# 12ème Colloque Défi Autonomie

# Inventer demain au service des seniors

## Sommaire

[Lundi 19 novembre 2](#_Toc531858163)

[Ouverture du Colloque 2](#_Toc531858164)

[5ème risque : quel projet pour demain ? 12](#_Toc531858165)

[Projet de loi Dépendance 21](#_Toc531858166)

[Concours Défi d’Or : innovations 26](#_Toc531858167)

[Présentation des projets 26](#_Toc531858168)

[Mardi 20 novembre 34](#_Toc531858169)

[Prise en charge des seniors à domicile – vers une conciergerie territoriale 34](#_Toc531858170)

[Rompre l’isolement des seniors à domicile 47](#_Toc531858171)

[Télémédecine – Quel bénéfice pour les seniors maintenus à domicile ou en établissement ? 55](#_Toc531858172)

[Quelle prise en charge pour les seniors ? Etude établie sur la commune de Roche-la-Molière 62](#_Toc531858173)

[Impact des nouvelles technologies – Retour d’expérience 70](#_Toc531858174)

[Expérimentation PAERPA : expérience et satisfaction des patients – Peut-on mieux faire ensemble pour dépister les fragilités, prévenir et construire des parcours efficients ? 80](#_Toc531858175)

[Et les aidants dans tout cela ? 99](#_Toc531858176)

[Conclusion des deux journées 103](#_Toc531858177)

# Lundi 19 novembre

## Ouverture du Colloque

### Alain POULET

#### Secrétaire général SENIORS-AUTONOMIE

Marie-Anne MONTCHAMP est très attachée aux personnes qui travaillent avec les personnes âgées, et a donc pris le temps de bien échanger avec eux, d’où notre retard. Vous conviendrez que la cause était bonne, et je l’en remercie.

Mesdames Messieurs, merci d’être là. Merci à nos partenaires, merci aux personnalités qui m’accompagnent à cette tribune : Gaël PERDRIAU, maire de Saint-Etienne, président de Saint-Etienne Métropole ; Jean ZIEGLER, président du Département de la Loire. Je salue également Evence RICHARD, préfet de la Loire, qui devra nous quitter rapidement, mais qui a néanmoins tenu à être présent avec nous. Et bien sûr Marie-Anne MONTCHAMP.

Merci madame la ministre, merci madame la présidente. Merci de votre fidélité. Nous avons convenu de votre venue il y a plus de six mois, et vous avez tenu cet engagement.

Je remercie Mme Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé, qui a parrainé nos travaux. Nous regrettons qu’elle n’ait pu être des nôtres aujourd’hui, mais nous savons qu’elle est très attentive à nos échanges.

Je voudrais également remercier Dominique LIBAULT, responsable de la mission Dépendance que lui a confiée la ministre, qui est avec nous pour travailler pendant ces deux jours.

Nous ouvrons aujourd’hui le 12ème Défi Autonomie. Douze ans déjà. Pour ceux d’entre vous qui nous accompagnent depuis le début, nous n’avons pas rajeuni, moi le premier. Le thème de ce 12ème Défi est « Inventer demain au service des seniors ». Il pourrait s’agir du leitmotiv du Défi Autonomie. Nous pourrions parler de « Inventer demain au service des seniors » saison 1, parce qu’il y en aura d’autres. Je veux dire par là que c’est dans les gènes de notre société que de générer les systèmes et services qui permettront aux seniors de réaliser leurs aspirations. Au cœur de ces aspirations, il y a la volonté de rester dans leur milieu de vie habituel. Je connais des seniors qui ont fait le choix de vivre en établissement, mais nous savons que pour la majorité de nos concitoyens, la volonté est de rester chez eux, et de vivre dans leur environnement naturel le plus longtemps possible.

C’est un intérêt social, un choix personnel, mais aussi un choix économique. Nous savons que le maintien à domicile est toujours moins onéreux que le placement en établissement.

C’est autour de cette innovation que se déroulera la journée de demain. Nous évoquerons d’abord un concept que nous avons initié avec d’autres dans le département, je pense à la Mutualité de la Loire, au Conseil départemental, à la MSA, autour de l’idée que les concierges, dans les immeubles et les hôtels, disposent de qualités et compétences qui leur permettent de rendre des services importants, dans un contexte commercial et vertical. La conversion de la verticalité à l’horizontalité fait que ce même système de conciergerie peut s’adapter au territoire pour assumer la prise en charge des seniors maintenus à domicile. Nous vous présenterons cette expérimentation demain, et nous avons l’intention de la poursuivre avec la MSA, dans le cadre des maisons d’accueil rurales pour personnes âgées.

Rompre l’isolement des seniors âgés à domicile est un sujet que nous cultivons avec les volontaires du service civique et Uni’cité depuis trois ans. Senior Autonomie encadre 4 volontaires du service civique par an. Nous poursuivons cette démarche avec la ville de Saint-Etienne, l’AIMV, une structure importante du département en termes de prise en charge des seniors, et l’Ecole des Mines de Saint-Etienne dans une logique d’informatisation du lien accompagnant-accompagné et de la sécurisation de la déambulation des seniors dans les zones d’attractivité auxquelles ils aspirent naturellement.

Nous ne pouvons pas faire l’impasse sur la télémédecine et les services qu’elle peut rendre aux seniors maintenus à domicile, ou aux établissements d’hébergement pour les seniors. Ce sera le troisième sujet de demain.

Enfin, nous avons monté, avec la ville de Roche la Molière, dont je salue la présence du maire, Eric BERLIVET, une étude concernant la prise en charge territoriale pour les seniors, dans une logique prospective, sur un territoire donné, avec l’analyse de la démographie, des équipements. L’idée est d’aider les collectivités locales à évoluer dans la prise en charge de leurs seniors sur leurs territoires, sans que ces seniors s’expatrient ailleurs.

Enfin, nous aurons un retour d’expérience sur le robot PARO. Les professionnels de santé qui l’ont expérimenté viendront nous faire part de cette expérience, et de l’impact sur robot sur les personnes dont ils ont la charge.

Demain après-midi, certains de mes condisciples de l’EN3S viendront présenter les études qu’ils ont menées sur l’expérience et la satisfaction et la question du dépistage des fragilités. L’idée est de savoir comment rendre ce dépistage efficient sur des territoires identifiés.

Pour cette après-midi, nous ferons dans l’anticipation, et la *fake news*, innovation oblige, avec un journal télévisé qui sera daté du 21 juin 2019. La thématique en est simple : quelle protection contre la perte d’autonomie pour nos seniors, comment sortir de cette forme de non-décision autour de la prise en charge des seniors ?

Dominique LIBAULT a la charge de ce sujet, et je sais qu’il en est capable et qu’il jouera le jeu. Plusieurs personnalités débattront de ce sujet, au premier rang desquelles Julien BOROWCZYK, secrétaire de la Commission des Affaires sociales à l’Assemblée nationale, et je les remercie d’être présentes.

Enfin, puisqu’il est question d’innovation, nous avons reçu 25 projets innovants, de la part d’autant de structures. Un jury s’est réuni pour les étudier, et vous avez pu voter pour les Défis d’Or. Nous remettrons donc des trophées pour ces innovations, autour de 5 thèmes.

A ce stade, je vous remercie les uns et les autres d’être présents avec nous. Je remercie également nos partenaires de nous soutenir, et je souhaite cultiver l’idée que le Défi Autonomie a une utilité directe sur l’avenir de nos seniors. En disant cela, je ne suis surtout pas en train de penser aux autres, mais bien à moi. Je suis au seuil des problèmes que nous allons évoquer aujourd’hui.

Merci à tous.

### Gaël PERDRIAU

#### Maire de Saint-Etienne

Madame la présidente de la Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie, madame la ministre, monsieur le préfet, monsieur le président du Conseil départemental, monsieur le directeur de l’AIRS, monsieur le directeur de l’Ecole nationale de la Sécurité sociale, cher Dominique LIBAULT, mesdames et messieurs les élus départementaux et municipaux, et je pense notamment à mes deux adjointes en charge des seniors, monsieur le secrétaire général de Senior Autonomie, mesdames et messieurs les présidents d’association, mesdames et messieurs,

Vous le savez, Saint-Etienne est labellisé ville amie des aînés par l’OMS, et nous souhaitons à ce titre que chacun, quel que soit son âge et son état de santé, puisse se sentir bien et vieillir sereinement dans sa ville. C’est pourquoi nous soutenons avec intérêt toutes les initiatives qui vont dans ce sens.

Saint-Etienne s’engage également, de façon proactive, pour s’adapter au changement démographique qui est lié au vieillissement de la population. L’allongement continu de l’espérance de vie induit immanquablement des transformations sociales, voire sociétales. Cette prise de conscience, qui commence à être partagée, s’est traduite par des actions concrètes. Comme le lancement du Gérontopôle, avec à l’initiative la Ville de Saint-Etienne, le CHU, dont je salue le directeur général, l’Université Jean Monnet, la Mutualité, Saint-Etienne Métropole, l’ARS, et qui trouve aujourd’hui sa place au sein de l’ensemble des acteurs de ce sujet.

Je pense aussi à la Cité des Aînés, à laquelle un stand est consacré ici, à la mise en place d’un Conseil consultatif des seniors, pour répondre au plus près à leurs attentes. Je voudrais également parler de Présages, un projet piloté par le professeur Franck CHAUVIN, président du Haut Conseil de la Santé Publique. Nous travaillons à Saint-Etienne à la création d’un centre régional des préventions, et je suis certain que le président de la CNAV ou la présidente de la CARSAT, avec qui nous avons échangé sur ces sujets, y seront très sensibles.

Je pourrais également parler de la plateforme de repérage des fragilités, ou de l’opération Chaise conviviale de l’été dans les quartiers, qui a été soulignée comme très innovante et positive lors de la dernière Assemblée Générale de Villes amies des aînés à Dijon.

Nous nous attachons également à veiller aux conditions de vie des plus fragiles, et nous avons la volonté de faire en sortie que chacun puisse se déplacer, se loger, se soigner, et avoir accès à des loisirs et à une vie sociale. Notre ambition est de traiter le vieillissement dans sa globalité. Le bien-vieillir est un véritable défi, et favoriser le maintien à domicile des seniors qui le souhaitent, et qui le peuvent, fait partie intégrante de ce défi. C’est cette vision de la société que nous défendons à Saint-Etienne. J’ai la certitude que nous partageons tous cet état d’esprit, avec cette volonté d’agir avec humanité, dans le respect de la dignité et des besoins de chacun.

C’est pour cela que, seuls ou en partenariat, nous nous engageons à promouvoir une ville agréable à vivre, accessible à tous, via des actions fortes, des investissements, pour permettre à chacun de vivre bien, et avec les autres, dans notre ville.

Ainsi, depuis 2014, plus de 10 millions d’euros ont été engagés par la ville pour l’amélioration de l’accessibilité, que ce soit dans les bâtiments publics, la voirie, ou les espaces publics. Nous souhaitons que chacun se sente bien dans sa ville et dans sa vie. Ainsi, en complément de notre service de portage de repas à domicile, de nos actions de repérage de la fragilité, avec des visites d’infirmière à domicile, nous développons un réseau de bénévoles pour lutter contre l’isolement des personnes âgées, en proposant des visites de convivialité qui permettent également, au travers des échanges, de déceler des points d’alerte. Nous avons ici un stand qui permet d’échanger autour de ce projet, qui sera mis en œuvre dans quelques mois.

Du côté des loisirs, nous poursuivons notre offre de voyages, d’excursions, de sorties, pour permettre cette ouverture sur la vie de la ville via le Pass Senior. Je souhaite mentionner le succès de notre spectacle d’opérette organisé hier au Zénith. Plus de 3 000 personnes s’y sont retrouvées pour passer l’après-midi.

Dans l’objectif de faciliter la pratique de l’activité physique des seniors, y compris sur l’espace public, nous avons aménagé un physioparc, square Préher. Il est situé à proximité d’une de nos résidences pour personnes âgées, mais il est accessible à tous. Cet aménagement comprend des agrès, qui viennent compléter l’ensemble du mobilier urbain, avec des séances d’entraînement sportif accompagnées par des éducateurs de la ville, pour faciliter l’appropriation des espaces et de leurs usages, et profiter de conseils, pour leur permettre de poursuivre leur entraînement de façon autonome.

Nous agissons pour favoriser les échanges intergénérationnels, avec des rencontres, par exemple des enfants de nos crèches ou de nos écoles primaires.

Nous nous engageons aussi dans le soutien et l’aide à l’usage des nouvelles technologies, par les seniors directement, et par le soutien d’associations qui s’impliquent dans ces thématiques.

Une société se doit de prendre soin de ses ainés, d’autant que le vieillissement constitue un enjeu majeur pour l’avenir, pour l’Etat comme nos communes. Nous sommes tous concernés par l’aide à domicile, les structures d’accueil, l’adaptation de la ville, notamment via les transports, les aménagements urbains, les loisirs, l’habitat, l’accessibilité, au sens large, le plan canicule. La ville s’engage fortement pour faciliter la vie des personnes âgées, malgré un contexte financier contraint. Nous faisons le maximum en fonction de nos compétences et de nos moyens, qui sont limités. Il nous semble inconcevable de ne pas nous engager alors qu’une large partie de notre population est concernée par cette question, directement ou par ses proches.

