des personnes qui ignoraient même qu'elles pouvaient aller au CCAS. Autre problème parfois : certains ne veulent voir personne chez eux. C'est aussi quelque chose que nous entendons assez

souvent. C'est un peu surprenant. Mais effectivement, tout à l'heure, nous parlions du refus de soins. Là, c'est le refus d'aide. Ce sont des familles où le couple, un peu âgé, ne veut pas voir arriver dans son intimité et dans son chez-soi une tierce personne, qui risque de prendre des initiatives en déplaçant les objets etc. C'est aussi un empêchement pour accéder à de l'accompagnement et à de l'aide.

Le dernier point que je vais vite aborder, c'est que, finalement, les aidants ont besoin de reconnaissance. Ils ont besoin d'être entendus par les professionnels de santé, que ce soit les médecins, les assistantes sociales, qui écoutent de plus en plus avec bienveillance, mais seulement depuis quelque temps. Auparavant, ils demandaient simplement à la personne aidée si elle était capable d'aller faire sa toilette seule. Évidemment, si c'était un monsieur, il répondait qu'il était capable même s'il ne l'était pas. Quand l'épouse disait malgré tout que c'était elle qui l'aidait, l'assistante sociale faisait confiance à la personne concernée. Il y a donc un point de vigilance à avoir pour être bien sûr que l'accompagnement est adapté. Les professionnels, qu'ils soient de santé ou du médico-social, doivent prendre soin des aidants pour qu'ils soient de bons aidants, bien formés par les formations proposées par l'association des aidants, par les associations d'Alzheimer ou Parkinson ou autres.

Ces formations des aidants sont financées par la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie. Les associations organisent. Essayer de faire venir des aidants à ces formations, je croyais que cela allait être enfantin, qu'ils allaient être contents qu'on leur donne tous les outils. Mais ce n'est pas si simple parce que cela veut dire prendre du temps. Certains se demandent ce qu'il va advenir de leur mari ou de leur femme qui ne va pas bien pendant les deux heures de formation et s'ils doivent prendre quelqu'un. Nous essayons d'organiser de manière à ce que cela puisse être fait.

Pour les élus, il est vrai que ce travail de repérage des aidants fragilisés est important. Dans les associations, on essaye. Mais nous en manquons beaucoup. Nous voyons peut-être 1 à 2% de la masse qu'il faudrait que nous approchions. Parce que c'est une démarche qu'ils font vers nous ou bien les professionnels de santé nous les ont envoyés. Les MAIA jouent aussi un rôle positif, tout comme les CCAS. Nous comptons sur ces structures comme sur les CLIC, dans les endroits où il y en a. Il y a aussi un travail d'accompagnement psychologique parce qu'il faut prendre soin de ces aidants qui vont manquer très souvent de sommeil. Par exemple, mon mari me réveillait, il bougeait beaucoup. J'étais jeune, cela allait bien. Je pouvais compenser. Mais quand vous avez 80 ans et que vous passez une nuit fractionnée, comment voulez-vous être un bon aidant dans la journée?

Ce n'est pas possible. Après, on est tellement fatigué qu'on n'est plus assez attentif. Et puis on est trop rapides, on ne prend pas assez le temps. On s'énerve plus vite. C'est donc difficile.

Cependant, il y a aussi des aides qu'il faut savoir et pouvoir utiliser comme les Accueils de jour, financés par l'APA et l'ARS, les séjours temporaires de répit, indispensables au maintien à domicile au long cours. Très important aussi, la formation des auxiliaires de vie et la valorisation de leur travail et de leur rémunération que ce soit à domicile ou dans en Ehpad.

Voilà un peu ce que je voulais dire sur les aidants, sachant qu'il y en aura de plus en plus et qu'ils seront à la fois investis dans leur vie professionnelle et en charge de parents âgés, en difficulté. Ce n'est pas gagné.!

[Applaudissements]

«● Kheira CAPDEPON,

3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Je dirais que la vieillesse n'est pas une maladie. Je dirais même que dans le fait de prendre de l'âge, souvent, quand nous discutons avec les personnes concernées, ce qui revient, c'est que nous avons un autre rythme, plus lent. Je pense que si tout le monde l'acceptait, la société ne prendrait pas une certaine vitesse pour pouvoir s'occuper de ces personnes. Je dirais aussi que s'occuper de ses parents est un acte noble. Souvent, concernant les aidants, et certains disent « les aimants », nous ne sommes pas préparés pour accompagner ces personnes. Nous voyons bien qu'il y a un taux de suicide des aidants assez conséquent. Je pense que c'est un grand chantier, si je peux me permettre, pour pouvoir trouver des lieux.

À Grenoble, nous avons la maison des aidants Denise BELOT. C'est un lieu ressource qui peut accompagner les familles pour trouver des solutions. Nous voyons bien que le côté administratif, par exemple pour faire une demande pour entrer en EHPAD, est complexe. On ne peut plus le faire en remplissant simplement un dossier. Tout est informatisé. Nous éloignons un peu les portes d'entrée.

Maintenant, nous allons laisser la parole à Elias et Jalil, pour nous parler de l'Observatoire sur les discriminations et les territoires interculturels.

Rompre l'isolement et promouvoir la participation sociale des personnes âgées d'origine étrangère

Elias BOUANANI, responsable juridique et
Jalil LEMSEFFER, responsable du pôle santé migrants,
Observatoire sur les Discriminations et les Territoires Interculturels (ODTI)

« Elias BOUANANI, responsable juridique, ODTI

Bonjour à toutes et à tous. Je suis Elias BOUANANI. Je suis responsable juridique au sein d'une association grenobloise qui s'appelle l'ODTI, anciennement Office Dauphinois pour les Travailleurs Immigrés. Nous avons conservé le sigle, mais le déroulé est aujourd'hui différent.

Nous gérons une résidence sociale. Nous allons y revenir. Elle concerne des « personnes âgées immigrées ». Je devrai utiliser cette formule et je n'utiliserai certainement pas, à dessein, le terme « chibani », puisque nous gérons une résidence sociale anciennement foyer de travailleurs migrants. Les immigrés vieillissent aussi. Pour vous présenter très rapidement le portrait type de ce qu'est le public immigré vivant dans une résidence sociale: il s'agit d'un public exclusivement masculin, installé en France au cours des 30 Glorieuses, d'origine maghrébine, marié et ayant des enfants restés au pays, effectuant fréquemment la navette avec le pays d'origine, vivant en foyer de travailleurs migrants devenu aujourd'hui une résidence sociale. Ceux qui vivaient dans les foyers de travailleurs migrants connaissent aujourd'hui un nouvel habitat, qui s'appelle la résidence sociale. Ils maîtrisent peu ou pas du tout la langue française, ils sont vulnérables sur le plan de la santé. Enfin, ils disposent de ressources précaires.

Ce portrait type que je viens de présenter a un peu évolué. Parce qu'aujourd'hui, au sein de la résidence sociale, nous avons des personnes âgées immigrées, bien qu'encore majoritairement maghrébines, mais aussi des Français, des subsahariens, des Européens, des Asiatiques. À l'image donc de ce qu'est finalement Grenoble, cette ville monde, la résidence sociale en est tout à fait l'archétype. Ce sont aujourd'hui aussi plus de femmes, à peu près 6 % de notre public. Ce sont des personnes âgées qui, vous le savez peut-être, ont porté en elles le mythe d'un retour définitif au pays. Qui dit mythe dit retour définitif non accompli. La plupart du temps, les allers-retours avec le pays d'origine restent incessants. 10 % des personnes

âgées qui vivent au sein de la résidence sociale que nous gérons sont sédentaires et n'ont plus aucun lien avec le pays d'origine. C'est assez conséquent. S'agissant de l'aller-retour, c'est un mode de vie majoritairement nomade, créateur de repères, mais aussi source de désordres physiques, psychologiques, économiques et socio-juridiques, notamment en ce qui concerne les contrôles administratifs auxquels peuvent être confrontés les publics immigrés. Nous y reviendrons. En tout, il s'agit de 115 personnes âgées immigrées qui résident annuellement, de manière temporaire ou permanente, au sein de la résidence sociale de l'ODTI. 40 % des résidents sont des travailleurs et ne sont pas en âge de la retraite.

Il y a trois missions essentielles pour notre organisme: apporter une solution de logement et d'hébergement adapté à chaque situation individuelle, informer et soutenir les personnes dans leur accès au droit, prévenir les discriminations dans les domaines où elles se manifestent, dans le domaine de la protection sociale, dans le domaine de l'accès aux biens et aux services, face aux services publics, la barrière de la langue étant un symptôme, le logement et les droits politiques. Les droits politiques sont effectivement, aujourd'hui encore, une question posée s'agissant de ces personnes immigrées qui habitent la ville. Pour ce faire, nous mobilisons

Communauté - territoire

Composantes

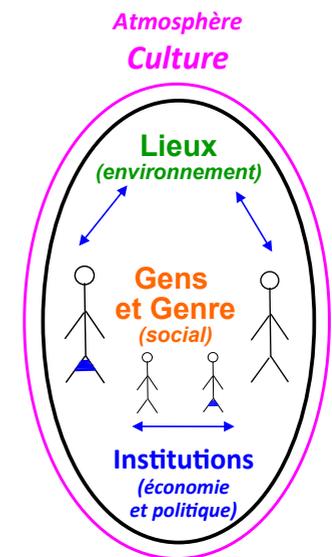
Des lieux
(environnement)

Des gens et du genre
(social)

Des institutions
(publiques et privées,
économiques et politiques)

Une atmosphère, une culture
résultantes de l'interaction
de ces composantes

Des composantes
en **équilibre dynamique instable**

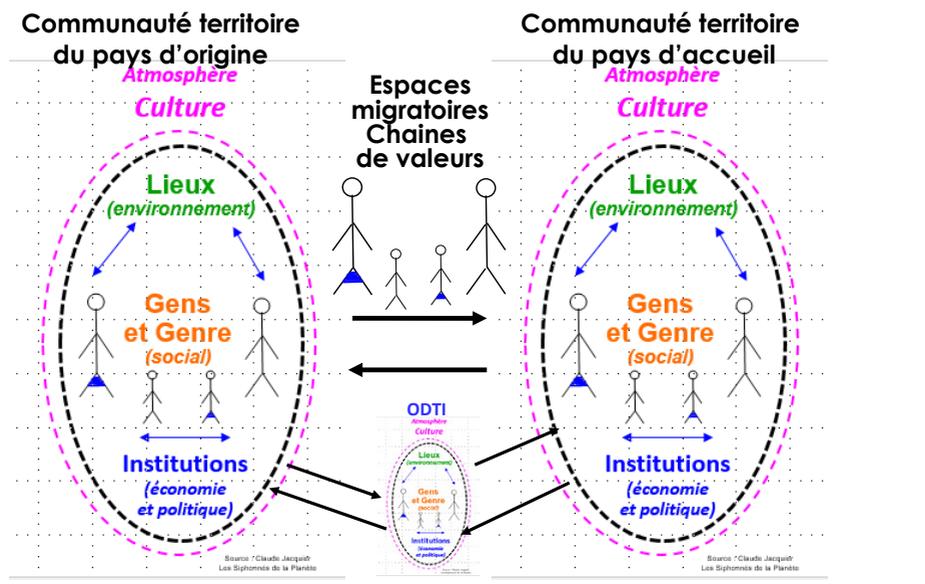
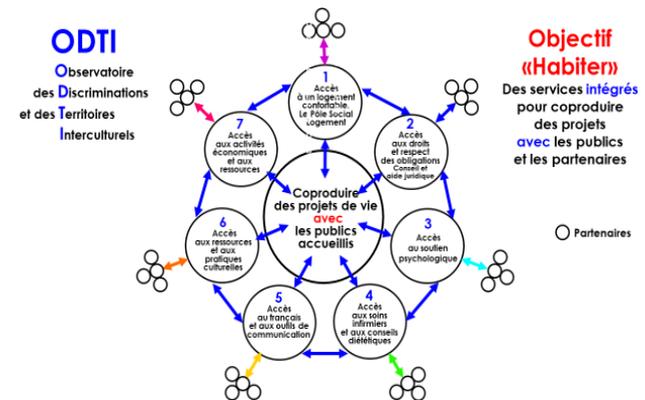


diverses compétences en un seul et même lieu pour faire face, vous l'avez dit, Monsieur BATAILLE, à la complexité. Nous sommes un lieu où se concentre la complexité face à laquelle il nous faut essayer d'inventer, d'innover. Il y a donc une complexité sociale, juridique, sur le plan de la santé, du point de vue de l'apprentissage de la langue. L'apprentissage de la langue, c'est à tout âge. Ces personnes âgées immigrées vont dans des ateliers sociolinguistiques et se socialisent dans ces endroits, a minima. C'est déjà beaucoup.

Nous sommes en réalité ce qu'on appelle une « communauté territoire ». Nous sommes insérés dans une communauté territoire avec différentes composantes, des lieux, des gens et du genre, des institutions et une atmosphère qui permet de faire travailler les uns avec les autres. Ce sont des composantes qui sont en réalité en équilibre dynamique et instable.

Il y a deux communautés territoires dans lesquelles vivent constamment ces immigrés qui sont dans l'aller-retour avec le pays d'origine. Il y en a une dans le pays d'origine et une autre communauté territoire dans le pays d'accueil. Ces communautés territoires interagissent en créant une chaîne de valeur dans ces espaces migratoires. L'ODTI, avec beaucoup d'associations, est un passeur entre des communautés territoires du pays d'origine et du pays d'accueil, à Grenoble.

Un modèle d'approche intégrée au service du projet individuel et communautaire visant l'autonomie de la personne



Un modèle d'approche intégrée a été créé pour innover et faire avancer les problèmes qui se posent aux personnes âgées immigrées, à ces aînés immigrés. Ce que vous voyez là [diapo 7], ce sont les différentes dimensions, les différentes approches autour de la personne âgée immigrée. L'aspect logement est donc essentiel puisque nous gérons une résidence sociale. L'accès au droit est important et fondamental pour le respect des obligations. Un soutien psychologique existe, un soutien infirmier, l'accès au français langue étrangère est aussi important. L'accès aux ressources,

aux pratiques culturelles est fondamental. Enfin, il y a l'accès aux activités économiques et aux ressources. Évidemment, l'objectif est d'habiter. Ces services que vous voyez sont des services intégrés visant à coproduire des projets avec les gens. L'objectif est que les personnes se prennent aussi en main, quel que soit leur âge. Tout ce projet-là est irrigué par des partenaires, évidemment, et la ville de Grenoble en est un, fondamental, historiquement et encore aujourd'hui.

ces publics ciblent désormais des séjours en fonction de leurs rendez-vous médicaux et d'autres contraintes liées aux aspects juridiques, mais aussi liées à la famille. La contrainte de la famille est importante. Mais c'est aussi pour des problèmes de fiscalité. La déclaration d'impôts est un moment important pour ces personnes, pour venir aujourd'hui passer un moment au sein de la résidence sociale. C'est enfin une résidence sociale soleil, pour 30 appartements.

Une offre de logement diversifiée et adaptée aux personnes

- La résidence sociale : 52 appartements
- La résidence hôtelière : 14 appartements pour des résidents dans la navette régulière avec le pays d'origine et Grenoble. Accueil d'une semaine à trois mois maximum par an. Dispositif qui concerne environ 80 personnes. En raison de leur âge, beaucoup de ces publics ciblent désormais leur séjour en fonction de leurs contraintes (santé, juridique, famille, fiscalité).
- La résidence sociale soleil : 30 appartements offrant une colocation

Un pôle juridique ressources, acteur de l'égalité des droits en faveur des PAI

- Un centre de ressources pour l'apprentissage et le perfectionnement du français et langues étrangères.
- Des consultations juridiques individualisées prenant en compte en interne et en externe les besoins d'accès au droits des PAI provenant de l'ensemble du département, notamment en cas de contrôles administratifs des organismes sociaux
- Des actions juridictionnelles collectives en faveur de l'égalité des droits et devoirs et contre les discriminations, souvent institutionnelles (10 décisions de justice).

Exemple : la condamnation de la DGFIP de l'Isère par le TA de Grenoble pour refus de délivrance d'avis d'imposition à des PAI vivant au sein d'une résidence sociale Adoma à Echirolles : une trentaine d'annulation pour excès de pouvoir de l'administration.

C'est une offre de logements diversifiée, chez nous, pour les personnes âgées : une résidence sociale avec 52 appartements et une résidence hôtelière. C'est une innovation qui est née de la transformation du foyer de travailleurs migrants en résidence sociale. Il y a ainsi 14 appartements qui permettent à des gens de venir en France pour un maximum de trois mois par an. Ils ne résident plus de manière effective et permanente au-delà de six mois. Ils viennent en France pour un délai maximum de trois mois. Ce dispositif concerne 80 personnes. En raison de leur âge, beaucoup de

Qu'est-ce qu'un «pôle juridique ressource»? C'est faire en sorte que les personnes accèdent à leurs droits. C'est une dimension fondamentale pour des personnes qui ont des difficultés de langue, d'accès à la langue. C'est très important d'avoir des lieux ressources qui leur permettent d'avancer dans l'accès à leurs droits. Nous avons donc un centre d'apprentissage du français, de perfectionnement de la langue, au sein du pôle juridique ressource. Nous avons également des consultations juridiques spécialisées et individualisées, en interne et en externe, pour des per-

sonnes qui proviennent de l'ensemble du territoire départemental. Nous menons des actions juridiques collectives en faveur de l'égalité des droits, contre toutes les formes de discrimination, qui sont souvent institutionnelles, malheureusement. Nous avons 10 décisions de justice en ce sens. Un exemple : dans la résidence sociale d'Échirolles, dans l'agglomération grenobloise, on refusait aux personnes âgées immigrées de leur délivrer les avis d'impôt. Parce qu'on considérait que ces gens qui vivaient dans une résidence sociale n'étaient pas domiciliés en France. C'était véritablement une discrimination fondée sur le lieu d'habitation, mais aussi sur l'origine. Disons-le clairement. Il y a donc une trentaine d'annulations pour excès de pouvoir qui a été rendue possible grâce aussi à l'implication de ces gens. Ils se sont pris en main. Ils ont apporté leur dossier. Ils ont attendu que le temps de la justice se fasse. Ce qui est considérable. Cela a été une lutte importante, sur trois ans, mais cela a abouti à une condamnation de l'administration. C'est très important.

Évidemment, c'est un projet social associatif qui, malheureusement, est constamment menacé. Il est menacé parce que nous sommes en délégation de service public, de fait et de droit, financés de plus en plus par des ressources marchandes et non plus aidés par des subventions de la

part de nos partenaires publics. La ville de Grenoble reste un partenaire fort et est constant, je tiens à le préciser. Mais pour d'autres, c'est plus difficile. 85 % des ressources en 2004 étaient des dotations publiques. Aujourd'hui, cela ne représente plus que 45 %. Nous avons des besoins de financement criants pour notre projet, des ressources en baisse. Nous avons une baisse des subventions pour la plupart des activités, une activité militante fragile sur laquelle reposent des services d'intérêt collectif. Nous pouvons le constater aussi.

Nous vous avons parlé du système hôtelier, de l'équipement hôtelier. Aujourd'hui, les gens qui venaient faire des séjours de trois mois vieillissent et connaissent des problèmes de santé. Ils ont donc tendance à vouloir se maintenir en France. Cela remet donc en cause la pérennité de notre équipement hôtelier. Il nous faut réinventer.

Certaines institutions ne semblent pas prendre la mesure des besoins de financement, nous l'avons dit. Enfin, nous avons des préoccupations sécuritaires qui sont fortes. Je laisse la parole à mon collègue, qui va compléter très rapidement ce qui peut être dit.

[Applaudissements]

« Jalil LEMSEFFER,

responsable du pôle santé migrants, ODTI

Je prends le relais. J'espère que vous avez encore un peu d'énergie pour écouter ce que je fais, en tant que psychologue à l'ODTI, en lien avec notre infirmière. Je suis responsable du pôle santé. Je m'occupe de la santé physique et psychologique de 200 personnes, en lien avec l'infirmière. Cela demande effectivement une vigilance sanitaire pour ces personnes qui sont dans un aller-retour entre le pays et Grenoble. Nous pouvons les appeler « chibanis ». Littéralement, cela veut dire hommes aux cheveux blancs, juste pour votre information. En tout cas, par rapport à ce va-et-vient, leur état de santé est relativement délabré parce qu'ils ont un passé professionnel pesant. La DGS a constaté, dès 2002, qu'ils ont une santé physique et psychologique moins bonne.

J'avais préparé un texte, encore long, mais je vais laisser le temps aux questions, s'il y en a.