Pour autant, nous aimerions parfois nous sentir plus soutenus par l’Etat sur ces thématiques. Je profite de votre présence, madame la ministre, pour poser la question. Comment l’Etat envisage-t-il l’adaptation de la société au vieillissement de la population ? Que propose-t-il concrètement ? Je suis convaincu que chacun doit pouvoir faire sa part, dans son champ de compétences. Heureusement, je sais que nous pouvons compter sur vous tous pour s’imprégner de ces thématiques et participer à ce défi collectif : comment inventer demain au service des seniors ?

Merci à tous, merci de votre créativité, et merci à Alain POULET qui nous rappelle chaque année, depuis 12 ans, que ce sujet est toujours d’actualité, avec des questions de plus en plus prégnantes. Je vous souhaite à tous un bon colloque.

### Georges ZIEGLER

#### Président du Conseil départemental de la Loire

Gaël  PERDRIAU a fort bien fait les présentations et salutations d’usage, je vais donc m’en dispenser, pour dire simplement mesdames et messieurs, chers amis,

C’est un plaisir pour moi de participer au lancement de ce 12ème Défi Autonomie. Je tiens à remercier très sincèrement et à saluer Alain POULET pour son action, et à travers lui tous les membres de l’association pour le travail réalisé chaque année pour l’organisation et la réussite de ce colloque au titre annonciateur : inventer demain au service des seniors.

Il y a une forte attente, quand nous savons que le dernier recensement montre que le département de la Loire compte 200 000 habitants âgés de plus de 60 ans. En 2040, la population des seniors ligériens sera, *a minima*, de 250 000 individus, ce qui représente 31,4 % de la population. Cette avancée en âge de nos sociétés exige de l’anticipation, de l’adaptation, et des conversions. Certains pourraient même y voir une véritable révolution.

Le vieillissement doit en effet être anticipé, et c’est le rôle des pouvoirs publics, au sens large, que de préparer l’avenir, d’impulser le changement, et de donner le cap. Ma conviction est que notre pays n’a pas encore su trouver un vrai modèle de prise en charge de la perte d’autonomie, malgré les progrès considérables accomplis. Si nous ne prenons pas un virage consistant à mettre fin à une mise à l’écart relative des personnes âgées du reste de la société, nous courrons le risque d’une forme de relégation sociale indigne des valeurs qui fondent notre république. Au fond, ce à quoi j’ai été sensible au cours de mes nombreuses visites en établissement pour personnes âgées, c’est de voir combien elles peuvent parfois souffrir d’isolement et de solitude, combien elles ont besoin qu’on leur parle, et combien le lien social reste important pour elles.

En ce qui concerne le Département, quelques convictions simples guident notre action, et constituent notre vision de l’autonomie. C’est un sujet essentiel. Dans mon esprit, ces mots assez simples renvoient même à une double importance du sujet autonomie. Importance tout d’abord par la place qu’elle occupe dans les compétences légales et le budget de l’assemblée départementale. Nous n’avons pas découvert les personnes âgées en 2004, ni à l’occasion de la loi NOTRe du 7 août 2015. Ces deux textes ont cependant souligné le rôle moteur du département dans le traitement de l’autonomie. Ce rappel légal n’est pas inutile, car parallèlement et parfois avec une certaine incohérence, alors même que des compétences décentralisées sont confiées aux élus départementaux, et qu’un rôle de chef de file leur est donné, il existe une volonté de les contourner, de les encadrer, ou de s’y substituer. La loi accorde une compétence décentralisée au département en matière d’autonomie, et il l’exercera pleinement.

Le département n’est pas un service déconcentré de ministère ou d’une agence nationale. Ce cadre légal correspond d’ailleurs au poids considérable que représente dans les finances départementales le sujet de l’autonomie. A l’heure où chaque euro de dépense publique compte et devient rare, cet aspect du sujet ne peut pas être ignoré.

Je tiens à mentionner rapidement deux chiffres. L’autonomie représente plus d’un quart du budget annuel du Département, soit plus de 222 millions d’euros. 1,6 million d’heures d’aide à domicile sont financées tous les ans, et réalisées par le service prestataire. L’autonomie est également importante dans les priorités que les élus de la majorité, et au-delà la quasi-totalité des élus départementaux, ont fixées. Elles se résument en trois principes simples, auxquels je suis particulièrement attaché :

* placer la personne âgée au cœur de nos réflexions : ce n’est pas une phrase creuse, il faut partir de leurs besoins et de ceux de leurs familles ;
* renforcer la qualité des prises en charge ;
* respecter les projets de vie et la dignité des personnes âgées : il s’agit de promouvoir la notion même du bien vieillir.

C’est un fait, nous vieillissons tous. C’est d’abord une formidable chance. L’allongement de l’espérance de vie que nous connaissons signifie que nous restons en bonne santé de plus en plus longtemps. Les 70 ans d’aujourd’hui sont les 50 ans d’il y a trente ans. Ainsi le vieillissement est une période qui ouvre un grand nombre de possibles. Possibilité de réaliser plus longtemps nos désirs et nos projets, possibilité d’être ce pivot familial autour duquel enfants, petits-enfants, et parfois arrière-petits-enfants se réunissent. Possibilité d’observer le monde qui change, et d’œuvrer à ses mutations. Nous demandons aux personnes âgées d’être des références et des réservoirs d’expérience, et si possible de sagesse.

Mais le vieillissement peut s’accompagner de difficultés de santé, voire de risque de perte d’autonomie. L’espérance de vie sans incapacité est ce que nous devons d’abord continuer de préserver et de renforcer, à travers la promotion du bien-vieillir.

Nous avons pris la mesure de ces enjeux, puisque le Département consacre dès cette année près de 110 millions d’euros à améliorer le bien-être de nos aînés. Je veux en particulier saluer l’excellent travail réalisé par Annick BRUNEL et les services. C’est un effort considérable, qui nous oblige constamment à chercher la plus grande efficience.

Concrètement, comment maintenir l’autonomie des seniors ? Prévenir, c’est agir dans des domaines très variés. Promouvoir la santé des personnes âgées, mais aussi lutter contre la solitude, favoriser l’inclusion et la participation à la vie de la société, rendre les espaces de vie plus accessibles. Prévenir, c’est aussi et surtout continuer de solliciter les capacités d’autonomie des personnes âgées. Ce qui est sûr, c’est que la course est engagée pour faire de la prévention de la perte d’autonomie des personnes âgées une priorité absolue. Ce que nous promouvons ensemble, c’est le bien-être de nos aînés. C’est d’ailleurs une constante de notre démarche dans la mise en œuvre quotidienne des actions et des prestations départementales.

J’en veux pour preuve le déploiement de Mona Lisa, dispositif visant à structurer la coordination des acteurs du département pour lutter contre l’isolement des âgés. C’est également ce travail partenarial qui a permis de favoriser la mise en place d’actions de formation, de groupes de parole, et de lieux d’échanges pour lutter contre le manque d’information et l’isolement que peuvent ressentir les aidants familiaux, mais aussi prévenir leur épuisement, tant peuvent être importantes les difficultés de la prise en charge d’une personne en perte d’autonomie, auxquelles ils sont quotidiennement confrontés.

C’est aussi toute cette ambition que porte la Conférence des financeurs de la prévention et de la perte d’autonomie des personnes âgées, qui a soutenu avec notre appui plus de 100 projets cette année, en direction des seniors, pour un budget de plus de 1,4 million d’euros. C’est surtout la question globale de la prévention qui anime notre nouveau schéma départemental en faveur de l’autonomie.

En effet, dans les prochaines années, il faudra continuer à prendre en compte les conséquences de la dépendance à travers la politique du maintien à domicile, tout en permettant l’accès aux établissements de prise en charge aux personnes qui le souhaitent, mais également conduire des politiques pour retarder la perte d’autonomie. Le vieillissement est bien une question d’avenir et d’anticipation. C’est pourquoi j’ai souhaité que la prise en compte du vieillissement de la population soit définie comme la grande cause départementale en 2019. Penser nos villes et nos villages autrement, adapter nos logements, mieux structurer notre politique d’accompagnement, imaginer l’usage utile des nouvelles technologies. Cette feuille de route du bien-vieillir vise à répondre à la diversité des besoins des personnes âgées, qu’ils soient de jeunes retraités actifs, des personnes fragiles, ou des personnes en perte d’autonomie. Elle concerne tous les produits, dispositifs, et services destinés à améliorer la qualité et le confort de vie des aînés. En ce sens, elle représente une logique d’adaptation de la société au vieillissement, une logique d’accompagnement et de prévention visant à augmenter l’espérance de vie sans incapacité.

Voilà les pistes de réflexion que nous avons lancées, et dont nous détaillerons les avancées lors de notre rencontre avec les élus locaux. Tous les maires du département sont en effet invités à l’hôtel du Département le 7 décembre. Au cours de cette réunion, plusieurs spécialistes et experts, notamment Alain POULET et plusieurs personnes rassemblées ici, seront présents pour évoquer les défis qui nous attendent dans les prochaines années.

Je vous souhaite au cours de ce colloque de bonnes discussions. C’est par ce biais que nous parviendrons à trouver des solutions bénéfiques à ce problème, qui est celui du XXIème siècle.

### Marie-Anne MONTCHAMP

#### Présidente de la Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie

Merci beaucoup de m’accueillir. Je suis très heureuse de pouvoir m’exprimer devant vous. C’est une grande chance. Je salue Gaël PERDRIAU, Georges ZIEGLER, et Evence RICHARD. Les propos de Gaël PERDRIAU et Georges ZIEGLER ont bien montré combien les élus locaux, en particulier ceux des conseils départementaux, jouent un rôle structurant dans les politiques de l’autonomie.

Je tiens à saluer Julien BOROWCZYK, Albert LAUTMAN, Gérard RIVIERE, et Dominique LIBAULT, avec qui j’ai le plaisir de travailler. Il est à la tête d’une mission d’ampleur, puisqu’il doit contribuer à la préfiguration de cette réforme. C’est une tâche éminemment importante.

Je salue le président de ces 12ème Défis, et je finis cette énumération en adressant un mot à Alain POULET, secrétaire général de Senior Autonomie. Je suis heureuse d’avoir pu tenir la promesse de venir assister à ces Défis Autonomie. J’ai pu bénéficier, à l’occasion de la visite du salon, de ce foisonnement de créativité que les acteurs et parties prenantes sont capables de mobiliser pour répondre dès aujourd’hui à la question de la vie autonome de nos concitoyens qui prennent de l’âge, et qui sont des citoyens à part entière, jusqu’au dernier souffle.

Ce 12ème Défi nous montre que nous ne partons pas de rien. Les réponses existent, et vous y contribuez tous à votre niveau. Pour autant, nous avons tous été marqués par le récent avis du Comité national consultatif d’éthique, qui a éclaté comme une bombe alors même que nous nous interrogions sur la situation complexe de nos établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes. Cette idée que nous pourrions faire fausse route dans nos solutions collectives, en proposant à nos concitoyens âgés des parcours parallèles qui les éloigneraient du cœur même de la société, et qui se faisant les éloigneraient de l’expression pleine et entière de leur citoyenneté, doit nous alerter.

Si nous devons trouver un chemin collectif pour aborder cette réforme et celle du vieillissement de l’ensemble de nos sociétés occidentales, et même de l’ensemble des sociétés planétaires, nous devons faire de bons choix collectifs, et il faut que nous trouvions des points centraux et structurants pour construire ce projet de société qui permet d’accompagner efficacement, vertueusement, et de façon républicaine le vieillissement de la société.

L’idée que nos concitoyens âgés, du fait de l’âge et des pathologies, se trouvent empêchés dans leur participation, ne doit en rien nous amener à renoncer à soutenir l’expression de leur citoyenneté, jusqu’au bout. La question qui nous est alors posée est de savoir comment elle peut s’exprimer, et par quels moyens nous pouvons soutenir cette citoyenneté.

Nous avons dans notre vocabulaire beaucoup de prêt-à-penser. De nombreuses expressions qui traduisent ces raccourcis, qui sont parfois très troublants. Nous parlons ainsi de prise de charge, ou de maintien à domicile. Nous n’y réfléchissons plus, nos organisations nous ont amenés à utiliser de façon courante ces formes d’expression, mais toutes traduisent des raccourcis de la pensée, voire des impensés, une absence d’interrogation sur ce qui doit structurer une réflexion collective, et l’accompagnement du vieillissement de notre société. Si nous fondons notre réflexion collective et ce projet sur l’affirmation de la citoyenneté de chacun quels que soient sa situation, son état de santé, et l’endroit où il habite, jusqu’au bout de sa vie, il est évident que, tout naturellement, vient une réponse très fortement revendiquée par nos concitoyens, à savoir la demande de vieillir chez soi.

Vieillir chez soi, comme une ambition collective, comme une destinée que nous pourrions partager. Nous savons, alors que j’utilise cette phrase, que le vieillir chez soi est un défi. Un défi pour nos organisations, pour nos villes, pour l’urbanisme, pour la santé, et nous devons repenser notre modèle de protection sociale pour permettre l’expression du chez-soi. Nous savons bien que dans certaines situations, le chez-soi dans lequel nous avons toujours vécu est impossible, parce qu’on vit dans un territoire rural, parce qu’on est dans une maison mal conçue, un peu dangereuse, ou isolée.