[Applaudissements]

Un projet social constamment menacé

- Une délégation de service public de fait et de droit financée de plus en plus par des ressources marchandes (montant des dotations publiques : 85% des ressources en 2004, 45% en 2018)
- Des besoins de financement criants pour notre projet: des ressources en baisse (↘ des subventions) pour la plupart des activités
- ↗ des charges liées à l'adaptation des équipements au vieillissement des PAI, à l'envolée des prix de l'énergie et des fluides
- Une activité associative militante fragile sur quoi reposent nos services d'intérêt collectif (service juridique, apprentissage du français, pôle santé migrant)
- Un équipement hôtelier mis à mal par l'état de santé préoccupant des usagers, contraints de se maintenir en France
- Certaines institutions ne semblent pas prendre la pleine mesure des besoins de financement de nos missions d'intérêt général
- Des préoccupations sécuritaires fortes liées aux trafics de drogue au sein du quartier Alma Très-Cloîtres

Le PSM, Pôle Santé Migrants à l'ODTI se décline avec :

- **L'inscription de l'infirmière dans la médiation paramédicale et**
- **Le soutien psychologique interculturel.**

Depuis plusieurs années, le rôle et la place de l'infirmière du Pôle Santé Migrants sont renforcés pour :

- Les bilans de santé des résidents âgés,
- avec la prévention et l'éducation à la santé,
- avec la permanence sanitaire intra et extra muros de la résidence ODTI;
- et la médiation paramédicale vers les dispositifs gérontologiques de droit commun (aide à domicile, recherche de foyers logements profilés à ce public, ...)

1 - Éléments de contexte :

Autour de l'hébergement, le **PSM Pôle Santé Migrants** s'inscrit dans la prise en charge et le soutien à la santé physique et psychologique des 200 personnes intra et extra muros de la résidence, y compris la cinquantaine de colocataires des appartements extérieurs.

Au niveau sanitaire, nous cherchons des réponses adaptées à notre public alors que le droit commun y répond partiellement ou imparfaitement.

Leur santé physique et morale est un capital à entretenir et à conserver. La dignité des personnes étrangères, jeunes et moins jeunes repose aussi, sur leur état sanitaire et holistique. (cf. recommandations de l'OMS).

Cette vigilance sanitaire concerne, les hôteliers, dans le va et vient entre le pays et Grenoble, les dénommés « chibanis » hommes aux cheveux blancs, les hommes du CHRS, et les familles de la résidence.

L'infirmière est soutenue par le psychologue. Elle lui parle des résidents, de leur état de santé, de leur évolution et des soins en cours. La « bonne santé » de personnes hébergées est épaulée avec les bénévoles médicaux et paramédicaux de l'association.

2 - Caractéristiques socio-démographiques du public touché :

Ces hommes immigrés âgés, très âgés, à demeure ou dans le va-et-vient avec le pays, ont un état corporel plus délabré que la moyenne des autres catégories de retraités de France, à passé professionnel équivalent*.

Nous avons retenu un échantillon représentatif des hôteliers sur une année où nous constatons que les $\frac{3}{4}$ sont âgés entre 70 et 79 ans. Nous savons que leur poly-pathologie ne va pas s'arranger dans les années futures. 80% nécessite un accompagnement physique, psychologique, relationnel, médical, paramédical et technique. De plus, l'environnement familial ou amical est loin d'être présent quand l'état de santé va décompenser. Cette absence de soutien est valable aussi bien en France que de l'autre côté de la Méditerranée.

Le Pôle Santé prospecte des lieux où certains migrants âgés pourraient trouver un hébergement à long terme. Les espaces proposés par le droit commun pour les personnes du 3^{ème} et du 4^{ème} âge ne correspondent pas, ou très peu, à nos publics*.

Les femmes âgées sont faiblement représentées dans la trajectoire résidentielle à l'ODTI. Leur proportion va augmenter dans les prochaines années et demanderait une autre prise en charge. Des études de terrain à Grenoble et ailleurs confirment qu'elles sont en majorité dans l'habitat diffus, qu'elles sont de moins en moins entourées par leur parentèle et que leur état de santé physique et psychologique laisse beaucoup à désirer... C'est une cible potentielle pour les actions futures de l'ODTI et d'autres institutions de droit commun.

3 - Dimension paramédicale :

L'infirmière s'adapte à une demande formulée ou non des résidents âgés. En s'occupant de l'accueil, du soin, du conseil et du respect des indications thérapeutiques, elle assure aussi le suivi des résidents à leurs rendez vous médicaux, à l'hôpital, aux examens complémentaires, des traitements spécifiques, prise en charge ambulatoire ou post hospitalière.

Elle veille à l'hygiène individuelle de certains résidents qui peuvent se laisser aller à un début de dépression non exprimée, à des plaintes, à des pleurs, à de la tristesse, à de la sidération ou à un état aboulique... L'infirmière reste donc vigilante sur leur état corporel, physique et psychique.

* Rapport sur les immigrés vieillissants, IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales de Mme FBAS-THERON et Mr. M. MICHEL, DGS Direction Générale à la Santé, Documentation Française 2002

* L'ODTI a été auditionnée à l'Assemblée Nationale, dans sa contribution à la mission d'information sur les immigrés âgés en Juillet 2013. L'ODTI est citée au chapitre de la recommandation 37 du rapport.

Au quotidien, elle s'occupe des hommes âgés ou atteints d'une poly-pathologie. Elle a le souci de l'observance médicamenteuse (préparation pilulier, ...), en lien avec les professionnels médicaux et paramédicaux du quartier, intervenant entre 18h et le lendemain matin 9h.

Une diététicienne intervient depuis un an, à un rythme mensuel. Elle s'occupe in situ de comment les résident.e.s se nourrissent et donne des conseils en hygiène alimentaire. Avec l'infirmière, elle parle de l'équilibre alimentaire, de la prise régulière des repas, du contrôle glycémique des patients diabétiques...

4 - Place intégrée du Pôle Santé :

Récemment, nous proposons de l'APA (Activité Physique Adaptée) avec l'association «Prescribouge» pour mobiliser le corps: la marche active, le mouvement donnent au résident à découvrir ou redécouvrir la dynamique du corps.

La coordination avec les autres services de l'ODTI débouche sur la «**veille sanitaire**». La majorité des patients âgés sont discrets, inaudibles, isolés ou «invisibles», et/ou non demandeurs. Cette veille s'inquiète de leur état de santé fragile et de leur suivi au quotidien. Pour cela, nous avons un tableau où chacun des salariés note s'il a rencontré la personne identifiée afin de se donner des nouvelles. En fin de semaine, si la personne n'a pas été vue, nous effectuons une visite à domicile.

Grâce à la «veille sanitaire», nous informons aussi la famille au pays pour un résident âgé, en mauvaise posture physique et/ou psychologique. Pour cela, nous mettons à jour les coordonnées, d'un ami, d'un parent, de la famille, au pays ou en France.

Par ailleurs, l'infirmière s'inscrivant dans «l'approche intégrée», interpelle le service juridique de l'ODTI afin d'orienter un patient pour une régularisation de séjour, par exemple. Nos juristes spécialisés sur le «droit des étrangers» prennent contact avec les organismes ad hoc afin de faire valoir les droits à la retraite*, ou l'ASPA, ou bien les services de droit commun pour ouvrir ou prolonger certains droits sociaux. Si besoin, l'infirmière alerte les services extérieurs compétents pour une mutuelle complémentaire, ... et autres services relevant de la gérontologie (par exemple, la mise en place de l'APA,...)

* «Guide du retraité étranger», 2002, 2012 et 2013 élaboré et réactualisé par le service juridique de l'ODTI. Il est à diffusion nationale, interactif et consultable sur le site de l'UNAFU, Union Nationale des Gestionnaires de Foyers et de Centres d'hébergement.

5 - Pôle Santé au cœur de la résidence :

L'espace «Infirmier» est au centre de la résidence Noredine Hadj Ammar. Situé dans le hall, il est ouvert 8 demi journées par semaine, sans rendez vous.

«• Kheira CAPDEPON,

3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Merci. Depuis ce matin, nous nous posons la question de savoir s'il existe un droit commun pour toute la population, pour réfléchir à des lieux où tout le monde peut se retrouver.

Je vais laisser la parole à Bernard ENNUYER. Bernard, est-il possible de revenir sur les représentations de l'âge, s'il te plaît ?

L'implication des aînés dans la Cité

« Bernard ENNUYER,

sociologue enseignant-chercheur, Université Paris Descartes

Merci beaucoup. Je suis toujours extrêmement content de revenir à Grenoble parce que d'abord, j'y ai fait mes études d'ingénieur, il y a 50 ans. Ensuite, j'ai découvert Michel PHILIBERT, Robert HUGONOT, Maurice BONNET, que nous n'avons pas cité, mais que je tiens à citer, et puis Michel FROSSARD, qui était un grand ami. Il est mort prématurément. Il était professeur d'économie à Sciences éco et à l'École de santé publique.

Comme le disait Christine, nous avons été sur les fonts baptismaux, non pas d'ailleurs de la gérontologie. Moi, je n'aime pas le terme de gérontologie ni celui de gériatrie. Nous étions sur les fonts baptismaux d'une réflexion en profondeur sur ce que disait Michel PHILIBERT, la vieillesse, le vieillissement. Je me souviens que Michel PHILIBERT a fait sa thèse complémentaire, qui s'appelle « L'échelle des âges », avec RICCEUR. C'est ce qu'il appelait « l'herméneutique ». Il disait que jusqu'à la fin de sa vie, on peut réinterpréter sa vie, jusqu'au dernier moment.

Hier, j'étais à Rouen. Je faisais une conférence sur la vieillesse. On m'a dit « Monsieur, vous n'avez jamais parlé de la mort. » Moi, dans le labo où je suis, à Descartes, avec des médecins de soins palliatifs, nous ne parlons jamais de la mort, nous parlons de la fin de vie. Car tant que les gens ne sont pas morts, ils sont en vie. Nous travaillons donc beaucoup sur la fin de vie. Michel PHILIBERT nous racontait cela. C'est ce que dit SCHOPENHAUER : jusqu'au dernier moment, tu peux réinterpréter ta vie dans le sens que tu souhaites. Dans ce sens-là, même les très vieux sont toujours en vie. Il faudrait peut-être y penser davantage.

Dès que je sors du train, je regarde les montagnes, parce qu'effectivement, il y a la neige à Belledonne, la neige sur le Vercors. C'est Grenoble. Puis je n'oublie pas que Grenoble, et cela a été dit plusieurs fois, est une terre d'innovation. DUBEDOUT a été un grand maire, vous le savez mieux que moi. Grenoble, j'adore.

Merci beaucoup à Kheira de m'avoir sollicité. Parce qu'effectivement, vous l'avez vu tout à l'heure, je suis épouvantable. Mais j'ai des parrains prestigieux. André GIDE a dit « quand je cesserai de m'indigner, j'aurai commencé ma vieillesse ». Je trouve cela génial. Cela me va comme un gant. Moi, je m'indigne à tout propos et hors de propos. Et vous savez que plus on devient vieux, comme disait Jacques BRELL, plus on devient con. Et BRASSENS disait que l'âge ne fait rien à l'affaire, quand on est con, on est con.

Puis sur ces questions d'âge, je suis actuellement en train de faire un livre sur lequel j'ai beaucoup de mal à travailler, sur l'histoire des politiques vieillesse depuis qu'il y a des vieux, c'est-à-dire depuis l'Antiquité. Il y a toujours eu des politiques vieillesse, même si jusqu'à la Révolution, cela a été l'église. C'était les Hôtels-Dieu, les maisons Dieu, les paroisses. Ce que je lis, puisque nous sommes sur les politiques sociales, et je pense ici aussi à Bruno JOBERT à l'IEP très célèbre de Grenoble, si vous lisez la construction des politiques publiques, vous verrez qu'elles se construisent par les politiques, sur les représentations sociales qu'ils se font d'un problème, et non pas sur la réalité. Vous lirez cela partout. C'est ce que JOBERT et MULLER appellent « le référentiel ». Quand nous regardons bien, à travers l'histoire, et j'ai lu tous les historiens qui me sont tombés sous la main, le référentiel sur la vieillesse en France n'est que déficitaire. Regardez ce que Élise FELLER appelle « la phobie démographique ». J'ai regardé encore hier le « Portrait social 2018 », qui vient de sortir. Il y avait 2 millions de personnes de 60 ans en 1870 et d'un seul coup, on prend des projections sur 2070 pour dire qu'il y en aura 21 millions. Cela veut dire que dans l'image, on prend 200 ans pour montrer qu'on est passé de 1 à 10. Et si vous regardez cette loi ASV, que j'ai démolie, elle n'a jamais défini le vieillissement, jamais défini la vieillesse. On vous dit abruptement qu'on est vieux à 60 ans. D'un seul coup, il y a 17 millions de personnes qui passent à la trappe, et j'en fais partie, parce que nous sommes tous des vieux cons. Ce n'est pas possible. Comme dit BOURDIEU, l'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable. C'est ce que j'ai dit tout à l'heure très violemment. Mais quand c'est BOURDIEU qui le dit, cela passe beaucoup mieux que quand c'est Bernard ENNUYER. Nous sommes d'accord.

Nous avons rencontré Pierre LAROQUE, premier directeur de la Sécurité sociale. En 1962, il écrit son rapport qui s'appelle « Politique de la vieillesse ». Quand nous discutons avec lui dans un séminaire à Grenoble, organisé par Michel PHILIBERT, il nous dit, dans les années 90, que si c'était à refaire, il ne le ferait plus. Pierre LAROQUE s'est toujours insurgé, et Christine en sait quelque chose, contre une administration chargée de la vieillesse. Lisez son rapport. Quand, malheureusement, la gauche, en 1981, fait une faute énorme en créant un secrétariat d'État chargé des personnes âgées... nous vivons sous cette charge-là. Pierre LAROQUE nous dit « je n'aurais pas dû faire une politique vieillesse, j'aurais dû faire une politique courageuse de correction des inégalités sociales ». Car que récupérons-nous dans le grand âge sinon les parcours de vie ? Qu'est-ce que masque l'âge ? L'âge masque des différences de genre. Les femmes vivent six ans de plus que les hommes. Les 5 % des personnes en France

les plus riches vivent 13 ans de plus que les pauvres. Les cadres supérieurs vivent 10 ans de plus en bonne santé que les ouvriers spécialisés. Ce que l'âge masque, ce sont des différences de genre, des différences de classe sociale, des différences de territoire, des différences de génération, des différences de philosophie. Voilà pourquoi je m'insurge contre l'âge.

Car comme vous avez dit « les personnes âgées », l'âge n'est pas capable de rendre compte du parcours des gens, de leur densité de vie et de leur savoir. C'est ce que Michel FOUCAULT appelle des « savoirs assujettis », car si les psychiatres, les gériatres, les psychologues ont des savoirs sur les gens, les gens ont des savoirs sur eux parce qu'ils vivent leur vie depuis 85 ans, 90 ans, 95 ans. Est-ce que nous pouvons entendre ce qu'ils ont à nous dire, comme dit mon copain Olivier SAINT-JEAN, même quand ils sont supposés déments? Moi, ma démence est avérée. Elle est bien connue. Peut-être qu'il y aura un jour une démence ENNUYER, OK. Parce qu'ENNUYER, quand il ne gueule pas, on sait qu'il n'est pas en bonne santé. Et mes copains médecins s'inquiètent en disant « Bernard, tu n'as rien dit, est-ce que tu vas bien? ». Cela en dit déjà pas mal.

Aussi, nous avons fait des politiques vieillesse sur des représentations déficitaires. Or, aujourd'hui, si vous prenez les chiffres de santé publique, sur les 17 millions de gens, il y en a 8 à 10 % qui ont des difficultés importantes de vie quotidienne. J'ai banni de mon jargon tous les mots de dépendance, de perte d'autonomie, etc. Je l'ai entendu tout à l'heure. Pouvons-nous arrêter de dire des gens qu'ils sont des cas? Je sais que nous avons une formation, et j'y intervins quelquefois, de gestionnaire de cas. On ne gère pas les gens et les gens ne sont pas des cas. Ce sont des personnes et on ne les gère pas, on les accompagne. Bon Dieu, est-ce qu'on peut faire attention au vocabulaire?

Je suis désolé, mais on enferme les gens. C'est Marc AUGER qui dit cela. C'est un ethnologue, un anthropologue. Lisez ce bouquin, « Une ethnologie de soi, un temps sans âge ». Il a 80 ans. Il dit que la vieillesse n'existe pas et qu'il suffit d'y arriver pour s'en rendre compte. C'est génial. Il dit qu'on nous enferme trop souvent par la gentillesse et par l'affection, et par ce que j'appelle une sollicitude étouffante. « Je vais faire à ta place. » Ma deuxième fille est déjà là-dedans, je suis à bonne école. Ma deuxième fille a 40 ans. Elle me dit « Papa, tu te fatigues beaucoup trop. Pourquoi tu conduis la nuit? » Et merde! Va-t-on nous laisser vivre avec nos difficultés, avec nos incompétences, avec nos incapacités? Comme dit une philosophe que j'aime bien, Agata ZIELINSKI, la seule chose qu'on puisse partager entre êtres humains, c'est nos incapacités et notre vulnérabilité. Quand même, quand j'entends les gens dire « s'occuper des

autres », ils sont dans une position de domination. Je suis désolé. Je suis dans une fac de médecins. Je leur dis que, quand ils ont des gens en face d'eux, et qu'ils le veulent ou pas, ils sont dans une position de domination. Comme nous le disions tout à l'heure avec Alain, mon copain de toujours, le malade dit au médecin « Est-ce que je suis un bon malade? Est-ce que vous trouvez que je vais bien? Je prends mes médicaments pour vous faire plaisir. » Je trouve cela génial.

Vous savez qu'aujourd'hui, une hospitalisation sur cinq de gens de plus de... - je veux bien qu'on dise « personnes âgées », à condition qu'on me donne un âge, de plus de 75 ans, plus de 80 ans, cela donne une indication - une hospitalisation sur cinq de gens de plus de 75 ans est liée à une iatrogénie. Allez regarder dans les hôpitaux. Les gens des EHPAD consomment en moyenne 10 médicaments. Les gériatres que je fréquente, et j'en fréquente quelques-uns, me disent « Bernard, au bout de cinq médicaments, c'est foutu, c'est le bordel ». Est-ce que nous pouvons donc revenir sur cette image?

Ce que j'ai dit tout à l'heure en aboyant, parce que je ne sais pas faire autre chose qu'aboyer, c'est que quand on a donné l'âge des gens, on n'a rien dit de nous. Si je vous dis que j'ai 74 ans dans 10 jours, ce qui est vrai, en dehors du fait que vous saurez que je suis Capricorne et qu'il paraît que je suis un Capricorne épouvantable... - heureusement, j'ai un ascendant qui corrige, parce que je suis Sagittaire. Parce que les capricornes, c'est vraiment épouvantable. OK, je vous donne un bon exemple. L'autre jour, à des psychiatres avec qui je travaillais, j'ai dit que quand on voit une personne, dès qu'on lui donne un âge, on voit la personne, non pas telle qu'elle est, mais à travers la représentation que nous en donne la société. Que nous le voulions ou pas, nous sommes tous perméables aux représentations que nous donne la société. Ce matin, je voulais dire au médecin qu'à huit heures du matin, je prends souvent le métro. Il y a des vieux. Et j'en fais partie aussi, éventuellement. Quand je vois quelqu'un qui n'avance pas vite, je me dis « putain, il fait chier, c'est un vieux qu'est-ce qu'il fout dans le métro à cette heure-là? » Nous sommes tous d'accord. Nous faisons tous la même chose. Pouvons-nous donc mettre en commun qu'une fois que nous avons dit « personnes âgées », nous n'avons rien dit?

Maintenant, je n'oublie pas, et je dis, qu'à tout âge, il y a des gens, et nous en faisons partie, qui ont besoin qu'on prenne soin d'eux. Moi, je trouve que la France a tort de parler de personnes âgées dépendantes ou de personnes âgées en perte d'autonomie. Qu'est-ce que dit l'Europe? D'abord, nous sommes le seul pays d'Europe à maintenir une barrière d'âge à 60 ans. Malgré les promesses de Macron, puisque les 10 milliards

dont nous avons besoin sont partis aux gilets jaunes, nous ne les aurons pas pour faire un cinquième risque, hélas. Les autres pays d'Europe disent qu'il y a des gens qui ont besoin de long term care. Ils ont besoin qu'on prenne soin d'eux, non pas qu'on les gère. Ils ont besoin qu'on prenne soin d'eux sur la longue durée. Moi, dans le labo où je suis, j'ai des copains qui sont en soins palliatifs, non pas pour des gens de 90 ans, mais pour des gamins, à Necker, à Paris, qui ont trois ans, quatre ans, cinq ans, six ans. À tout âge, il y a des gens qui sont fragiles, qui sont vulnérables. Cela peut nous arriver demain. Je refuse donc une politique ciblée sur l'âge, mais je voudrais une politique qui soit ciblée sur les besoins de tout un chacun, qui risque d'en avoir besoin. Si vous avez cela en tête, vous pouvez continuer. Et chaque fois que vous direz « les personnes âgées »...

Je suis intéressé, parce que tout à l'heure, nous avons discuté avec l'organisatrice, qui n'était pas très contente de ce que j'avais dit. Je l'ai interprété ainsi. Le jeune gars qui était ici, quand il est sorti, est venu me voir. Moi, je ne sais pas faire autre chose que crier. Je le sais. En général d'ailleurs, c'est pour cela qu'on m'invite. Clément, qui est sorti, que j'avais un peu alpagué, m'a remercié en sortant. Il m'a dit « je vous remercie de me rappeler cela ». Il m'a dit qu'il avait lu beaucoup de choses que j'avais écrit et que j'avais raison, qu'il faut toujours se remettre en question. Quand on parle de personnes âgées, de quoi parle-t-on ? C'est tout ce que je vous dis. Cela vous échappe tous. Les gens me disent « les personnes âgées, tu vois bien », mais non. Si tu ne me précises pas de quoi tu parles, nous ne pouvons pas discuter. Et pour moi, nous avons tous un âge, nous sommes tous des personnes âgées.