Il faut donc exporter cette notion du chez-soi sur tous les lieux et territoires où vit la personne. Là est le défi. Comment transformer un établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes en chez-soi ? Comment transformer un habitat transitoire en chez-soi, où la citoyenneté peut s’exprimer ? A quel déterminant, à quelle caractéristique pourrons-nous qualifier que cette réponse, cet hébergement, cette solution garantit effectivement la citoyenneté de la personne ? Nous voyons bien qu’en nous livrant simplement à cet exercice, des questions apparaissent. Où plaçons-nous les curseurs de la liberté et de la sécurité ? Qui prend le risque, qui l’assume, qui décide ?

Dans ce modèle émergent, dans cette réflexion sur le vieillissement de la société française, nous voyons naturellement se redessiner la place de nos concitoyens et des personnes. Ce n’est pas une place décorative, une centralité théorique, mais une centralité systémique, qui dispose au fond le choix et procède de l’expression des attentes de la personne.

Sommes-nous toujours équipés, alors que la situation de santé n’est pas toujours optimale, que la personne peut être désorientée ou développer des troubles cognitifs, pour recueillir à tout moment de sa vie l’expression de ce choix et de ses attentes de façon éthique ? C’est un défi supplémentaire. Nous savons, nous en avons pris connaissance à l’occasion de présentations dans le cadre du salon, que des solutions de cette nature existent. La question est de savoir comment les généraliser, et comment faire en sorte que tous, sur tous les territoires, puissent en profiter.

Ce chez-soi n’est pas théorique ni hors-sol. Georges ZIEGLER a eu raison d’insister sur la dimension territoriale et cette articulation qui doit exister entre l’aspiration de la personne et l’endroit où elle vit. C’est dans le bassin de vie, parfois même dans l’espace infra-territorial, que vient parfois se nicher les réponses à la situation des personnes. Nous savons bien en disant cela que de profondes inégalités sont potentiellement en train d’émerger, car les territoires ne sont pas en situations comparables, et les inégalités territoriales ont un sens pour notre système de protection sociale. Elles l’affectent de façon permanente, récurrente, et parfois très troublante.

A partir de cette vision d’une réponse sociétale et en termes de protection sociale, qui replace la personne la personne dans sa pleine citoyenneté et dans ce chez-soi, au sein duquel elle peut exprimer ses attentes et obtenir des réponses personnalisées dans le bassin de vie où elle a tissé des liens historiques, et qui doit lui permettre d’affirmer et de maintenir cette vie en société à laquelle elle aspire, nous devons reconnaître que nous nous trouvons à la croisée de plusieurs chemins.

L’un de ces chemins se traduit par cette injonction paradoxale, que beaucoup d’entre nous éprouvent. Parfois, pour nos propres parents, nous pouvons être tentés par un raccourci qui consiste à rechercher pour eux des solutions, des places, qui au fond ne respectent pas toujours autant l’ensemble des critères que je viens d’énumérer. Parce que nous ne savons pas mobiliser les réponses, que le système est complexe et imbriqué, et qu’il y a une forme d’incompatibilité entre la vie familiale et la réponse à apporter à la personne âgée.

A l’inverse, si nous nous posons la question pour nous-mêmes, nous qui sommes habitués, à chaque pan de notre vie, à faire des choix pour consommer, nous soigner, nous distraire, ou vivre en famille, nous ne pouvons pas imaginer un système dans lequel ces choix seraient proscrits.

Nous voyons bien que dans ce projet que nous devons porter tous ensemble, qui a été voulu par le président de la République et qu’Agnès BUZYN a engagé, et nous aurons bientôt l’occasion d’en débattre tous ensemble, nous devons être capables collectivement de résoudre cette injonction paradoxale, et de nous imaginer les citoyens que nous serons demain, et qui devront, évidemment à travers de nouvelles exigences, trouver de nouvelles réponses.

Au fond, nous avons pris l’habitude d’aborder la question de notre modèle de protection sociale à travers une équation complexe, mais qui peut à certains égards être simplifiée en deux grandes questions : la question du soin, d’une part, et la question de l’accompagnement, souvent médicosocial, d’autre part.

J’ai pourtant rencontré tout à l’heure des aidants, des associations bénévoles, des personnes qui se mobilisent pour apporter des réponses qui ne relèvent ni du soin ni de l’accompagnement médicosocial, mais d’une fonction présentielle de lien social qui est indispensable à notre système demain. Ce raccourci de la pensée qui consiste à mobiliser notre attention sur les deux seuls critères du soin et de l’accompagnement médicosocial est bien trop court. Si nous voulons demain mobiliser les solidarités, les rendre possibles, il faut que nous pensions ce lien avec un système de solidarité dans notre système de protection sociale, ce qui permettra l’avènement de ce projet de société tourné vers nos concitoyens âgés.

De la même façon, il nous faut également imaginer des parcours de vie qui ne soient pas statiques ni assignés à résidence, et qui permettent un continuum rassurant et bénéfique. Au bout de ce continuum de réponse, l’affirmation de la citoyenneté de l’expression libre des choix de nos concitoyens doit être garantie.

Vous portez dans ce 12ème Défi Autonomie tous les ingrédients et toutes les solutions. Elles existent, et sont en train de se mettre en œuvre. Et pourtant vous ressentez que vous avez besoin d’une architecture nouvelle de notre protection sociale pour qu’elles puissent prospérer et être pérennes. Tous les espoirs que vous portez doivent être réinvestis dans ce projet collectif.

C’est la raison pour laquelle je suis particulièrement heureuse d’être des vôtres aujourd'hui, car ce foisonnement est indispensable à la construction du système de demain. Il n’y aura pas de rupture, mais il s’agit là de nous doter d’une ambition collective encore plus grande et plus forte dans ce contexte de vieillissement.

Je vous souhaite à toutes et tous un heureux colloque, foisonnant et riche de promesses et de créativité. Encore une fois, je vous exprime toute ma gratitude de m’avoir permis de m’exprimer à cette tribune.

## 5ème risque : quel projet pour demain ?

*Les débats étaient animés par Alexandre BEAU, directeur adjoint d’Espace social européen, et Serge GUERIN, sociologue. Participaient aux discussions :*

*Julien BOROWCZYK, député de la Loire – secrétaire de la commission des Affaires sociales de l’Assemblée nationale*

*Michel DIEU, président de l’Association européenne des institutions paritaires de protection sociale*

*Albert LAUTMAN, directeur général de la Fédération nationale de la Mutualité française*

*Pierre MAYEUR, directeur général OCIRP*

*Gérard RIVIERE, président de la Caisse Nationale d’Assurance Vieillesse*

*Emmanuel ROUX, directeur du groupe AESIO*

Alain POULET

Je vous propose maintenant d’assister à la diffusion d’une *fake news*, puisque nous avons préparé un journal télévisé du printemps 2019.

*Une vidéo est projetée.*

Alexandre BEAU

Je vous propose d’aborder ensemble quarre sujets mentionnés dans la vidéo :

* créer un 5ème représente-t-il une opportunité positive ?
* quel doit être financement ?
* que devons-nous inclure dans ce 5ème risque, sur quel territoire, et avec quel degré d’intervention ?
* quel modèle d’organisation retenir, puisqu’il semble que ce 5ème risque serait intégré dans l’Assurance maladie ?

Je souligne la qualité du plateau réuni pour traiter ces questions. Commençons par la première : est-ce une bonne chose de créer un 5ème risque ?

Julien BOROWCZYK

La question se pose évidemment aujourd’hui. J’ai beaucoup apprécié les propos introductifs qui ont été tenus à ce sujet. Il était très utile de mentionner la question de la fluidité du parcours. Il est aujourd’hui nécessaire d’accompagner et de disposer d’une architecture, sachant que nous avons déjà des dispositifs qui fonctionnent. La question se pose donc. La difficulté est celle du financement, et je ne doute pas que nous y reviendrons.

Gérard RIVIERE

Prendre en charge socialement le risque de perte d’autonomie est évidemment une bonne chose. Les modalités et le parti retenu par les promoteurs du 12ème Défi Autonomie soulèvent néanmoins des questions, et je ne partage pas nécessairement leurs options. Nous y reviendrons. Si le choix du gouvernement était celui qui nous a été présenté, nous verrons le moment venu. Je fais confiance à Dominique LIBAULT pour porter un message plus modéré.

Je souhaite dire quelques mots pour dédramatiser un peu le sujet de la perte d’autonomie. Nous citons beaucoup le chiffre de 1,265 million de personnes bénéficiaires de l’APA. Pour autant, il convient de relativiser. Percevoir l’APA ne signifie pas systématiquement être en situation de dépendance sévère. 45 % de ces bénéficiaires, c'est-à-dire 560 000 personnes, sont classées GIR 4, ce qui signifie qu’elles sont modérément dépendantes. C’est sur cette catégorie de population, les GIR 4 et GIR 5, qu’il faut concentrer les actions pour développer une véritable politique de prévention, qui n’est pas mise en œuvre aujourd’hui.

C’est évidemment une excellente nouvelle au regard de la situation sociale actuelle. Je pense que la population, notamment les personnes en perte d’autonomie et leurs familles, ont besoin d’un signal positif par les temps qui courent. J’y suis donc plutôt favorable.

Albert LAUTMAN

Si le président de la République annonce une loi au Congrès de la Mutualité France au mois de juin, pour l’année prochaine, sur la question du grand âge et de l’autonomie, c’est la troisième fenêtre de tir à ce sujet en dix ans. La première n’a pas abouti sous le quinquennat de Nicolas SARKOZY. La deuxième a débouché sur une loi, dont vous comprendrez que j’en ai un jugement très élogieux, d’adaptation de la société au vieillissement. Pour autant, elle n’est pas allée au bout de la question de la solvabilisation et du reste à charge. Il nous faut cette fois une vraie réforme. De ce point de vue, annoncer un 5ème risque semble correspondre à une réelle prise de conscience de la nature de l’enjeu. La question est de savoir ce que cela signifie, ce qui est mis derrière ce terme de 5ème risque.

Il y a une attente forte, c’est un vrai sujet. La question du coût, non seulement de l’hébergement en établissement, mais aussi de l’hébergement à domicile, est globalement significative de ce que nous sommes capables de projeter à cinq ou dix en termes d’évolution des attentes de la génération des baby-boomers, qui arrive au grand âge, génération pour qui l’autonomie a constitué un sujet important. Que sera un EHPAD dans les cinq à dix prochaines années, et que pouvons-nous proposer pour repenser l’accompagnement renforcé à domicile ? Je pense qu’il faut d’abord définir le besoin, le service à rendre et ses modalités d’organisation, avant de nous pencher sur les financements et de déterminer s’il s’agit d’une 5ème branche ou d’un 5ème risque.

Michel DIEU

Personnellement, je me réjouirais si le gouvernement portait ce sujet au niveau des instances européennes. C’est un sujet qui n’est aujourd’hui quasiment pas traité, ou de façon très parcellaire, et dans certains pays il n’est pas du tout abordé.

Pierre MAYEUR

Gouverner, c’est prévoir. Nous sommes face à une révolution démographique. A partir de 2035, nous constaterons l’arrivée dans le grand âge des personnes qui sont nées après 1945. Il faut donc y travailler maintenant. Il faut rassurer, c’est très important, et construire les conditions pour cela.

Emmanuel ROUX

Je ne sais pas s’il faut privilégier une approche qui semble très administrative et réglementaire, dans un contexte où les enjeux d’organisation, d’accompagnement, et de personnalisation me semblent aujourd'hui plus importants encore que les questions de solvabilisation, même s’ils ne sont évidemment pas à négliger, ils sont très importants. Je pense que l’approche, comme cela a été dit précédemment de façon très juste, doit à la fois prendre en compte les enjeux sociétaux, dans lesquels la dimension sanitaire est impliquée, mais aussi réussir la société de la longévité. Dans cadre, nous avons des acteurs et financements multiples, et des enjeux qui renvoient plus à la façon de faire travailler ensemble les acteurs sur un territoire. Les questions de structure et de gouvernance doivent aider, mais à mon sens elles ne sont pas premières.

Alexandre BEAU

Je vous sens donc favorables, mais avec des réserves. Parlons maintenant du financement. La vidéo proposait un reste à charge nul sur le maintien à domicile, le séjour en établissement hors hôtellerie, et la mise en place d’une assurance pour les aidants. Comment financer un tel dispositif dans le contexte actuel ?

Julien BOROWCZYK

Lever des impôts supplémentaires ne semble pas la solution la plus favorable dans le contexte actuel. Les réflexions qui viennent d’être faites sont légitimes et intéressantes, de même que l’exercice que vous avez proposé. La vidéo propose une vision intéressante sur la façon dont nous pourrions envisager ces questions. Nous devons veiller à ne pas rentrer dans un carcan, et à ne pas non plus catégoriser systématiquement les sujets, et donc à ne pas tout rembourser euro par euro.

L’important, comme cela a déjà été dit, est à mes yeux la nécessité de fluidifier les parcours. Je vous le dis comme député et aussi comme médecin généraliste. Aujourd'hui, nous avons une nécessité de parcours de maintien à domicile, mais je reprends la réflexion présentée précédemment sur l’idée de savoir ce qu’est le chez-soi. S’agit-il vraiment du maintien à domicile, ou bien le chez-soi peut-il être une structure d’accueil intermédiaire ? Il peut aussi s’agit d’un EHPAD. Il y a aussi la question de l’accueil transitoire.

Je crois que nous pouvons difficilement catégoriser, comme si nous faisions une ordonnance ou que nous remboursions un médicament, telle ou telle chose.