En effet, qu'on dise que c'est un peu plus compliqué pour certains à 85 ans, quantitativement, peut-être, encore que. Entre 0 et 10 ans, vous avez 7% de gamins qui ont des maladies chroniques. À 85 ans, vous en avez 50%. Mais quand vous demandez aux gens leur santé perçue, les gens de 85 ans, globalement, se sentent en aussi bonne santé que les gens de 10 ans. Et nous savons que la santé perçue est tout à fait prédictive des recours au système de santé. Pouvons-nous donc sortir d'une pseudo objectivité pour demander aux gens comment ils se ressentent ? C'est tout ce que j'avais envie de vous dire. Merci beaucoup.

[Applaudissements]

☞ **Kheira CAPDEPON,**

3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Bernard, je voulais quand même te dire que parler des inégalités sociales n'exclut pas l'âge. C'est une salade, une mayonnaise et je pense que chacun, dans son parcours, va trouver une porte d'entrée. Cette porte d'entrée va faire en sorte de réfléchir, trouver des solutions. Le prendre soin est évidemment partout. C'est une étincelle qu'il faut avoir tout le temps en tête. Mais je pense que les inégalités sociales existent, elles sont très fortes, un peu partout. Mais cela n'exclut pas l'âge. Parce qu'à tout âge, on peut aussi avoir la cassure de la vie. Je pense que c'est important.

Maintenant, je pense qu'est venu le temps des questions de la salle. Puisque nous arrivons à un moment où vous pouvez poser des questions à nos intervenants. C'est à vous.

ÉCHANGES AVEC L'AUDITOIRE

« Une intervenante

Bonjour, Madame Christiane GACHET, je voulais réagir. Je suis assistante sociale. Je ne suis pas d'accord quand vous dites que les assistantes sociales ne prennent pas forcément en compte les aidants familiaux ou n'ont pas forcément une écoute, comme vous pouvez le percevoir.

« Christiane GACHET,

responsable régionale Association France Parkinson, représentante France Assos Santé, Union régionale Auvergne-Rhône Alpes

J'ai dit que cela s'était amélioré, depuis 10 ans.

« Une intervenante

Oui, cela fait 15 ans que je travaille en tant qu'assistante sociale auprès des personnes âgées. J'ai fait mon mémoire de diplôme d'État sur « Les aidants familiaux, pivot du maintien à domicile ». Je veux dire par là que ce n'est pas une généralité. Nous sommes là dans un contexte où nous devons prendre en compte la personne âgée, l'aidant familial. Les politiques et le dispositif APA ne permettent pas forcément d'avoir une reconnaissance globale de l'aidant familial. Nous prenons aussi en compte la solidarité familiale, tout un processus qui fait que ce n'est pas si simple. L'aidant familial, nous en avons tous bien conscience, en tout cas, je pense, pour ma profession, est essentiel. S'il n'était pas là, nous ne pourrions pas forcément maintenir les personnes à domicile.

« Christiane GACHET,

responsable régionale Association France Parkinson, représentante France Assos Santé, Union régionale Auvergne-Rhône Alpes

Vous avez tout à fait raison. D'abord, il y a des assistantes sociales excellentes et j'en connais. C'est vrai que sur certains territoires, c'est beaucoup plus compliqué. Je pense aussi à des personnes en difficulté, notamment les jeunes parkinsoniens, qui sont difficiles à accompagner. Ce n'est pas toujours perceptible parce qu'effectivement, ils sont jeunes.

Je vais donc revenir sur ce que disait Monsieur ENNUYER. Nous avons une image et effectivement, nous avons souvent des difficultés de prise en compte, pour ne pas parler de prise en charge, de personnes vulnérables qui ne sont pas dans les tranches d'âge habituelles. C'est vrai que j'avais peu de temps et que j'ai un peu globalisé. Mais je l'ai dit, le niveau, les compétences et le temps passé par les assistantes sociales ont évolué depuis une dizaine d'années, et cela fait 15 ans que je suis dans ce parcours sur une grande métropole et sur le département du Rhône, y compris dans les zones rurales, au nord et au sud, qui sont quand même plus défavorisées. Je reconnais qu'il y a vraiment une prise en charge bien meilleure qu'avant. Je suis ravie que vous ayez fait cette démarche très tôt. Ce n'était pas une critique. Je dis que parfois il n'y en a pas partout et qu'on a pas toujours le temps dans tous les domaines. Il y a eu un petit défaut de compétences et de compréhension dans certains territoires mais maintenant, vous êtes peut-être plus nombreuses et sûrement mieux formées.

« Une intervenante

Après, c'est la question de savoir là où nous voulons mettre des moyens. C'est comme tout. Quels choix faisons-nous et où mettons-nous des moyens? Dans le milieu rural, effectivement, il y a 10 ou 15 ans, il n'y avait pas de service d'aide à domicile. C'était aussi compliqué de faire un maintien à domicile sans le service à côté. Mais cela reste, en fait, une question de politique et de moyens.

« Christiane GACHET,

responsable régionale Association France Parkinson, représentante France Assos Santé, Union régionale Auvergne-Rhône Alpes

Nous sommes d'accord, vous avez raison.

« Un intervenant

C'est très difficile de passer après Bernard ENNUYER. Il y aurait des tas de choses à dire de cette session très intéressante. Je voudrais rebondir sur la présentation qui a été faite de la situation des immigrés vieillissants, qui était une présentation remarquable, à deux voix. Je voudrais dire que dans le même esprit qui anime cette table, l'accès au droit et le respect des droits fondamentaux s'appliquent à tous. Je voudrais rappeler qu'il y a huit

jours exactement, nous fêtons les 70 ans de la Déclaration universelle des droits de l'homme. C'est un événement important, notamment pour les personnes qui vieillissent. Vous savez que cette déclaration des droits de l'homme de 1948, nous lui avons ajouté quelques textes pour la mise en pratique : droits des enfants, droits des femmes, droits des migrants, droits des personnes handicapées. Mais pour le moment, nous nous sommes arrêtés là. Et malgré les combats qu'il y a aux Nations unies en ce moment pour faire respecter les droits des personnes âgées, nous n'avons pas encore la convention internationale qu'il nous faut. L'Europe est très récalcitrante là-dessus, France comprise. C'est pour moi incompréhensible. Mais je voulais simplement saisir l'occasion pour dire qu'il faut penser que pratiquement tout ce que nous avons vu aujourd'hui tourne aussi autour du respect des droits fondamentaux, non pas des vieux, parce qu'il n'y a pas de droits spéciaux pour les vieux, mais chez les personnes âgées.

«• Une intervenante

Bonjour, je voulais m'adresser aux résidents de l'EHPAD qui sont présents aujourd'hui. Comment participez-vous à l'organisation de l'EHPAD ? Comment est écoutée votre parole ? Qu'est-ce qui est mis en place ? Qu'est-ce que vous en pensez concrètement ? Qu'est-ce qui serait à améliorer selon vous ?

«• Roland ROCHET,

résident de l'EHPAD La Bailly

Je répondrai certainement succinctement à la demande. Mais en ce qui concerne notre parole de résidents par rapport à l'ensemble de l'organisation de la maison de retraite, je pense que notre parole est entendue, avec plus ou moins de bonheur bien sûr. Cela va de soi. Mais elle est quand même entendue.

«• Emmanuelle GUILLARD,

*IDEC, direction de l'établissement membre de l'AD-PA
(Association des Directeurs au service des Personnes Âgées)*

Il y a un Conseil de la vie sociale. Des résidents y sont représentés. Ils peuvent exprimer leurs envies, leurs choix. Il y a aussi une Commission menus. Du coup, j'anticipe, je vais voir les résidents, ce dont ils ont envie, pas envie, ce qui est bon, pas bon. Au niveau de l'animation, il y a des ani-

mations tous les jours, du lundi au vendredi, par le biais d'une association. Ce sont des intervenants extérieurs. Ils ont de la gym mémoire, de l'art thérapie, de la musicothérapie, surtout beaucoup de musique parce qu'actuellement, ils réclament beaucoup de musique d'accordéon. Le planning est fait en fonction. Il y a pas mal de résidents qui souhaitent aussi des sorties à l'extérieur, au restaurant. Ils disent où ils veulent aller, pour des sorties sur Annecy, à la Charbonnière l'autre fois. Là, ils veulent aller manger dans une pizzeria. Certains veulent aller au McDonald. Nous essayons de répondre à leurs envies, à leurs besoins. C'est vrai que ce n'est pas toujours facile parce que c'est la collectivité.

«• Henri GIRARD-CARRABIN,

résident de l'EHPAD La Bailly

La personne de l'animation, qui est là cinq jours, s'occupe également de faire les courses éventuellement. Les courses sont limitées à des fruits, des choses comme cela. Cela ne va pas très loin.

«• Kheira CAPDEPON,

*3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées
et à la Politique intergénérationnelle*

C'est vrai que dans les établissements de personnes âgées, que ce soit des EHPAD ou des résidences autonomie, il y a un Conseil de la vie sociale, qui est obligatoire deux fois dans l'année depuis la loi de 2002. Souvent, le président de ce Conseil de la vie sociale est un résident ou une résidente. Des familles y siègent aussi, des professionnels et des élus. L'ordre du jour est proposé par le président du CVS.

Y a-t-il une autre question ?

«• Frédérique MAROSELLI,

chargée de mission ESPT

Oui, pour chacune et chacun, quels sont vos liens avec la collectivité locale, les services qui sont proposés, mis en œuvre par la collectivité, à l'échelle de la commune ou de l'intercommunalité ?

« Un intervenant

Je ne voulais pas prendre la parole mais je vais la prendre parce que Bernard ENNUYER ne me semble pas grenoblois alors que je suis grenoblois. J'ai le même âge que lui alors je n'ai plus de souci. Je voudrais le remercier parce qu'il a cité Maurice BONNET, qui était directeur d'une caisse de retraite qui s'appelait la CIPRA. J'avais 24 ans quand je suis rentré comme administrateur à la CIPRA, parce que je pense qu'à l'époque, je voulais m'occuper de ma retraite.

J'ai connu HUGONOT, PHILIBERT, Denise BELOT, qui a été adjointe au Maire DUBEDOUT, qui a créé le CCAS de Grenoble. Il faut savoir que le CCAS de Grenoble est le deuxième de France, après Paris. Je pense que Grenoble a conservé ce rang et a beaucoup fait, excusez-moi du terme, pour les vieux. Parce qu'il fallait défendre les vieux et qu'à l'époque, les retraites complémentaires ont beaucoup fait. Même si aujourd'hui, nous critiquons 46 régimes. Mais 46 régimes, c'est parce que les représentants des syndicats, et avec le patronat local qui n'était pas tendre, ont créé les caisses de retraite. C'est pour cela qu'il y a 46 organismes aujourd'hui encore, parce qu'il y a un passé.

Je voulais simplement vous remercier. Je ne vous connaissais pas jusqu'à cet après-midi. Mais je voulais vous remercier parce que vous avez cité Maurice BONNET, parce que vous les avez cités, vous les avez connus. Bien sûr, Maurice BONNET a beaucoup fait sur le plan national, sur le plan local. Il s'est servi aussi de son rang de directeur d'une caisse de retraite pour aller à Paris, pour s'occuper des personnes âgées. Merci, Bernard.

[Applaudissements]

« Emmanuelle GUILLARD,

*IDEC, direction de l'établissement membre de l'AD-PA
(Association des Directeurs au service des Personnes Âgées)*

Sur la résidence de la Bailly, qui est un EHPAD, nous avons 41 résidents. Nous sommes de la fonction publique territoriale. Au-dessus de nous, il y a une directrice plus un président du conseil d'administration. Au 1er janvier 2019, nous partons à l'agglomération, Arlysère, sur Albertville, avec trois EHPAD : Ugine, Frontenex, la Bathie et la résidence autonomie Albertville. Ce sera de nouvelles découvertes.

« Philippe BATAILLE,

sociologue, directeur d'études à l'EHESS, association «Vieux chez soi»

Juste deux petites remarques. La première est sur la notion d'usagers de santé, que Madame PATRON a remise dans le paysage. Ma deuxième porte sur la question des droits, éventuellement des droits particuliers ou spécifiques ou catégoriels, à raison de l'âge ou de la notion critiquée de personnes âgées.

Concernant les usagers de santé, au fond, j'ai participé à cette notion, avec Étienne CANIARD, Claire COMPAGNON, etc., pour produire cette loi droits des malades en 2002. L'idée est la suivante, dire que les vieux ne sont pas des usagers de santé comme les autres puisqu'effectivement, la santé est plus ou moins menacée et que nous ne pouvons pas la rétablir. Sur cette notion de construction de la santé, il arrive un moment où il s'agit d'accompagner avec des savoirs, éventuellement de médecine, mais pas toujours. Nous l'avons entendu, il peut y avoir des dérives. Sur cette notion de la psychiatrie, par exemple, quand elle est accolée à la gériatrie, elle est très dangereuse dans ses pratiques, dans son exercice. Il y a des sas dont on ne ressort pas parce qu'on est passé dans la seringue psychiatrie, etc. Il s'agit donc de revisiter la notion d'usagers de santé à compter de santé qu'on ne saurait rétablir ou qu'on ne saurait reconquérir. Puisqu'effectivement, c'est d'autre chose dont nous parlons.

Ma deuxième remarque porte sur la notion de droits, qui a été relancée. Dans l'anniversaire des droits universels, des droits de l'Homme, s'il y a eu lieu de construire les droits de la Femme, les droits de l'Enfant, les droits du Migrant, c'est parce qu'au fond, ils étaient débarqués des droits universels ou des droits de «l'Homme» en tant que tels, et dans leur exercice. Il y a notamment le droit de vote des femmes qui a été bien tardif, en tout cas bien après les droits universels et les droits de l'homme. C'est la même chose pour les droits de l'Enfant. Ce n'est pas parce qu'il n'a pas le droit de vote ou cette notion de majorité qu'il n'est pas un citoyen à part entière et qu'il est devenu lui aussi, dans l'exercice par exemple de l'éducation, un acteur central. Maintenant, il le manifeste d'ailleurs avant la majorité s'il le faut. Nous l'avons encore vu cette semaine. Pour les vieux donc, c'est un peu la même chose. Il ne s'agit pas de construire un régime de droits spécifiques à raison de l'âge avancé mais de rappeler au droit commun les spécificités de l'âge qui font qu'on se fait débarquer de ses droits universels.

C'était juste une petite remarque pour dire que penser les droits à raison des plus vieux, des plus âgés, doit rappeler l'appartenance au droit commun. Ce qui ne va pas de soi.

☞ **Kheira CAPDEPON,**

3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Je voulais quand même penser à Claude WEERSE, qui a été sollicitée pour intervenir aujourd'hui. Je voulais que nous ayons une pensée pour elle parce qu'elle a perdu son mari. Pour ces raisons-là, elle n'a pu être parmi nous. Je sais qu'elle aurait beaucoup enrichi cette journée. Mais elle enrichit nos réflexions durant l'année puisque chaque fois que nous organisons quelque chose ici, à la ville de Grenoble, elle est présente. Je la remercie en tout cas. Je voulais le préciser.

☞ **Mohamedou TALL,**

président de l'association Villeneuve 3^{ème} âge

J'ai juste deux questions à poser. La première s'adresse au responsable juridique de l'ODTI. On parle aujourd'hui des droits de l'Homme et ce sont des droits universels. La France est la mère de ces droits justement. Je crois que COLUCHE disait que tous les hommes sont égaux, mais certains plus que d'autres. Pour les immigrés en question, les chibanis, sont-ils des Français à part entière? Ont-ils le droit de vote? Ils ont travaillé et vécu ici. Aussi, ont-ils d'autres droits, comme celui de vivre ici? Ont-ils l'égalité surtout?

Deuxièmement, je voulais poser une question à Monsieur ENNUYER, dont j'ai apprécié l'intervention rude, rugueuse et directe. Vous y allez franchement. La société dans laquelle nous vivons est normative et normalisée. Mais à partir du moment où nous sortons des sentiers battus, nous sortons de la norme. À partir du moment où nous sortons de la norme, pouvons-nous déjà faire avancer tous ces concepts de vieux, de vieillesse, de personnes âgées, de troisième âge, de troisième génération? À ce moment-là, pouvons-nous créer quelque chose qui serait encore accepté et acceptable par tout le monde? Je vous remercie.

☞ **Kheira CAPDEPON,**

3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Quand on a quitté son pays et qu'on a vécu 40 ans ou 50 ans, est-ce qu'on se demande encore si on est en chemin pour un autre pays? Qui souhaite répondre? Elias.

☞ **Elias BOUANANI,**

responsable juridique, ODTI

Nous avons parlé de la Déclaration universelle des droits de l'Homme. Nous devrions aussi citer la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, qui est un acte fondateur que nous avons affiché sur le fronton de notre bâtiment. Pour nous, c'est très important de favoriser l'égalité des droits à travers des principes de dignité. Effectivement, la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen est cet acte fondateur qui, pour nous, parle de dignité. En tout cas, c'est très important.

Ensuite, les publics que nous accompagnons sont des étrangers. Par principe, il n'y a donc pas d'égalité de droits politiques. Ce ne sont pas des personnes qui votent aujourd'hui, malgré le fait qu'il existait, jusqu'à peu, des volontés de changer fondamentalement ce principe. On a donné la possibilité, notamment dans certaines propositions de certains présidents de la République, et c'était François HOLLANDE à l'époque, d'un principe du droit de vote pour les étrangers aux élections locales. Pour le moment, en effet, cette initiative n'a pas été concrétisée. Nous ne pouvons que le regretter.

Je terminerai juste en disant que le principe d'égalité des droits, notamment face aux droits sociaux, existe. Mais il est soumis à certaines conditions, notamment des conditions de résidence en France. Le fait d'avoir un titre de séjour et de résider en France conditionne l'accès à un certain nombre de droits sociaux.

☞ **Jalil LEMSEFFER,**

responsable du pôle santé migrants, ODTI

Ce que je peux rajouter par rapport au soutien que nous pouvons apporter au public dont nous nous occupons dans une résidence, c'est que nous essayons de les choyer à tous points de vue. Moi-même, par ailleurs, en tant que psychologue, je peux être sollicité par des dames âgées, chez elles, quand leurs enfants ne sont plus là, parce qu'ils ont fait leur vie ailleurs. Après la demande, par exemple, du réseau des insuffisants cardiaques ou, dans les autres foyers de travailleurs migrants, de personnes qui vivent très mal leur solitude, leur isolement, le fait qu'elles aient la tête au pays et le corps ici, ou vice versa, j'essaie un peu d'atténuer cette nostalgie en les soutenant plutôt individuellement.

«• **Bernard ENNUYER,**

sociologue enseignant-chercheur, Université Paris Descartes

Juste un mot, parce que votre question supposerait qu'on organise une deuxième journée. Je dois travailler très bientôt sur la société inclusive, qui a été abordée ce matin. C'est bien sûr devenu la tarte à la crème du moment. Je parle bien de société inclusive, pas d'inclusion. La société inclusive, c'est Charles GARDOU qui l'a définie. C'était un anthropologue de Lyon 2, sur la question du handicap. La société inclusive est une société où chacun trouverait sa place en fonction de ce qu'il est. Ce qui me paraît une bonne définition. La société d'inclusion, c'est un enfermement selon lui.

Ce qui me frappe beaucoup dans ce que vous dites, non pas comme sociologue, mais comme citoyen, c'est le déferlement des normes et des procédures, ce que certains philosophes appellent « la société algorithmique ». Je vous conseille deux lectures, cela a été dit ce matin, une sur le temps, de Hartmut ROSA, qui est un sociologue allemand, qui a écrit il y a quelques années un bouquin qui s'appelle « Accélération et aliénation ». Plus on va vite, plus on est aliéné. Le deuxième, c'est Éric SADIN. C'est un philosophe qui se produit beaucoup actuellement. Il dit que nous sommes en train de nous ravalier à un rôle de robot parmi d'autres robots. Dans mon laboratoire d'éthique, nous réfléchissons beaucoup à ces questions d'inféodation au numérique, à la robotique et à l'intelligence artificielle. C'est sans doute une des questions principales qui se posent actuellement à nos sociétés. Mais cela supposerait une deuxième journée, Kheira.

«• **Kheira CAPDEPON,**

3^e adjointe au Maire de Grenoble déléguée aux Personnes âgées et à la Politique intergénérationnelle

Je ne suis pas sourde à ce que je viens d'entendre. Merci à vous tous. J'espère que vous avez été heureux d'être parmi nous. J'espère que nous repartons avec beaucoup d'énergie, beaucoup de questions, beaucoup de propositions et que toute cette journée va faire son chemin un peu partout.

Nous allons donner la parole à Mathieu ANGOTTI, qui est le Directeur général des services au niveau du CCAS et aussi Directeur général à la ville de Grenoble. Puisque la ville de Grenoble fait des maillages avec le CCAS.

CLÔTURE

«• Mathieu ANGOTTI,

*Directeur Général des Services du CCAS de Grenoble
et DGA Ville de Grenoble*

Merci. Bonjour à toutes et tous. Je dis un mot et Laurent dira un mot de conclusion.