Une autre réflexion de Marie-Anne MONTCHAMP portait sur la nécessité de réaliser que nous ne répondons pas toujours de la façon la plus appropriée aujourd’hui, avec la nécessité de professionnels de soin, mais aussi de professionnels de lien. Ce n’est pas non plus toujours catégorisé. Pour ce qui est des aidants, la réforme est en cours.

Je pense que ces sujets restent encore à traiter, et que nous devons y travailler. Pour autant, en matière de financement, certains éléments sont aujourd’hui déjà financés. Nous avons parlé de l’APA, et la Sécurité sociale apporte également des financements. En outre, il a été indiqué à l’occasion du débat sur le projet de Loi de Finances de la Sécurité sociale 2019 que nous pouvions probablement envisager une réflexion sur la question de l’excédent, puisque les comptes de la Sécurité sociale sont aujourd’hui en excédent, pour la première fois depuis 18 ans. Une partie de cet excédent pourrait éventuellement bénéficier au 5ème risque, ou au moins à une réflexion sur la dépendance.

Pour autant, je ne fais aucune annonce.

Alexandre BEAU

La piste de la CRDS a été évoquée après le remboursement de la dette sociale, d’ici trois à quatre ans. Le ministre DARMANIN n’était manifestement pas enthousiaste à cette idée. Il n’est pas favorable à une suppression de la CRDS, mais plutôt à sa réallocation. Est-ce une idée, ou seulement une piste parmi d’autres ?

Julien BOROWCZYK

A l’heure actuelle, ce n’est pas la piste principale. Vous avez cependant raison, en principe la dette sociale devrait être apurée en 2024, ce qui serait déjà remarquable.

Alexandre BEAU

Emmanuel ROUX, vous avez mentionné le ressenti des adhérents. Ce sont des consommateurs, mais également des citoyens. Dans la vidéo, une prise en charge RORC était annoncée pour cette extension des prestations et services. Avez-vous consultés vos adhérents ? Sont-ils prêts à un effort supplémentaire pour une contrepartie en matière de couverture ? Ces questions renvoient aux thèmes du dialogue et de la pédagogie.

Emmanuel ROUX

En matière de dépendance, tout dépend de ce dont nous parlons. S’il est question d’assurance au sens strict, nous savons que nous avons une difficulté de principe à nous projeter dans l’avenir et à être en capacité d’appréhender la nature exacte du risque, sa survenance, les besoins qui seront les nôtres au moment de la survenue, et par conséquent la capacité à nous inscrire dans une démarche assurantielle. En effet, l’événement est à la fois lointain, incertain, et relativement indéterminé en termes de contenu et de service. C’est la raison pour laquelle, quand nous avons organisé nos rencontres sur la société de la longévité, nous avions réalisé une étude très complète sur les attentes des Français.

Nous constatons qu’il existe de ce point de vue une forme d’incertitude sur la façon d’appréhender le futur par rapport à la perte d’autonomie. Il faut trouver dans le présent des éléments de réassurance pour l’avenir. La réponse assurantielle en fait partie, mais ce n’est pas la seule.

Quant aux efforts des adhérents, tout dépendra du socle, puisqu’il a été question d’une articulation entre l’obligatoire et le complémentaire. La réponse dépendra de la capacité à mutualiser, à grande échelle, pour ne pas être dans une réponse uniquement de type couverture individuelle. Elle dépendra aussi de la capacité à avoir de vrais droits attachés à la cotisation, et de la pertinence de nos réponses concrètes aux situations que j’ai décrites. Il faudra apporter des réponses intelligentes à des situations de vie dans lesquelles, du jour au lendemain, nous nous sentons perdus et démunis. Ce sera l’élément le plus discriminant dans l’acceptabilité sociale et financière pour que nous puissions augmenter le niveau des cotisations. Tout dépendra de la pertinence de nos réponses, dans une logique qui ne sera pas qu’assurantielle, mais aussi servicielle. Nous devrons trouver des réponses pour insérer la perte d’autonomie dans la vie. L’idée est de pouvoir vivre avec la perte d’autonomie, et de conserver ses droits et ce qui fait les équilibres de la vie.

De ce point de vue, puisque nous parlons des réponses mutualistes, les mutuelles AESIO et Eovi MCD, à travers le concept de cité des aînés, mettent précisément en avant la nécessité d’appréhender la personne dans son environnement, et de lui apporter des solutions qui s’inscrivent dans un environnement en travaillant sur ce dernier. Nos adhérents sont sans doute prêts à faire des efforts dans cette perspective, même si le sujet est évidemment difficile dans un contexte de perte de pouvoir d’achat.

Alexandre BEAU

Pierre MAYEUR et Albert LAUTMAN, vous avez créé il y a environ un an le Lab Autonomie. J’imagine que vous avez réfléchi aux questions de financement. Quels sont les résultats de vos travaux dans ce domaine ? Qu’est-ce qui est supportable ?

Albert LAUTMAN

Avant de vous répondre sur le Lab Autonomie, j’ai une première réflexion. Ce n’est pas celle du Lab Autonomie, mais je pense qu’elle aurait fait l’unanimité. Je crois que dans ce qui a été présenté, il y a un point sur lequel il faut être clair d’emblée. Peu de gens peuvent imaginer qu’une réforme d’envergure, à la hauteur des attentes, soit celle du RAC zéro. Ne nous enfermons pas dans une idée qui n’est de toute façon pas à notre portée, et qui ne pourrait que décevoir. Personne n’a parlé du RAC zéro, et je crois que ce serait une erreur de laisser penser que c’est l’enjeu. Le reste à charge est très important, en établissement et à domicile, surtout quand il s’agit de rester à domicile avec une perte d’autonomie un peu avancée. Il y a donc une question de coût, y compris par rapport à la mobilisation des aidants. Il faut aussi la chiffrer. Si nous parvenons à réduire significativement ce reste à charge, ce sera déjà une étape importante. Ne laissons pas penser que nous avons les moyens, du côté des finances publiques ou de la capacité contributive, par des prélèvements obligatoires ou une adhésion à une assurance dépendance, d’éliminer complètement le reste à charge. Je ne suis d’ailleurs pas convaincu que ce serait un projet de société qui aurait du sens que de dire que la perte d’autonomie ne coûte rien.

Une fois ceci posé, le principe du Lab Autonomie est de savoir quels sont les principes sur lesquels les acteurs du non lucratif, paritaires, puisque nous avions tous les groupes paritaires de protection sociale, et les principales mutuelles comme participants aux travaux, pouvaient s’accorder. Plusieurs points en sont ressortis.

S’il devait y avoir un dispositif mobilisant une assurance dépendance en complément de ce qui existe déjà en matière de perte d’autonomie, il ne pourrait s’agir que d’une protection, qui ne substituerait pas à ce qui existe au premier euro, mais qui valoriserait le fait que la solidarité nationale doit être la première source de financement de la perte d’autonomie. C’est peut-être une différence majeure avec les autres acteurs, mais nous sommes convaincus que la solidarité nationale doit constituer la principale source de financement. Si elle ne peut pas tout, il est intéressant de travailler à des sources de financement complémentaires, mais nous voyons bien aujourd'hui que la perte d’autonomie représente environ 30 milliards d’euros, dont 24 sont pris en charge par la solidarité nationale et les prélèvements obligatoires, et 6 milliards qui correspondent au reste à charge. Il s’agit de quelques dépenses d’hébergement et de restauration, mais l’essentiel correspond à la prise en charge de l’autonomie en établissement.

Nous avons donc aujourd’hui un financement central de la solidarité nationale. Les besoins sont appelés à augmenter fortement. La part des plus de 85 ans sera multipliée par plus de trois. La question est de savoir si les dépenses augmenteront en proportion. C’est la raison pour laquelle le deuxième élément de nos réflexions dans le cadre du Lab Autonomie concerne la place de la prévention, et le rôle central du développement et du renforcement de cette prévention. Je suis évidemment un grand partisan de l’Assurance maladie, mais imaginer que l’Assurance maladie, qui constitue déjà le premier financeur public, devant la CNSA et les départements, peut tout financer, ne serait pas réaliste. La prévention, en mobilisant l’ensemble des acteurs et en renforçant les synergies, est donc essentielle.

Enfin, les aidants constituent un point fondamental. Je laisse la parole à Pierre MAYEUR sur ce sujet.

Alexandre BEAU

Il connait bien le sujet. Mais avant d’en venir aux aidants, la prévention est un point très important. Plus nous développons la prévention, et moins nous dépensons à terme.

Pierre MAYEUR

Imaginer la construction de ce 5ème risque comme l’Assurance maladie, avec cette articulation entre les acteurs du régime de base et ceux du régime complémentaire, ne me semble pas pertinent. Le système de l’Assurance maladie est ce qu’il est, et je ne suis pas convaincu qu’il faille le dupliquer en matière d’autonomie.

Par ailleurs, depuis 2001 et la loi sur l’Allocation Personnalisée d’Autonomie, nous avons choisi de créer un système de protection sociale qui s’appuie sur un réseau territorial et la compétence d’une collectivité en particulier, le département. Voulons-nous remettre en cause cette compétence territoriale ? Je pense que nous devons conforter un système de protection sociale qui s’exerce dans un cadre territorial, mais dont les règles ont été définies au niveau national. C’est dans ce système que nous pouvons imaginer une place pour l’assurance perte autonomie et les acteurs complémentaires, qui viennent en complément de ce qui est déjà versé, ou de ce qui sera versé demain par les collectivités publiques que sont l’Assurance maladie, les départements, et la CNSA. Pour autant nous savons que par rapport au besoin, compris entre 1,5 et 2 points de PIB, nous aurons besoin de répartition entre les acteurs. Il faut donc définir la répartition la plus appropriée. Je pense que ce doit être la feuille de route du gouvernement en matière d’autonomie.

En ce qui concerne la prévention, les organismes complémentaires et groupes de protection sociale, qui sont présents en entreprise et peuvent développer des actions de prévention en contact direct avec les salariés, puisque le bien-vieillir commence en quelque sorte dès le premier jour en entreprise, ont une place particulière. Ils l’occupent déjà, et nous voyons qu’ils sont peut-être plus agiles, pour prendre un mot à la mode, pour agir et utiliser les ressorts que permettent les nouvelles technologies.

Alexandre BEAU

Vos clients en entreprise sont-ils demandeurs ?

Pierre MAYEUR

En entreprise, nous sommes plus sur les questions de la qualité de vie au travail et de responsabilités sociale de l’entreprise. La question des aidants se pose évidemment, mais aussi celle du vieillissement prématuré des salariés sur leur poste de travail. C’est un sujet pertinent depuis que le travail existe, mais qui prend aujourd’hui une acuité particulière avec l’allongement des carrières et la révolution démographique. Il y a donc effectivement un besoin et des actions à imaginer et à mettre en place. Il faut faire preuve d’imagination et de foisonnement, avec des mécanismes qui ne sont pas encore tous stabilisés. Emmanuel ROUX a eu à mon sens raison de dire que l’assurance en dépendance était peut-être plus incertaine que pour d’autres risques courts. Pour autant, un assureur a pour vocation de prendre des risques.

Nous connaissons la part de personnes âgées qui auront plus de 85 ans en 2030. Elles sont toutes nées, et nous pouvons faire des projections sur la part d’entre elles qui sera en situation de dépendance. Nous pouvons nous demander si les gains d’espérance de vie à venir correspondront à des années avec ou sans incapacité, et si la perte d’autonomie arrivera en fin de vie, c'est-à-dire si nous parviendrons à reculer l’âge à partir duquel les personnes deviennent dépendantes. Ce sont les vrais sujets. La question de l’assurance perte d’autonomie mérite néanmoins d’être portée.

Alexandre BEAU

La CNAV agit déjà dans le domaine de la perte d’autonomie. Dans le scénario que nous avons présenté, elle prend la main sur ce 5ème risque. Dans cette hypothèse seriez-vous disposés à travailler avec les équipes de Nicolas REVEL, ou bien doivent-elles prendre complètement la main sur ce dossier ?

Gérard RIVIERE

La réponse n’est pas si simple. Travailler de façon étroite et intelligente avec les différents acteurs de la prévention de la perte d’autonomie, nous le faisons déjà. Nous organisons cette coopération depuis de nombreuses années. Nous continuerions évidemment dans le cadre d’un futur dispositif légal, à la place qui nous serait dévolue par la loi. Pour autant, je ne préconise pas forcément le modèle que vous avez présenté.

J’ai évoqué la nécessité d’insister sur la prévention. J’évoquais 1,25 million de personnes, ce qui correspond à 8 % de la population des personnes âgées. Le premier défi, que nous devons absolument relever, et de faire en sorte que la population des personnes atteintes de perte d’autonomie reste en-dessous de ce seuil de 8 %. Parce que cette population de 8 % va mécaniquement augmenter avec la part des seniors dans la société. Nous devons donc absolument travailler pour diminuer ce chiffre. Je ne sais si nous devons établir notre ambition à 7 % ou 6 %, mais nous devons nous fixer des objectifs forts dans ce domaine.

La CNAV y travaille déjà en inter-régime, et développe une politique de prévention. Nos ambitions sont cependant fortes. Nous sommes en région Rhône-Alpes, et j’en profite pour remercier nos amis d’Atout Prévention, qui sont parmi les plus dynamiques du territoire, ce qui n’est pas du tout une façon de dire que les autres ne le sont pas.

Aujourd'hui, notre budget d’action sociale représente moins de 400 millions d’euros, depuis plus de dix ans. Les conventions d’objectifs et de gestion permettent au mieux de faire progresser cette enveloppe à hauteur de l’inflation, et encore nous n’y parvenons pas toujours. Il convient donc en premier lieu de décupler ce budget d’action sanitaire et sociale des caisses de retraite, pour lui permettre de faire face.