J'ai une casquette de gestionnaire finalement, aujourd'hui. C'est-à-dire que je suis dans l'administration d'une ville et d'un centre communal d'action sociale qui a, comme toute ville, un spectre d'activité relativement large, des compétences diverses et variées, depuis la santé juste qu'aux questions de gestion d'EHPAD et de résidences autonomie, de services de soins à domicile, etc.

Cela m'intéressait juste de dire un mot en rebond sur la question qui vous a préoccupés avant, celle de la place des citoyennes et des citoyens dans ce qui relève du service public, donc de leurs services. Vous avez beaucoup discuté aujourd'hui de participation des aînés, de participation des citoyens. Nous sommes dans un contexte général, qui a été rappelé à de nombreuses reprises, qui est un peu tarte à la crème. Effectivement, nous en parlons. Pour avoir longtemps travaillé avec Laurent EL GHOUZI dans le monde associatif, c'est un univers où nous parlons beaucoup de participation. Cela vaut pour les instances gouvernementales, pour les collectivités. Nous savons le sens que cela a en termes d'efficacité, pour faire de meilleures politiques et de meilleurs EHPAD, de meilleurs dispositifs, de meilleurs établissements, de meilleurs services et en termes de production de cohésion sociale. Puisque rassembler les citoyennes et les citoyens autour de projets, c'est en général plus efficace pour la cohésion que de les rassembler autour de ronds-points.

Ensuite, ce que je voudrais dire, c'est que ce qui est intéressant pour nous, en tant que petit rouage administratif, c'est finalement la question du quotidien des équipes. Au-delà de ces intentions, des discours, il s'agit en effet de voir comment cela se traduit dans le quotidien de chaque équipe, dans le quotidien de chaque salarié, de chaque agent. Il ne faut pas que ce soit des petites piqûres de rappel, de temps en temps, ou des réunions une fois par mois pour se dire qu'on va le faire. Il faut cette culture de la place des usagers, des usagères, des résidentes, des résidents, des citoyennes et des citoyens, soit dans la matérialité de leur quotidien et de leur profession. Cela suppose des changements de posture, de façon de travailler. Ces changements de posture ne concernent pas que les aides-soignants ou les infirmiers. Cela me concerne aussi, en fait, par exemple. C'est-à-dire que si je ne me dis pas à un instant qu'il faudrait peut-être arrêter de penser que c'est moi qui ai les bonnes idées et que

je vais les donner en mode pyramidal à toute la hiérarchie, du CCAS en l'occurrence, ou d'autres organisations, sans me dire que ce sont les agents qui sont au contact des personnes âgées qui vont avoir les bonnes idées pour les faire participer, je me plante. Le changement de posture est donc évidemment aussi dans l'encadrement, dans ce qu'on appelle aujourd'hui le management. Les changements de posture sont au quotidien, pour tout le monde, y compris pour les cadres.

Cela suppose aussi des changements, et je vais vous dire un truc qui paraît très trivial, dans les plannings. Si vous ne changez pas les plannings, la manière de travailler des équipes, vous ne libérez jamais le temps de co-construction au quotidien, avec les personnes que vous recevez. Si vous ne libérez pas du temps dans les plannings, vous faites le tour des équipes dans les EHPAD ou ailleurs, et elles vont vous dire qu'elles n'ont pas le temps, qu'elles sont prises d'une urgence à une autre, qu'elles sautent d'une résidente à un résident, qu'elles vont d'un domicile à un autre. Il faut donc changer les plannings. Cela paraît très concret, mais en fait, c'est la réalité d'un travail sur la façon de faire avec les personnes.

Cela suppose aussi d'essayer de faire varier les profils. Peut-être que vous en avez parlé aujourd'hui. Nous avons toute une démarche, ici et ailleurs, sur la question du travail pair, sur la question d'intégrer des médiateurs pairs, des travailleurs pairs. Vous en avez parlé. Ce sont donc des choses très concrètes qui peuvent évoluer, des méthodes au quotidien qui changent. Encore une fois, cela change le tissu quotidien des agents et des personnes concernées.

Je voudrais dire que dans l'univers des politiques publiques, il y a maintenant des soutiens qui existent pour cela, des organisations qui sont là et qu'il suffit d'appeler. Je pense à la 27^e Région, je pense à Archipel. Pôle Emploi développe des laboratoires. Il y a un très beau laboratoire de Pôle Emploi à Lyon, qui travaille sur les changements de posture des agents et des salariés, pour travailler avec les personnes qu'ils reçoivent, pour créer aussi des filières où finalement, cette question s'intègre en amont des embauches et jusque dans les parcours de formation. Ces organismes existent, il suffit de les solliciter. Cela ne coûte même pas d'argent, quand on est une collectivité, pour aller les voir.

Ma conclusion est simplement de se dire que si on se met tous à essayer de modifier la culture au quotidien des professionnels, on va vraiment pouvoir avancer sur ces questions. Faire alliance là-dessus, le faire ensemble, cela me paraît une très belle perspective de travail.

[Applaudissements]

☞ **Laurent EL GHOZI,**
président d'Élus, santé publique & territoires

Merci, Mathieu. La bonne nouvelle, c'est que la vieillesse n'existe pas ! La bonne nouvelle également, c'est que la vie dure plus longtemps. Que la vieillesse n'existe pas, que ce ne soit qu'une représentation, c'est clair ! Pour moi, les vieux ont tous plus de 70 ans, bien sûr. Mais demain, ils auront tous plus de 71 ans... Cela vous permet de savoir quel âge est le mien. Mais quand j'avais 40 ans, à 45 ans, ils étaient très vieux. Évidemment donc, la vieillesse n'existe pas. Évidemment, ce n'est qu'une construction sociale. C'est ce que nous avons essayé de montrer parce qu'il faut aussi déstigmatiser et dédramatiser le grand âge.

Néanmoins, à partir de cette construction sociale, nous, élus locaux, sommes chargés d'essayer de faire des politiques, de faire en sorte qu'à partir de réalités concrètes, qui existent, la retraite, le veuvage, la maladie, la perte d'autonomie, la solitude... tout ce qui réduit l'autonomie, la liberté, la pleine citoyenneté des individus, nous essayions de faire que la promesse d'égalité, de citoyenneté continue jusqu'au bout. C'est notre rôle. C'est à cela que les politiques locales, quel que soit le nom qu'on leur donne, servent. Ce qui nous préoccupe, c'est l'égalité participation de chacun à l'ensemble de la vie sociale, l'égalité opportunité. Ce terme « égalité opportunité », je ne sais pas si cela vous parle. J'ai une copine qui est féministe ardente, italienne, et qui a été « Déléguée aux égales opportunités pour les femmes », en Ombrie, en Italie. L'égalité opportunité, pour moi, c'est assez parlant et plus exigeant. Comment faire pour que, quels que soient l'âge, la maladie, le handicap, les difficultés, le genre, etc., nous ayons les mêmes opportunités ? C'est donc juste la promesse d'égalité. Les politiques locales, les politiques que nous menons dans nos villes, tu l'as très bien dit, Mathieu, consistent à essayer de trouver les outils, les dispositifs, les moyens à mettre en œuvre au niveau local pour permettre cette égalité, cette pleine citoyenneté, ces égales opportunités, lorsque les difficultés, plus fréquentes évidemment avec les ans, deviennent des obstacles, des handicaps qui isolent, éloignent, excluent. La question n'est donc pas le nombre d'années, mais bien la perte de ces « opportunités ».

Car nous ne sommes définis par une simple soustraction entre le numéro que porte l'année d'aujourd'hui, qui ne va pas être le même que l'année prochaine, et celui de notre année de naissance, mais c'est bien la diminution des facultés physiques, intellectuelles, sensorielles qui rend fragile, qui isole, qui déprime, qui rend malade, qui altère progressivement l'autonomie et la liberté, le choix, la possibilité de dire « j'ai envie de faire ceci, de faire cela et je peux le faire et, si je ne le peux plus, c'est bien qu'on

m'accompagne pour que je puisse continuer à le faire le plus longtemps possible». La question n'est donc pas l'âge. C'est bien la mise en œuvre de cet accompagnement le plus large et le plus longtemps possible.

Et pour cela, nous inventons, nous l'avons vu aujourd'hui, une multiplicité de dispositifs que nous avons énuméré aujourd'hui : les uns à partir de 60 ans, les autres à partir de 75, de 80, etc., tous portés par des financements, des acteurs, des administrations, des politiques différentes, souvent contradictoires, rarement convergentes, avec des concurrences, des égos des uns et des autres, du président du Conseil général qui dit « les vieux, c'est moi », du maire de Grenoble qui dit « non, moi, je suis Ville amie des aînés », sans compter les familles... Tout cela se contredit souvent dans un chaos où finalement, l'intérêt des personnes vieillissantes n'est pas le centre alors qu'il me semble, et en tout cas c'est la conviction que nous portons à ESP'T, que c'est bien au niveau de la collectivité locale, de la ville, à un niveau de proximité, là où les gens vivent, là où ils travaillent ensemble que nous pouvons mettre en convergence tous ces outils, faire travailler le logement avec la santé, la santé avec les transports et la citoyenneté dans tout cela, la parole des citoyens comme clé pour arriver à répondre aux besoins qu'ils expriment.

C'est ce que nous avons essayé de construire aujourd'hui, de mettre en évidence. Je souligne cependant avec force et inquiétude que ce que les politiques que nous menons vont essayer de compenser, ce que nous allons essayer de rendre possible le plus longtemps possible pour le plus grand nombre possible, ces difficultés, ces handicaps, ces maladies sont quand même largement déterminés, aggravés par les facteurs sociaux tout au long de la vie, par le contexte socio-économique actuel, les conditions de travail, de ressources et par la politique gouvernementale qui réduit les moyens de mettre en œuvre des politiques publiques dans nos communes. Ce que nous entendons sur les ronds-points aujourd'hui, ce n'est finalement que la résultante de cette réduction des services publics, de cette diminution des retraites, de l'éloignement du soin, etc. Je passe, vous l'avez entendu suffisamment. Encore une fois, pour nous, c'est au niveau local que ces réponses peuvent être articulées de manière convergente pour être plus efficaces. C'est obligatoirement donc aux élus locaux de considérer ces besoins et d'essayer d'y apporter des réponses directement, ou par la mobilisation des autres acteurs, Conseil départemental, institutions, ARS, associations bien entendu.