Nous organisons aujourd’hui 370 000 aides individuelles. Il faudrait aller bien au-delà, puisque nous ne traitons que les situations les plus difficiles. Cette sélection nous contraint à ne pas prendre en charge une population suffisamment large. En matière de prévention, nous avons, en 2017, fait bénéficier 270 000 retraités d’une initiative de prévention sous forme d’atelier. C’est beaucoup, mais une cohorte annuelle de retraités du régime général représente 700 000 personnes. Nous avons 1,8 million de retraités de moins de 65 ans, et 6 millions de moins de 75 ans. C’est cette population que nous devons absolument accompagner. Il faut développer une politique de prévention dynamique pour elle. Entre 4 % et 6 % des personnes âgées de plus de 60 ans seraient classées GIR 5, soit entre 600 000 et 1 million de personnes. Elles sont déjà en situation de grande fragilité, et si nous ne faisons pas un effort important pour les accompagner, elles basculeront dans la perte d’autonomie sous peu, peut-être même avant l’adoption du prochain projet de loi.

La perte d’autonomie est un risque social, personne ne le conteste. Pour autant, est-il nécessaire de créer une 5ème branche pour la traiter ? Je n’en suis pas convaincu. Par ailleurs, est-il pertinent de la confier à la branche Maladie ? Ce serait un signal très négatif envoyé à la population générale et aux seniors en particulier, puisqu’il reviendrait à assimiler la vieillesse à la maladie. La loi ASV a fait le maximum pour changer cette image. Le vieillissement n’est pas qu’une charge pour la société, c’est aussi une opportunité. Par conséquent, dire que la perte d’autonomie liée au vieillissement serait exclusivement de la responsabilité de l’Assurance maladie serait à mon sens un très mauvais signal.

Par ailleurs, je rappelle à toutes fins utiles que l’article L. 222-1 du Code de la Sécurité sociale indique que la CNAV, au titre de ses missions, exerce une activité d’action sanitaire et sociale à destination des travailleurs salariés, et non des retraités ex-salariés. Elle dispose donc déjà d’une compétence et d’une légitimité pour développer une politique nationale de promotion de la prévention du risque de perte d’autonomie.

Alexandre BEAU

Comment les autres pays européens traitent-ils ces problématiques ?

Michel DIEU

Ce sujet fait partie intégrante du socle des droits sociaux signé en novembre 2017 à Göteborg. Il liste 20 principes de politique sociale.

Cette question de la dépendance est traitée de façon différence entre les pays. De manière générale, une grande partie de l’aide aux personnes en perte d’autonomie est apportée par la famille. Peu de pays ont développé des structures dédiées.

Schématiquement, les questions de santé sont traitées par les soignants, et les autres par l’entourage. Peu de pays organisent la gestion de la perte d’autonomie de façon horizontale. En général, l’organisation est établie aux niveaux national, régional, et local, comme en France. Dans une partie significative des pays, la priorité est donnée au maintien à domicile.

En matière de prévention, certains ont développé des stratégies, avec un certain succès. Le financement est en général assuré par les personnes en situation de dépendance elles-mêmes. En Europe, le reste à charge est important, et en général le financement est pris sur les impôts.

En Europe, les aidants sont la plupart du temps les conjoints et les enfants, et principalement des femmes. En ce qui les concerne, une économie souterraine s’est développée dans ce domaine. Dans plusieurs pays, comme par exemple la Suisse, nous constatons ainsi l’apparition d’une économie souterraine, avec l’emploi de migrants pour aider les personnes en dépendance. Nous le voyons non seulement en Suisse, mais aussi en Italie, en Grèce, en Pologne, en Espagne, ou à Chypre. Des personnes migrantes sans qualification y sont souvent employées pour aider, en étant payées au noir et sans contrat de travail. C’est un réel problème qui émerge en Europe.

Alexandre BEAU

Les autorités laissent-elles faire parce que cela rend service, ou bien luttent-elles contre ce phénomène ?

Michel DIEU

Certains pays luttent, par exemple la Suisse, mais je ne suis pas sûr qu’il s’agit d’un sujet politique en Europe centrale.

Des pays ont essayé de mettre en place des stratégies. L’Estonie a ainsi développé un dispositif pour augmenter le financement en complément de l’Etat. Nous comptons quelques exemples de ce type, pour limiter la fragmentation entre les trois niveaux national, régional, et local. Ce sont cependant toujours des expériences limitées. Le problème est d’une telle ampleur qu’il est loin d’être réglé. Pour traiter la question du financement de la dépendance, il faudrait passer de 1,6 % à 2,7 % du PIB. Ce n’est pas envisageable aujourd’hui.

Alexandre BEAU

Je vous remercie.

Serge GUERIN

Je ne tenterai pas de faire une synthèse, ce serait trop complexe. Je constate en outre que pour traiter ce sujet, nous n’avions qu’un panel uniquement masculin, pour un sujet qui est très féminisé. Quand nous parlons de papy-boom, le terme est impropre. C’est avant tout un mamy-boom, statistiquement. Par ailleurs, comme cela a été dit, les aidants sont d’abord des aidantes. Il est important de le rappeler.

Nous sommes beaucoup restés sur les questions de chiffres, ce qui est normal au vu de notre point de départ. La question de l’accompagnement du grand âge est à mon sens d’abord humaine, sociale, et sociétale. Il faut partir de là, et trouver par la suite des solutions techniques. Nous avons trop tendance à privilégier la technique avant le reste, mais s’il n’y a pas de vision, nous ne réglerons pas les questions.

Au titre de ces questions, il convient de rappeler certains faits. De ce point de vue, ce qui a été dit sur l’Assurance maladie est intéressant. Vieillir fait partie de la vie, et une personne âgée n’est pas plus malade qu’une autre. Vivre induit le risque d’être malade, mais l’âge n’est pas le seul facteur à cet égard. Il convient d’y réfléchir différemment. L’un des risques avec cette création d’un 5ème risque est celui de stigmatiser les personnes âgées. Nous risquons d’en venir à penser que les vieux coûtent trop. Beaucoup le pensent déjà.

Nous devons aussi réfléchir dans un environnement qui a évolué, et qui changera encore. Nous savons que les retraités connaissent aujourd’hui un phénomène d’appauvrissement, et il ne s’arrêtera pas là. Nous devons donc prendre en compte la diminution des ressources des personnes, et sans doute aussi des familles. Comment accompagner les personnes avec moins de moyens ?

Par ailleurs, selon les situations territoriales, géographiques, ou culturelles, nous constaterons également de grandes différences.

Nous avons beaucoup évoqué la question de la prévention. C’est une vision politique du sujet. Ou bien nous estimons que c’est une fatalité, et il convient alors de s’assurer contre elle, ou nous considérons que c’est un risque, mais ce n’est pas un risque pour tous, et nous pouvons pour partie le réduire, par exemple en agissant dans l’entreprise.

Enfin, il y a au fond la question de savoir qui valoriser. Les aidants constituent un enjeu fondamental, et nous y reviendrons. Si les aidants ne continuent plus, comment ferons-nous ? La moitié des aidants sont des personnes en activité, et l’autre est déjà âgée. Nous devons déterminer comment les accompagner. Par ailleurs, cette politique de prévention est beaucoup plus large que les questions de santé ou d’activité physique. Dans l’étude mentionnée par Emmanuel ROUX, un chiffre était particulièrement surprenant. 88 % des personnes interrogées souhaitaient rester vivre à domicile. Vivre à domicile est sans doute un terme plus élégant que maintien à domicile, qui a un côté contraint. 88 % des personnes veulent donc rester chez elles, mais quand nous leur demandons si elles ont adapté leur logement, seuls 15 % répondaient positivement. La situation est un peu la même que pour l’écologie : tant que nous ne sommes pas directement confrontés au problème, nous sommes incapables de nous projeter. Comment pousser les personnes à se préparer et à adapter leur logement ? Ce n’est pas une question de réforme ou de loi. Le sujet est beaucoup plus compliqué, il s’agit de porter ensemble cette prise de conscience plus large. Sachant que nous ne menons pas une politique pour les personnes âgées, mais avec elles. Il faut donc mobiliser les personnes pour cette prise de conscience et cette intervention.

Au-delà des retraités et personnes âgées, qui font partie de la solution, et qui ne sont pas le problème, il y a aussi tous les métiers. Nous devons inventer une société qui valorise ces métiers, plutôt de fragiliser des individus déjà fragiles, et qui s’occupent de personnes fragiles. Sachant que c’est générateur d’activité, d’emploi, et d’estime de soi. Nous ne devons pas oublier ces éléments.

## Projet de loi Dépendance

### Dominique LIBAULT

#### Président des groupes de travail chargé de mission et président du Haut Conseil de Financement de la Protection sociale, pilote de la concertation Grand âge et autonomie

Alexandre BEAU

Dominique LIBAULT, pourquoi une concertation sur ce sujet ?

Dominique LIBAULT

Parce que les pouvoirs publics l’ont voulue. Je le précise parce qu’il est important que les pouvoirs publics décident d’inscrire ce sujet des personnes âgées en haut de l’agenda. Certains sont sceptiques, en rappelant que ce n’est pas la première fois, et que nous avons déjà entendu des discours dans ce domaine. Il faut sans doute y faire attention, mais ce n’est quand même pas neutre. Pourquoi cette décision ? Honnêtement, je pense que les problèmes ressentis dans les EHPAD au printemps ont joué un rôle manifeste dans la prise de conscience, par les pouvoirs publics, de l’existence d’un sujet lourd, qui n’était sans doute pas identifié comme tel. Il ne faisait pas partie du projet présidentiel au départ. Cette décision de l’inscrire en haut de l’agenda est donc d’autant plus notable. Le président de la République l’a rappelé très récemment dans une intervention télévisée. Il y a donc une réelle volonté de prendre ce sujet du grand âge et de l’autonomie à bras le corps pour une réforme d’ampleur annoncée dès 2019. Je pourrais vous citer des extraits de ma lettre de mission qui l’attestent. Le délai relativement court pour mener cette réforme induit par ailleurs que la concertation doit également être réalisée en relativement peu de temps.

Il y a donc une volonté politique manifeste. Cette volonté rencontre à mon sens celle des acteurs de travailler sur ce sujet. Je la constate, il y a une maturité dans ce domaine. Il ne faut surtout pas dire que rien n’a été fait. Nous oublions parfois ce qu’étaient les hospices il y a encore trente ou quarante ans chez nous. Les pouvoirs publics ont ajouté des dispositifs au fur et à mesure. La loi Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV), qui n’est pas si vieille, est importante, et a apporté des éléments positifs. Nous devons le rappeler et prendre ces éléments en considération. Pour autant, il faut sans doute changer la façon d’aborder le sujet. C’est l’objet de la concertation.

Alexandre BEAU

La concertation porte sur le contenu et les modalités. En ce qui concerne les modalités, deux conseils ont été mis en place, un conseil scientifique et un conseil d’orientation, ainsi que 10 chantiers.

Dominique LIBAULT

Il y a d’abord une concertation au niveau national, dont je vais citer les ateliers pour vous donner une idée de l’ampleur des sujets que nous voulons aborder. La concertation s’efforce d’envisager la question dans toute sa globalité. Les thèmes sont donc les suivants :

* Gouvernance et pilotage : ce point a été un peu abordé dans la précédente table ronde sur le 5ème risque ;
* Panier de biens et services : il s’agit de savoir ce que nous offrirons demain à nos aînés comme prestations autour de la dépendance ;
* Financement : cette question n’est pas du tout ignorée ;
* Parcours des personnes âgées : le sujet de la fluidité des parcours, et des risques de rupture de ces parcours, et de l’orientation pour la famille et les aidants, est important ;
* Métiers : vous avez commencé à en parler, et j’y reviendrai sans doute, dans la mesure où c’est à mon sens l’un des points majeurs aujourd’hui, puisqu’il s’agit de savoir si nous aurons demain suffisamment de personnes motivées et qualifiées pour s’occuper de nos aînés ;
* Aidants, familiaux et autres, y compris éventuellement dans la cadre du nouveau service national ;
* Prévention : ce point est majeur ;
* Nouvelle offre : nous avons une offre à domicile et en établissement, mais peut-être est-elle trop segmentée, et il faudrait peut-être une offre intermédiaire, à définir, sachant qu’il convient par ailleurs de proposer une offre plus proche des souhaits des aînés, en respectant notamment l’idée du chez soi ;
* Cadre de vie : nos aînés vivent dans une société, avec un cadre de vie qui inclut le logement, la ville, les transports, et nous devons considérer cet ensemble ;
* Hôpital : beaucoup de personnes âgées passent à l’hôpital à un moment donné, et pas toujours dans les meilleures conditions (l’accueil aux urgences n’est ainsi pas du tout ce qu’il y a de mieux pour les personnes âgées), et il convient de mieux prendre en compte le soin de la personne âgée dans ce contexte, sans nous limiter au seul service de gériatrie, et en prenant en compte le phénomène croissant de dépendance nosocomiale, c'est-à-dire le fait que certaines personnes âgées ressortent de l’hôpital plus dépendantes qu’elles ne l’étaient à l’entrée.

Enfin, nous avons un atelier transversal sur les données et les systèmes d’information. C’est un point technique, mais très important pour faire fonctionner le tout. Nous discutons de ces sujets au niveau national, et nous avons également des rencontres bilatérales avec les partenaires sociaux. C’est un élément très important de cette concertation nationale. Nous avons un conseil d’orientation et un conseil scientifique, ainsi que des forums régionaux qui seront organisés, et des groupes de travail plus spécifiques avec les aidants, avec les personnes âgées elles-mêmes, avec les professionnels, pour entendre la parole des intéressés. L’idée n’est pas de ne réunir que des experts, mais de recueillir aussi le point de vue des premiers concernés. Une consultation citoyenne est également lancée à cette fin, à laquelle nous pouvons tous participer en visitant le site make.org, qui est notre partenaire. L’objectif est qu’un maximum de personnes puisse participer à cette consultation.

Alexandre BEAU

Il s’agit donc de toute une organisation, qui a été mise en place en peu de temps. Elle a été lancée en octobre, pour un rendu programmé en février.

Dominique LIBAULT

En effet. Les délais sont assez courts, en lien avec la volonté du gouvernement de mettre en place des mesures assez rapidement.

Alexandre BEAU

J’imagine donc que vous avez déjà avancé sur plusieurs points. Avez-vous des premières pistes ?

Dominique LIBAULT

Je reste très prudent, puisque j’anime ces ateliers et qu’ils n’ont pas encore rendu leurs conclusions, mais nous pouvons cependant livrer à votre réflexion quelques éléments.

Nous sommes partis de quelques constats. La question des personnels est première, qu’ils soient en établissement ou à domicile. Tous les opérateurs que je rencontre soulignent la difficulté à recruter et à fidéliser des intervenants pour s’occuper de personnes âgées. Cette situation ouvre de nombreuses questions lourdes, qui sont fondamentales. Vous le savez, la branche Accidents du travail/maladies professionnelles a récemment publié des chiffres, dont il ressort que l’absentéisme et les niveaux d’accidents ou de maladie du travail/maladies professionnelles sont élevés dans ces catégories professionnelles, notamment en EHPAD, et ces éléments sont révélateurs. J’ai parlé des mouvements récents de ces personnels, et nous devons entendre leur souffrance et leur mal-être.

Ils sont liés à de nombreux facteurs. La question de la capacité à bien faire son travail se pose, et doit être entendue. Ces personnels doivent avoir le sentiment de bien s’occuper des personnes à leur charge. Il en va de même pour celle des parcours professionnels. Aide-soignant en EHPAD est un métier difficile, ce qui pose la question de son exercice pendant 40 ans, et de notre regard sur ces professions. Quel parcours leur offrons-nous ? La valorisation de ces métiers et du travail auprès des personnes âgées par notre profession est un point fondamental. Le regard que nous portons sur eux, qui renvoie plus globalement à celui de la société sur les personnes âgées elles-mêmes, les aidants professionnels, et les aidants familiaux, est fondamental. Travailler auprès des personnes âgées est-il valorisé aujourd'hui ? Nous avons tous entendu parler de reportages qui montraient que le traitement des personnes âgées n’était pas toujours exemplaire. Ce sont des réalités que nous devons prendre en compte. De là à généraliser et stigmatiser celles et ceux qui s’occupent des personnes, il y a un pas qu’il ne faut pas franchir.

Je rencontre ces personnels, et beaucoup sont démoralisés, et nous devons donc nous poser la question de savoir comment rendre leur fierté à celles et ceux qui travaillent avec les personnes âgées. Je n’énonce pas de solutions, je pose un diagnostic. C’est une question fondamentale. Si nous ne menons pas ce travail, nous pourrons dire tout ce que nous voudrons, et même mettre en place des financements, nous n’y arriverons pas.

Le deuxième point que je souhaite souligner est celui de la complexité du système, de l’abord, de l’orientation, et des acteurs. Il est régulièrement mis en avant. Nous devons nous demander comment rendre les choses plus simples, non pas uniquement par souci d’efficience, mais également pour éviter les ruptures dans les parcours des personnes âgées. Cette complexité se traduit en effet par des orientations inadaptées, inadéquates, qui ne sont optimales ni pour la personne, ni pour le système. Il nous faut donc travailler sur cette vision. Le traitement de la complexité est très important.

Le troisième constat est celui de l’hétérogénéité du traitement. Je vais beaucoup sur le terrain, je rencontre de nombreux opérateurs et acteurs de terrain, et j’observe des pratiques remarquables comme d’autres beaucoup moins recommandables. Comment tirer tout le monde vers le haut ? Cette hétérogénéité est parfois liée au traitement par les départements, nous devons le reconnaître. D’un département à l’autre, quand je rencontre par exemple les services à domicile, ils me disent que les tarifs varient parfois de façon significative pour un même service. Pour autant, la réponse aux personnes âgées ne passe pas que par des éléments financiers. Il faut aussi beaucoup de service, au plus près des territoires. Notre réponse ne peut pas être uniquement monétaire, nous devons organiser les services au plus près des personnes, sur les territoires. C’est un élément essentiel pour construire ensuite, éventuellement, une gouvernance sur ce sujet.

Dernier point, la confiance. Comment redonner aux familles et aux aidants confiance dans l’ensemble du système ? Je pense que c’est une question très importante pour mieux traiter le sujet de nos personnes âgées, et repenser autrement la façon pour notre société de les prendre en charge.

Alexandre BEAU

Merci. Nous devrions donc avoir un projet de loi dans quelques mois, en parallèle de celui sur Ma santé 2022. Peut-être y aura-t-il des ponts entre les deux projets ?

Dominique LIBAULT

Oui, vous avez raison. Le gouvernement a lancé deux grands projets dans le domaine social, sur la pauvreté et sur santé 2022. Il y a des ponts avec ces deux sujets, notamment avec santé 2022, par exemple en ce qui concerne les questions de prévention, évidemment, qui sont très importantes. C’est un autre constat : la prévention est essentielle. De plus en plus de gériatres me le confirment : la prévention peut être efficace, et peut retarder la dépendance, voire éviter complètement qu’une personne âgée y soit confrontée, si elle est menée suffisamment tôt. L’idée est de traiter la situation au stade de la fragilité, avant que des évolutions irréversibles interviennent. Si nous intervenons assez tôt, il existe un certain niveau de réversibilité. C’est un point très important, qui fait le lien avec santé 2022.

Il y a aussi la question de l’organisation du système, notamment à travers une expérience que j’ai menée, intitulée Parcours pour les personnes âgées en risque de perte d’autonomie (PERPA), dans le cadre de laquelle nous avons initié en France le concept de coordination territoriale d’appui. Il s’agit de dire qu’il faut mieux se coordonner, mais que nous ne pouvons pas demander aux professionnels de le faire seuls s’il n’y a pas de structure pour les aider. Nous devons donc trouver les bonnes coordinations entre Santé 2022, qui reprend évidemment ce sujet des coordinations territoriales d’appui pour établir un système de santé mieux coordonné, et la question des personnes âgées. C’est l’un des ponts à établir.

Alexandre BEAU

Je vous invite donc à participer demain à la table ronde sur le PERPA. Serge GUERIN, avez-vous une conclusion ?

Serge GUERIN

Ce n’est pas du tout une conclusion, il s’agit d’abonder dans le sens de Dominique LIBAULT. Je reviens brièvement sur les métiers, avec un seul chiffre. Les accidents de travail dans les EHPAD et l’accompagnement à domicile représentent 6 000 ETP par an, soit un chiffre qui permettrait de régler pour partie le problème. C’est donc bien une question majeure, je suis tout à fait d’accord avec vous. J’avais dit dès le départ que nous ne pouvons pas mener une politique du vieillissement, je préfère le terme de politique de la longévité, sans d’abord poser la question des métiers. Et donc celle du regard sur le secteur. En 4ème ou 3ème, quand les jeunes commencent à s’orienter, ce n’est pas un hasard si tous veulent aller vers un CAP Petite enfance. Aucun ne s’oriente vers les vieux. Il y a donc un réel enjeu de valorisation, ce qui renvoie au sujet de regard que vous avez mentionné. Vous avez parfaitement raison de rappeler à quel point cette question du regard est importante. Sachant que le regard est au final ce qui est le plus difficile à changer. Aucune loi ne suffit pour changer le regard. Nous devons en parler.

Par ailleurs, vous avez mentionné la question de l’information. Nous sommes perdus. Il ne s’agit pas de courir après le guichet unique, qui revient régulièrement, mais il faut trouver, dans les territoires où tout ne peut pas être dans la grande ville, comment les personnes peuvent s’informer. Et je parle de s’informer en vrai, face à des vraies personnes qui orientent, sans passer par des sites Internet.

Enfin, vous avez effectué des visites, et constaté des choses remarquables comme d’autres moins recommandables. Vous avez souligné la disparité des pratiques. Nous pourrions établir une cartographie des initiatives d’innovation sociale, et pas uniquement technologiques, qui sont utiles et apparaissent partout sur le territoire, mais avec souvent une tendance à recommencer 25 fois la même chose. En mutualisant, ou même simplement en informant, nous pourrions être plus efficaces, et peut-être même réduire les coûts et les charges.

Dominique LIBAULT

Il faut repartir de la personne, et non des institutions, c’est évident. Il est également nécessaire de décloisonner pour que les bonnes pratiques soient mieux connues, et de davantage capitaliser et tirer parti de ce qui existe et fonctionne sur certains territoires. Nous avons ainsi ce concept de nouvelle offre, avec des établissements qui peuvent être des plateformes territoriales, c'est-à-dire offrir des services à des populations âgées qui restent à domicile, mais pourraient bénéficier des services de l’établissement. Certains commencent à le faire, et je pense que c’est l’avenir. Nous devons décloisonner et abattre les murs. C’est très important.

Je rejoins enfin Marie-Anne MONTCHAMP sur l’idée du chez-soi. Il faut que les personnes restent maîtresses de leur vie, et que nous donnions de la vie à leurs dernières années. Ce sera notre objectif.

## Concours Défi d’Or : innovations

## Présentation des projets

Alain POULET

J’invite les opérateurs des premiers Défis d’Or de l’innovation, dans le cadre des Défis Autonomie, à nous rejoindre.

Franck PRESTI

C’est un plaisir de vous retrouver. Vous êtes tous invités à participer à la première remise des Défis d’Or, c’est assez historique de ce point de vue. Nous allons vous présenter des projets, qui ont été sélectionnés, et nous remettrons les prix décernés par le jury.

Pierre-Marie CHAPON

Dans le cadre de ces Défis, nous sommes allés chercher au cœur de l’innovation, dans toute la France et à travers diverses catégories, les projets qui nous semblent vraiment innovants et amènent des éléments intéressants et pertinents, que nous considérons comme pertinents à appuyer et soutenir. Je pense que certains de ces sujets vous plairont particulièrement.

Franck PRESTI

Ces premiers Défis d’Or ont été imaginés pour valoriser des idées, des services, des démarches, des engagements, ou des produits innovants au service des personnes âgées en perte d’autonomie, afin de favoriser leur quotidien, dans une démarche de bien-vieillir à domicile ou en EHPAD. Les 24 projets retenus ont été présentés sur la page Facebook de Défi Autonomie, et ont été répartis en 5 catégories :

* Prévention santé ;
* Vivre chez soi ;
* Vivre la ville ;
* Vivre en établissement ;
* Inventer demain.

Le jury a par ailleurs décidé de remettre un coup de cœur, que nous découvrirons enfin de cérémonie.

J’invite Alain POULET pour nous dire un mot sur ces premiers Défis d’Or.

Alain POULET

Merci d’être tous présents pour cette opération, que nous espérons n’être qu’une première. Ce qui implique que nous puissions recenser tous les projets, ce qui est très difficile. Je suis personnellement impressionné par le nombre de projets que nous avons pu lister. Je suis convaincu qu’il y en a encore beaucoup d’autres. Nous espérons donc que vous serez en quelque sorte, à l’issue de cette cérémonie, des ambassadeurs de ces Défis d’Or, afin que nous puissions encore vous présenter un maximum de projets dans les années qui viennent. Nous avons été très intéressés par l’ensemble des éléments que nous avons vus, et que vous allez maintenant découvrir. Ce sont des initiatives très significatives de l’engagement de l’ensemble des structures sociales, économiques, et associatives autour de la problématique des seniors et des solutions à apporter pour leur bien-être dans le grand âge.

Je n’en dis pas plus, je donne la place à la présentation de ces projets.

##### Prévention santé

Franck PRESTI

Le premier projet est présenté par l’AIMV. Cette structure dispose de 60 ans d’expérience dans les services d’accompagnement, d’aide, et de soin à la personne. Elle a lancé le projet Estime de soi, autour de l’idée de l’une de ses aides-soignantes.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

OKEMED est un projet de service de sentinelle de santé, dans le but de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d’autonomie, et de soulager les aidants.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Part’âge a pour but de permettre à des seniors MAPA de partir en vacance, tout en s’offrant une seconde jeunesse et en favorisant les liens intergénérationnels.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Le CETAF a élaboré un score de risque de chute pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et autonomes. Ce score a pour objectif de repérer les personnes âgées à risque de chute.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

DomaVie, mieux vivre à domicile, propose la prestation la plus personnalisée qui soit, en fonction des besoins, capacités, et habitudes de vie de chacun, avec les acteurs du territoire, pour le développement de l’autonomie.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

HappyVisio est une plateforme en ligne qui propose des conférences et ateliers à suivre en direct par visioconférence.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Pour remettre le trophée, j’appelle la présidence de l’OCIRP, Philippe PIHET et Jean-Louis PEYRUDE. Quelle est votre réaction à la présentation de ces projets ?