Ce que je voulais juste dire, en conclusion, c'est que nous avons brassé beaucoup d'idées, débattu un peu, échangé certainement, vu des expérimentations et des expériences, des usages qui sont intéressants et éclai-

rants. Nous repartons avec tout cela. Il y aura des Actes de cette journée qui seront diffusés bien entendu à tous les participants et à tous ceux que vous voudrez éclairer et convaincre autour de vous. Merci, Kheira, merci au Maire de Grenoble, qui n'est plus là, merci Mathieu d'être venu porter la conclusion d'un éminent administrateur de cette ville, et puis merci à vous toutes et tous d'y avoir contribué, d'avoir porté votre flamme, votre enthousiasme et vos réalisations. Bon retour dans vos foyers. Merci à bientôt.

[Applaudissements]

SIGLES & ABREVIATIONS

AD-PA

Association des Directeurs au service
des Personnes Âgées

APA

Allocation Personnalisée d'Autonomie
Activité Physique Adaptée

ARS

Agence Régionale de Santé

ASG

Assistant de Soins en Gériatrie

ASPA

Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

AVC

Accident Vasculaire Cérébral

ASV

Atelier Santé Ville

ASV (loi)

Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement

CCAS

Centre Communal d'Action Sociale

CFDT

Confédération

CHRS

Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU

Centre Hospitalier Universitaire

CIAS

Centre Intercommunal d'Action Sociale

CISS

Collectif Inter associatif Sur la Santé

CLIC

Centre Local d'Information et de Coordination

CLSM

Conseil Local en Santé Mentale

CNSA

Conseil National Santé Autonomie

CODERPA

Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées

CPDG

Centre Pluridisciplinaire De Gériatrie

CPOM

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRSA

Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CNSA

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPA

Centre de Premier Accueil

CPABVAA

Centre de Prévention Bien Vieillir Agirc Arcoo

CVS

Conseil de la Vie Sociale

DAEN

Direction de l'Accueil, de l'Accompagnement
des Étrangers et de la Nationalité

DIGI

Domicile Inter Générationnel Isérois

DGA

Directeur Général Adjoint

DGS

Direction Générale de la Santé

EHPAD

Établissement d'Hébergement
pour Personnes Âgées Dépendantes

EPRUS

Établissement de Préparation
et de Réponse aux Urgences Sanitaires

ESPT

Élus, santé publique & territoires

ETP

Équivalent Temps Plein

FTM

Foyer de Travailleurs Migrants

IDEC

Infirmier Diplômé d'État Coordinateur

IEP

Institut d'Études Politiques

MAIA

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide
et de soin dans le champ de l'Autonomie

MAPA

Maison d'Accueil pour Personnes Âgées

MDH

Maison Des Habitants

ODLC

Office de Lutte contre les Cancers

ODTI

Observatoire sur les Discriminations
et les Territoires Interculturels

OMS

Organisation Mondiale de la Santé

PACA

Provence Alpes Côte d'Azur

PAERPA

Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
(Parcours de santé des)

PAGI

Pôle d'Animation Gérontologique et Intergénérationnelle

PAI

Personnes Âgées Immigrées

PASS

Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PSM

Pôle Santé Migrants

RS

Résidence Sociale

SAMU

Service d'Aide Médicale Urgente

ScoT

Schéma de Cohérence Territoriale

SIAS

Syndicat Intercommunal d'Action Sociale

SMTC

Syndicat Mixte des Transports en Commun

SSR

Soins de Suite et de Réadaptation

UNAFAM

Union Nationale de Familles et Amis de personnes
malades et/ou handicapées psychiques

UNAASS

Union Nationale des Associations Agréées d'usagers
du Système de Santé

URAASS

Union Régionale des Associations Agréées d'usagers
du Système de Santé

VADA

Ville Amie Des Aînés

BIBLIO- GRAPHIE INDICATIVE

Pour aller plus loin, nous vous proposons quelques références bibliographiques, textes de lois, articles scientifiques, ouvrages évoqués par nos intervenantes et intervenants au cours de leurs contributions orales ainsi que les adresses des sites internet des associations membres du comité d'organisation et/ou qui ont contribué aux journées.

« SANTÉ ET VIEILLISSEMENT : LE POUVOIR DES COLLECTIVITÉS LOCALES »

Organisateurs et intervenants

- Association ESPT
<https://espt.asso.fr>
- Ville de Grenoble
<https://www.grenoble.fr/>
- Réseau francophone des Villes Amie des Aînés
www.villesamiesdesaines-rf.fr/
- Santé publique France
<https://www.santepubliquefrance.fr/>
- CCOMS
www.ccomssantementalelillefrance.org/
- Centre national de ressources et d'appui aux CLSM
www.clsm-ccoms.org
- Espace Éthique Île-de-France
www.espace-ethique.org/
- Association ISATIS
<https://www.isatis.asso.fr/>
- Association « Vieux et chez soi »
<https://vieuxetchezsoi.com/>
- France Assos Santé
<https://www.france-assos-sante.org/>
- ODTI
<https://www.odti.org/>

Structures et dispositifs évoqués

- Psycom
www.psycom.org
- Dispositif « Mona Lisa »
<https://www.monalisa-asso.fr/>
- Laboratoire « 27e Région »
<http://www.la27eregion.fr/>
- Association « Archipel »
<https://www.archipel-aide-et-soins-a-domicile.fr/>
- Fondation de France
<https://www.fondationdefrance.org/fr>
- Dispositif PAERPA
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de...et...paerpa/.../le-dispositif-paerpa>

Textes législatifs

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015&categorieLien=id>
- Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>

Rapports, études, guides

- « Rapport LAROQUE »
Laroque P. (prés.) 1962, « Politique de la vieillesse », Paris, La Documentation Française, 438 p.
- Rapport sur le vieillissement du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)
<https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis059.pdf>
INSEE, France Portrait Social 2018, Collection Insee Références
https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/3648824/DP_FPS_2018.pdf
- Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées, nov. 2017
https://www.cnsa.fr/documentation/guide-de_l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-person.pdf

Articles, ouvrages

- Marc AUGÉ, 2014, « Une ethnologie de soi. Un temps sans âge », Éditions du Seuil, Coll. La librairie du XXI siècle, 176 p.
- Maurice BONNET, 2017, « Réflexions sur la mort. La vie, ce qu'on y trouve et comme on en sort », Éditions Dualpha, Coll. Patrimoine des héritages, 224 p.
- Michel FROSSARD, « Coordination, intégration, réseaux de services. Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées », in *Gérontologie et société*, 2002/1 (vol. 25, n° 100), p. 35 à 48
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-1-page-35.htm>
- Charles GARDOU, 2012, « La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule », ERES Éditeur, 176 p.
- Robert HUGONOT, 1989, « Politiques municipales du vieillissement et de la vieillesse », Toulouse, ERES Éditeur, 133p.
- Anne LABIT, « Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir » in *Gérontologie et société*, 2016/1 (vol. 38, n° 149), p. 141 à 154
https://projet.chu-besancon.fr/pmb/PMB_Ecoles/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1718
- Pierre MULLER, « Référentiel » in *Dictionnaire des politiques publiques*, 2010, p. 555 à 562
<https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-publiques-9782724611755-page-555.htm>
- Michel PHILIBERT, 1968, « L'échelle des âges », Paris, Éditions du Seuil, Coll. L'ordre philosophique, 421 p.
- Hartmut ROSA, mai 2014, « Aliénation et accélération : vers une théorie critique de la modernité tardive », Collection La Découverte Poche / Sciences humaines et sociales n° 406, 156 p.
- Agata ZIELINSKI, « La vulnérabilité dans la relation de soin. Fonds commun d'humanité », in *Cahiers philosophiques*, 2011/2 (n° 125), p. 89 à 106
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-philosophiques1-2011-2-page-89.htm>



Rien de nouveau : l'espérance de vie s'allonge, les Français vieillissent. Les baby boomers nés après-guerre atteignent l'âge de la retraite. Néanmoins, ce vieillissement ne revêt pas la même forme sur l'ensemble du territoire français ni pour toutes les catégories sociales. Les enjeux sont à envisager sous des angles différents selon les caractéristiques des territoires : villes de taille moyenne, métropoles ou bourgs ruraux. Ce vieillissement pose également des questions spécifiques pour les populations vivant dans les quartiers populaires. En effet, comme le souligne une étude d'octobre 2017 de l'ONPV (Observatoire national de la politique de la ville), la population des QPV est certes en moyenne très jeune, mais la part de personnes âgées y est croissante.

L'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population française totale augure de défis nouveaux pour la société toute entière. Au sein des cellules familiales, elle interroge notamment le lien entre les générations, elle questionne la réalité d'un véritable choix du lieu que l'on souhaite habiter pour vieillir, chez soi ou dans un établissement. Aux professionnels du soin et de l'accompagnement médico-social, elle impose de réfléchir ensemble aux interactions spécifiques entre « virage ambulatoire » et vieillissement, et aux nouvelles modalités de collaboration entre hôpital, soignants et services médico-sociaux de ville et services généraux de la Ville. Elle interpelle avec force celles et ceux qui ont été élus pour représenter les citoyens à l'échelon local, pour mener des politiques publiques adaptées aux besoins et garantir le bien-être des habitants, la sécurité et la possibilité de vivre ensemble.

Quelle politique coordonnée, quelles initiatives les communes peuvent-elles mettre en oeuvre sur leur territoire pour répondre à ces objectifs ? Quelles démarches territorialisées permettent d'articuler « vieillesse » et « santé », réfléchi dans son sens global et pas uniquement celui de l'accès aux soins, des parcours de soins ? En particulier, comment la question du vieillissement est-elle prise en compte dans les Contrats Locaux de Santé, dans les Ateliers Santé Ville ? Dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, l'évolution démographique - avec une population de plus de 60 ans aussi nombreuse en 2010 que celle des 15 à 24 ans - vient questionner les orientations de la politique de la ville alors que celle-ci est historiquement tournée vers la jeunesse. Comment vivre vieux et malades dans les territoires ruraux, comment vivre vieux et en bonne santé, en étant pleinement citoyens, participant à la vie de la cité, en particulier lorsque l'on est dans une situation de cumul des vulnérabilités, précaire et isolé ? Comment mieux vivre ensemble au sein de la Ville ?

La 20^{ème} Journée nationale d'étude de l'association « Élus, santé publique & territoires » proposera de réfléchir ensemble, élus, professionnels, institutions, associations, citoyens, à ces questions cruciales : quelles sont les « clés » du bien vieillir dans la cité en bonne santé ou malgré un état de santé qui se dégrade, une maladie chronique ? Comment promouvoir l'autonomie, la santé des personnes âgées et leur participation sociale ? Finalement, quel est le rôle de la commune et de ses services dans l'accompagnement du vieillissement, y compris en santé : quelle organisation, quelles modalités d'accompagnement, quels dispositifs proposer pour cette catégorie croissante de notre population ? Comment les élus se saisissent-ils de ces questions ?



Journée réalisée avec le soutien financier du Ministère des Solidarités et de la Santé-DGS, du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET) et de Santé publique France