Philippe PIHET

Ces projets sont particulièrement intéressants, avec une idée à mon sens fondamentale, à savoir coordonner. C’est une des clés du succès, comme Dominique LIBAULT l’a souligné. Il faut faire tomber les murs, c’est tout à fait fondamental et intéressant.

Jean-Louis PEYRUDE

Ce qui m’a plu, c’est le premier film sur la personne qui massait les personnes âgées. J’ai trouvé que cela apportait quelque chose de précis et constructif.

Philippe PIHET

L’organisme récompensé est justement l’AIMV.

Franck PRESTI

Nous les invitons à venir recevoir ce trophée.

Yves PERRIN

Le mérite de ce trophée revient à Fatima, pour cette initiative innovante. Je souhaite lui rendre hommage. Vous avez parlé de fierté, et les personnels de l’aide à domicile sont demandeurs de reconnaissance. Vous pouvez donc être fiers de recevoir ce prix.

##### Vivre chez soi

Franck PRESTI

Hoa Ora est une plateforme de conciergerie des services.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Les maisons de Marianne proposent une vision innovante du logement, dans laquelle le projet immobilier et l’animation du lien social sont pensés pour favoriser le vivre ensemble.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Ubbo Access est un robot conçu par Axyn Robotique, et dédié à l’aide au maintien à domicile des personnes âgées.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Béguinage & Compagnie, expert en assistance à maîtrise d’usage du logement senior, accompagne les projets d’habitat groupé, pour être acteur de projets de vie partagée.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Domélia est un acteur engagé dans la prévention de la perte d’autonomie, en agissant le plus en amont possible auprès des jeunes seniors, via le développement et le déploiement de l’autodiagnostic.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Pour remettre le trophée, j’appelle Annick BRUNEL, vice-présidente du Département de la Loire chargée de l’autonomie, et Henry JOUVE, président de la MSA Ardèche-Drôme-Loire.

Henry JOUVE

Il faut souligner la somme d’initiatives et d’inventions dans ce domaine. Elles sont très nombreuses, louables, et remarquables. D’une certaine façon, il est rassurant de constater que beaucoup réfléchissent à ces questions. C’est à mon sens une des grandes qualités du Défi Autonomie.

Annick BRUNEL

Je me réjouis de tout ce qui est fait dans le département. Nous avons vu les Villages de Marianne, et j’ai également chez moi Village Concept, dans le cadre duquel nous essayons de réfléchir à des habitats alternatifs pour éviter le passage en EHPAD, et je pense que c’est l’avenir, à savoir des habitats autres que l’EHPAD, ou au moins complémentaires de l’EHPAD.

Henry JOUVE

Le Défi d’Or est attribué à Hoa Ora, à travers Marianne CIMINO.

Alexandre BEAU

D’où vient ce nom ?

Marianne CIMINO

Hoa Ora signifie « compagnon de vie » en maori. L’objectif était de ne pas stigmatiser quelque chose conçu spécifiquement pour les seniors ou pour le domicile. Nous voulons accompagner nos aînés dans les meilleures conditions. La vidéo insiste beaucoup sur l’outil technologique, mais il intervient juste comme support. La véritable complexité se situe au niveau de la coordination. L’objectif n’est donc pas de rajouter une couche, mais de faciliter la transversalité entre nos différents métiers. Il existe de nombreux services et prestataires, bénévoles, privés, ou publics, très intéressants, mais il manque ce lien, et il est difficile pour les personnes âgées de travailler avec tous ces intervenants.

##### Vivre la Ville

Franck PRESTI

Le premier projet que nous vous présentons est le Physio-Parc de Saint-Etienne.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Rando-Seniors propose la création de sentiers urbains balisés pour les personnes âgées, afin de les aider à sortir de leur isolement et de les emmener sur des points stratégiques (commerces, parcs, loisirs).

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Cap Form Senior est un programme pour le bien-vieillir, qui propose de vous accompagner de manière performante dans votre envie de maintien en forme et de vitalité.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

J’appelle Nicole AUBOURDY et Evelyne POULET, respectivement conseillère municipale à Saint-Etienne et responsable de l’action sociale pour le groupe Malakoff Mederic, pour remettre ce trophée.

Evelyne POULET

L’ensemble de ces projets fait écho aux engagements du groupe Malakoff Mederic en matière d’action sociale, de bien vieillir, et de proximité.

Nicole AUBOURDY

Je suis ravie de remettre ce prix, qui souligne ce que la ville de Saint-Etienne fait pour nos aînés.

Evelyne POULET

Le trophée est remis au Physio-Parc, à travers Yannick GUICHARD.

Yannick GUICHARD

Je suis ravi de recevoir ce prix, pour un projet initié en 2011 et travaillé avec les EHPAD, les établissements sanitaires et sociaux, et les retours d’usage des professionnels de santé. Je suis particulièrement heureux de voir les personnes, à Saint-Etienne et ailleurs, venir dans ce parc et l’utiliser en souriant et en communiquant. Il est vraiment important de prendre du plaisir en pratiquent de l’activité physique adaptée.

##### Vivre en établissement

Franck PRESTI

Le premier projet est la Tovertafel.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Connect’Age est la première plateforme personnalisée de jeux multi-sensoriels, dont l’objectif est de simplifier l’animation mais aussi le suivi des patients ou résidents.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Papyhappy propose une solution complète pour trouver un hébergement qui correspond aux attentes des personnes âgées.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

L’association PBDS (Prévention Bucco-Dentaire des Seniors) se déplace dans les établissements accueillant des personnes âgées en perte d’autonomie, pour un dépistage des problèmes dentaires.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Le Poisson Mécanique propose de développer, entretenir, et transmettre des méthodes *low-tech* d’agriculture urbaine dans les jardins d’établissements d’accueil pour personnes âgées à Saint-Etienne.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Pour remettre ce trophée, j’appelle Laurent LEGENDART, délégué départemental Loire de l’ARS Auvergne Rhône-Alpes, et Frédéric BERNARD, directeur de l’action sociale de CLESIA.

Frédéric BERNARD

Nous savons qu’en établissement, c’est l’isolement et la fragilité qui créent la perte d’autonomie. Toutes les solutions mises en place et que nous avons pu voir constituent donc de vraies nécessités pour nos seniors.

Laurent LEGENDART

J’ai été touché par le développement d’outils pour stimuler les personnes âgées, notamment atteintes de la maladie d’Alzheimer, en établissement. Dans le cadre du dernier plan Alzheimer, nous avons développé des Pôles d’Activité et de Soins Adaptés (PASA). Nous avons là de quoi renouveler les outils et développer d’autres pratiques. Tant mieux.

Frédéric BERNARD

Le trophée est attribué à MJ Innov pour la Toverafelt. Nous le remettons à Jonathan ARNAUD et Max BAYLE.

Jonathan ARNAUD

Merci. Nous avons créé MJ Innov il y a six mois, et nous sommes le représentant exclusif de la société Active Cues, basée aux Pays-Bas, et qui a développé il y a trois ans cette Tovertaflt, qui signifie Table Magique en néerlandais. C’est un outil interactif destiné aux personnes atteintes de démence, à un stade modéré à sévère. Nous sommes basés à Saint-Etienne, et nous sommes donc d’autant plus contents de recevoir ce trophée. Merci encore.

Max BAYLE

Merci beaucoup à Netty, qui est venu aujourd’hui des Pays-Bas à cette occasion. C’est un vraiment un outil remarquable, et je tire mon chapeau à celle qui l’a conçu, après plus de 4 ans d’études scientifiques, et à toutes les personnes qui ont participé au développement des jeux. Nous avons réalisé de nombreuses démonstrations en EHPAD, et 20 établissements seront équipés d’ici la fin de l’année. Le personnel soignant et beaucoup de familles nous remercient déjà pour cet outil, qui leur permet de refaire une activité avec leurs parents. C’est une des raisons pour lesquelles nous avons réalisé ce travail. Merci.

##### Inventer demain

Franck PRESTI

Benevolt.fr est la première plateforme de bénévolat qui facilite la rencontre entre les personnes de plus de 55 ans qui ont du temps et des expériences à partager.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Eovi MCD Mutuelle et l’Ecole des Mines de Saint-Etienne se sont associées pour imaginer le lit du futur, équipé de nouvelles technologies pour le suivi des fragilités, dans l’optique de prévenir la dépendance.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Envie Autonomie est un projet écologique, économique, et solidaire. Il vise à créer une filière d’économie circulaire dans les dispositifs liés à l’autonomie, tels que fauteuils roulants, lits médicalisés, ou déambulateurs.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Le HandyLover est un dispositif d’assistance sexuelle. Il peut être un outil d’apprentissage, mais aussi une aide à la vie sexuelle.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

Marpa pays d’Urfé est une collaboration réussie d’acteurs locaux en faveur d’un projet de création : la maison d’accueil et de résidence pour l’autonomie des personnes âgées du pays d’Urfé.

*Une vidéo de présentation du projet est projetée.*

Franck PRESTI

J’appelle pour remettre ce trophée Patrick LAVAUD, président de Senior Autonomie, et Dominique LIBAULT, directeur de l’EN3S de Saint-Etienne.

Dominique LIBAULT

Cette catégorie est tout à fait intéressante part son seul intitulé, à savoir l’innovation au service des personnes âgées. Nous avons un peu tendance à considérer qu’il y a d’un côté les innovateurs, les start-ups, et tout ce monde, et de l’autre les personnes âgées, qui relèveraient du social et du médico-social. Il est positif que ces deux mondes se parlent, et que nous constations que l’innovation peut tout à fait être au service des personnes âgées, et que nous incitions les innovateurs à aller dans cette direction. Valoriser ces innovations permet de les faire connaître et les développer.

Patrick LAVAUD

L’ensemble des projets qui nous ont été présentés résume cette journée, et sans doute celle de demain, à propos de tout ce qui peut être fait dans le domaine de la dépendance.

Le trophée est attribué à la Marpa du pays d‘Urfé.

Rambert PALIARD

Je suis très heureux de recevoir ce trophée aujourd’hui. Le film que vous avez vu correspondait au lancement de notre campagne de financement participatif, et cette campagne nous a permis de collecter 125 000 euros pour notre Marpa. C’est une somme remarquable, et elle évolue régulièrement. Nous avons lancé cette campagne depuis un certain temps, et elle est toujours active. Nous sommes très heureux de savoir qu’aujourd’hui encore, des personnes se mobilisent pour que nos résidents de Saint-Romain-d’Urfé et de tout le territoire vivent le mieux possible dans notre Marpa. Merci encore.

##### Coup de cœur

Franck PRESTI

J’appelle pour remettre ce trophée Rose BOUTARIC et Maurice RONAT, respectivement administratrice d’AG2R La Mondiale et ‘président de l’Union nationale des organismes complémentaires d’assurance maladie.

Rose BOUTARIC

Le trophée Défi Coup de Cœur est attribué à l’association Poisson Mécanique.

Maurice RONAT

Je suis ligérien, et vous savez que cette manifestation est d’envergure nationale, et peut-être même bientôt internationale si Alain POULET continue son travail. Je tiens à saluer la qualité de tous les projets présentés dans le cadre de ces défis. Je constate également qu’il y a beaucoup de projets locaux, et je les félicite tous, y compris les non-locaux.

Rose BOUTARIC

Je m’associe à ces propos. Je suis impressionnée par toutes ces personnes qui se mobilisent, parfois avec des moyens simples, pour aide, garantir la sécurité, et prévenir l’isolement. Nous ne pouvons que les applaudir.

Titouan DELAGE

Au cœur de ce projet, il y a la peur de vieillir et la crainte du dérèglement climatique, et après un an d’expérimentation du Poisson Mécanique à l’EHPAD de la Sarrasinière, toute l’équipe peut affirmer qu’il est possible et souhaitable d’envisager les enjeux du réchauffement climatique et du bien vieillir comme un seul et même sujet de transformation des établissements d’hébergement pour personnes âgées.

Pierre-Marie CHAPON

Je pense que nous avons suscité des vocations pour les Défis 2019.

# Mardi 20 novembre

Alain POULET

Mesdames et messieurs, bonjour. Voulez-vous bien prendre place, s’il vous plaît. Nous allons démarrer, notre animateur est là.

## Prise en charge des seniors à domicile – vers une conciergerie territoriale

### Participent à la table ronde :

*Catherine BOQUET  
Dirigeante de SFI*

*Rémi BOUVIER  
Directeur général du groupe Eovi-MCD Santé et Service*

*Dominique GENTIAL  
Directrice MSA Ardèche Drôme Loire*

*Philippe PIHET  
Administrateur AGIRC ARRCO*

*Jérôme REYNE  
Directeur de l’autonomie – Département de la Loire*

#### La table ronde est animée par Alexandre BEAU, directeur adjoint Espace social européen, vice-président Observatoire européen de la protection sociale, et Serge GUERIN, sociologue.

Alexandre BEAU

Bonjour à toutes et à tous. Nous allons commencer nos travaux, qui vont nous occuper toute la matinée, ce midi et jusqu’en milieu de l’après-midi.

Hier, nous avons posé un cadre général sur les problématiques d’organisation, de financement. Toute la journée d’aujourd’hui est plutôt consacrée à ce qu’il se passe concrètement sur le terrain, aux actions des acteurs de proximité en faveur des personnes en perte d’autonomie ou en phase de perte d’autonomie. Nous allons balayer un certain nombre de sujets. Nous parlerons de la conciergerie territoriale, du maintien à domicile, de la rupture de l’isolement, de télémédecine, sujet qui est sur la table depuis plusieurs années et qui se matérialise depuis environ un an.

Nous parlerons également de l’exemple d’une ville : comment, à l’échelon d’une ville, prendre en charge l’accompagnement des personnes âgées ?

Nous finirons la matinée sur les nouvelles technologies et le robot Paro. Je ne sais pas si vous le connaissez, il s’agit d’un petit phoque très mignon déployé notamment dans les EHPAD.

Pour commencer, nous allons parler de conciergerie territoriale, avec, autour de la table, un certain nombre de personnes. Une personne est absente, elle est excusée, il s’agit de François-Emmanuel Blanc, le directeur général de la CCMSA. Ne vous inquiétez pas, sa voix sera représentée puisqu’il nous a envoyé son texte. Sa contribution restera, même si vous n’aurez pas droit à son charisme.

Pour nous accompagner, nous avons Dominique Gential, directrice de la MSA Ardèche Drôme Loire, merci de votre présence.

Catherine Boquet, vous êtes dirigeante de SFI, vous allez également nous accompagner sur le sujet de la conciergerie territoriale et des tablettes mis à disposition des usagers.

Sur ma droite, Philippe Pihet, administrateur Agirc-Arrco, mais également président de l’OCIRP.

Tout au bout de la table se trouve Rémi Bouvier, directeur général Eovi-MCD Santé.

Enfin, nous avons Jérôme Reyne, que nous verrons deux fois aujourd’hui et qui est le directeur de l’autonomie au niveau du Département de la Loire. Les deux séquences ne seront pas tout à fait les mêmes.

Serge Guérin nous accompagne également toujours. Il nous proposera un petit mot de conclusion, de synthèse des débats à la fin de cette première table ronde.

Nous allons commencer par les absents. François-Emmanuel Blanc n’est pas là, mais, Dominique, vous allez être sa porte-parole.

Dominique GENTIAL

Bonjour à toutes et à tous. J’ai déjà eu l’occasion d’intervenir à plusieurs reprises et François-Emmanuel Blanc est vraiment désolée de ne pas pouvoir être avec nous. Il a dû modifier son agenda hier. Il avait donc préparé sa table ronde avec un certain nombre d’éléments qu’il souhaitait partager avec vous. Je vais essayer, le plus fidèlement possible, d’évoquer les différents points qu’il souhaitait apporter à la réflexion d’aujourd’hui.

La MSA, en tant qu’organisme de protection sociale, de par son rôle et avec ses fonds d’action sanitaire et sociale, travaille au quotidien auprès des retraités sur le maintien à domicile, que ce soit via des aides financières ou, de manière historique, ce qui est un peu original pour un organisme de protection sociale, via la téléassistance et le portage de repas. Au-delà de la mission de base d’un organisme de protection sociale, nous avons développé un certain nombre de services de façon directe sur les territoires ruraux qui manquaient de ces services, alors qu’ils sont plus accessibles dans le monde urbain.

Au niveau institutionnel, dans le cadre de la convention d’objectifs et de gestion qui a été fixée avec l’Etat pour la période entre 2015 et 2020, une harmonisation des pratiques des caisses était sollicitée, et au moins six services de maintien à domicile doivent être développés par chacune des caisses. Ceux que j’ai évoqués tout à l’heure, aides financières, téléassistance et portage de repas, en font partie.

Nous travaillons également sur un sujet que nous avons évoqué hier à travers, notamment l’intervention de la présidente de la CNSA, il s’agit du « bien vivre chez soi ». La MSA travaille ainsi sur un certain nombre d’actions autour de l’adaptation de l’habitat, la perte d’autonomie, l’accompagnement des personnes et la mise en lien avec les prestataires de services.

Nous développons également – et nous vous l’avons présenté l’an dernier au Défi Autonomie, l’accompagnement des aidants à travers une association nommée Bulle d’air. Notre objectif principal est la création de lien social.

Ce sont donc les actions que porte la MSA. Nous sommes aussi présents pour présenter un certain nombre d’exemples. Chaque caisse de MSA a ainsi conduit un diagnostic territorial sur l’accès aux soins et l’accès à la santé dans le monde rural, en collaboration avec l’ARS. Ce sujet nous paraît extrêmement important. A partir de ce diagnostic, l’objectif est de mettre en place des actions concrètes et des actions différenciées. Souvent, on évoque la nécessité d’harmonisation et d’homogénéité. Nous sommes un petit peu en défaut par rapport à cela puisqu’au contraire, à partir de diagnostics territoriaux, nous souhaitons proposer des offres adaptées. Nous prenons le sujet un peu dans l’autre sens.

Dans ce cadre-là, la MSA se voit un peu comme un facilitateur dans les territoires ruraux, avec la volonté d’impulser une concertation entre les différents acteurs du territoire. La conciergerie numérique, que nous présenterons dans un instant, est un exemple parfait de cette capacité de concertation entre les équipes.

La MSA est également coordinatrice, en étant en capacité, auprès des collectivités territoriales notamment, de faire de l’ingénierie. Cette ingénierie nous amène notamment à réaliser des résidences autonomie, nos fameuses MARPA, pour lesquelles nous avons reçu un Défi d’Or hier. Nous reparlerons de cette MARPA tout à l’heure. Cette capacité d’ingénierie nous permet d’apporter des services en milieu rural avec la concertation de l’ensemble des acteurs.

La MSA peut également être un soutien financier, non seulement par les aides qu’elle accorde directement aux retraités, mais aussi par des initiatives portées par d’autres structures. A la demande de partenaires, un certain nombre de MSA ont été amenées à apporter une contribution financière à l’acquisition de tablettes adaptées. Nous avons vu qu’il existait de nombreux exemples d’équipements de ce type, et nous sommes souvent sollicités pour financer ces tablettes. Un certain nombre de caisses ont répondu favorablement, parce que le projet était innovant et qu’il s’agissait de nouvelles technologies.

Nous voyons bien, aujourd’hui, avec d’une part la rupture numérique et d’autre part l’accompagnement nécessaire des retraités, que donner une tablette aux personnes âgées ne suffit pas à les faire sortir de leur isolement ou à créer du lien social. C’est la raison pour laquelle nous essayons de réfléchir à d’autres dispositifs, en tout cas pour le cas de la caisse Ardèche Drôme Loire.

Le message complémentaire que François-Emmanuel voulait passer était également qu’un certain nombre de structurations ont été mises en place. Je veux parler du PAERPA et des MAIA, qui ont le mérite d’exister et d’avoir tenté une nouvelle approche auprès des personnes âgées. Elles ont eu des résultats intéressants, mais ils restent tout de même assez partiels. Nous ressentons bien un besoin de plus de fluidité. Nous devons remettre l’ouvrage sur le métier. « C’est notre devoir », nous dit François-Emmanuel Blanc, « envers l’ensemble de nos retraités ». Cette recherche de fluidité est extrêmement importante.

Nous faisons également face à de nombreuses expérimentations : des plateformes de service logistique, des conciergeries territoriales ou numériques, etc. Nous devons nous y intéresser et pouvoir accompagner les projets pour les spécifier et nous assurer qu’ils correspondent, non pas à une volonté d’acquérir de nouveaux marchés, mais à une réaction par rapport aux besoins des personnes.

Nous devons également être très attentifs aux nouvelles technologies à domicile, que ce soit dans un logement privé ou dans les résidences autonomie. Ces nouveaux dispositifs sont intelligents, connectés, ils livrent des applications dédiées sur tablettes. Nous devons nous y intéresser, mais nous devons surtout piloter ces équipements pour éviter de nous éparpiller. Il s’agit d’une promesse de la conciergerie numérique vis-à-vis de ces nouveaux usages.

Alexandre BEAU

Merci, Dominique, et merci à François-Emmanuel pour sa contribution.

Après la parole de François-Emmanuel, nous allons entrer dans le vif du sujet de l’expérimentation de mise à disposition de tablettes.

Quelles actions menez-vous au niveau du territoire de l’Ardèche ?

Dominique GENTIAL

Nous allons mener une expérience sur la Loire. Le Défi Autonomie ayant lieu dans la Loire, nous avons évidemment choisi la Loire. Je plaisante. En réalité, le groupe MSA travaille pour innover sur un certain nombre de sujets.

L’idée est de travailler sur une conciergerie territoriale sur l’ensemble de la région Rhône-Alpes. Encore faut-il savoir si ce projet correspond vraiment aux besoins des personnes. Nous allons donc commencer à mener une expérience dans la Loire. Vous l’aurez compris, la MSA est très attachée aux territoires et commence par s’identifier à un territoire avant de porter un projet. C’est tout à fait ce que nous avons voulu mettre en place.

Notre objectif est donc de travailler sur un territoire où nous sommes déjà présents et où nous pouvons, avec les collectivités territoriales et les prestataires du secteur, bien connaître les besoins et faire en sorte de créer une animation autour de ce secteur.

Nous avons considéré que nous pourrions nous appuyer sur nos MARPA, qui sont des résidences autonomie, mais qui sont aussi des lieux de vie. Les animations proposées aux résidents de nos MARPA sont également proposées à l’ensemble de la population du territoire. Dominique Libault disait : « Abattons les murs ». Aujourd’hui, nous abattons les murs en MARPA, mais nous ne le faisons pas forcément suffisamment savoir. L’idée est donc d’aller plus loin dans cette démarche.

Nous avons identifié une MARPA en cours de construction à Saint-Romain-d’Urfé. Elle ouvrira à l’hiver prochain. Le président et Madame la mairesse de Saint-Romain-d’Urfé sont présents aujourd’hui. Nous souhaiterions également ensuite développer l’expérience sur un territoire plus au sud du département, Saint-Maurice-en-Gourgois, où là aussi existe une volonté de mettre en place une réelle autonomie, et où nous sentons une réelle dynamique autour du territoire. La dynamique est bien évidemment portée par les collectivités territoriales, la MSA avec les résidences autonomie.

L’idée est de faire en sorte que notre conciergerie, qui est un concept d’assistance personnelle, mais aussi un conseil aux personnes, puisse se faire autour d’une équipe constituée de bénévoles et de professionnels, qui auront comme base la MARPA.

Alexandre BEAU

Comment l’usager accédera-t-il à cette conciergerie ?

Dominique GENTIAL

Nous souhaitons développer une offre sur-mesure. Nous verrons tout à l’heure, avec Madame Boquet, quelle tablette peut être proposée. Nous irons rencontrer les personnes âgées pour recenser leurs habitudes et définir leurs besoins. En fonction de ces éléments, nous constituerons le contenu de la tablette. Chacun aura une tablette unique, qui correspondra vraiment à ce qu’il recherche. Je pense par exemple aux ateliers Equilibre que nous organisons ici. Nous pourrons lui indiquer quels sont les ateliers Equilibre organisés sur son secteur. Cependant, si la personne nous dit qu’elle n’a pas du tout l’intention de sortir pour participer à ces ateliers ou faire du sport, nous pourrons lui installer une autre ou lui proposer un autre service. Il s’agit vraiment d’un service sur-mesure.

Une fois que cette personnalisation est réalisée, il s’agit d’une vraie conciergerie. Le service est associé à une équipe de bénévoles qui va pouvoir répondre aux sollicitations de la personne âgée. Les sollicitations peuvent concerner le domaine de la santé, du social ou des demandes auprès d’artisans du secteur pour venir changer une ampoule, etc.

Il s’agit d’une offre multicanal. La personne âgée pourra nous solliciter via sa tablette, mais également par téléphone ou se rendre directement à la MARPA pour rencontrer l’équipe.

L’attrait complémentaire du service concernera la question de la télémédecine. Nous en parlons beaucoup aujourd’hui. Comment cette télémédecine va-t-elle se passer ? Les retraités prendront-ils leur tablette pour contacter un professionnel de santé ? Certains, oui, mais je pense que certains d’entre eux devront être accompagnés. Nous pouvons donc également imaginer qu’ils puissent venir à la MARPA avec leur tablette pour se mettre en relation avec le médecin, entourés du personnel adapté qui pourra les aider.

Alexandre BEAU

Merci beaucoup, Madame Gential.

Nous avons vu le dispositif. Catherine Boquet, comment accompagnez-vous les usagers de la MARPA avec vos outils, par ces tablettes et ces interfaces ?

Catherine BOQUET

Bonjour à tous, merci.

Je dirige depuis 23 ans l’entreprise SFI, qui est une entreprise de 25 personnes basée à Saint-Etienne, spécialisée dans les nouvelles technologies.

Après 30 ans de carrière en tant qu’ingénieure en informatique, je constate qu’aujourd’hui les technologies sont enfin assez matures pour s’adresser à tous, y compris les plus fragiles. C’est la raison pour laquelle j’ai eu l’idée de m’intéresser au secteur des personnes âgées. J’ai travaillé en 2018 sur une étude d’usage avec des designers et un certain nombre de professionnels du maintien à domicile et des interlocuteurs du territoire et de la santé. Je vois que certains sont présents aujourd’hui, je tiens à les remercier d’avoir donné de leur temps sur ce travail de réflexion mené avec un cabinet de design stéphanois.

Nous avons également réalisé une étude de l’état de l’art pour voir ce qui existe en termes d’applications dans ce domaine. Nous avons constaté que les nombreuses applications qui existent sont centrées sur l’aidé, mais donnent une place centrale à l’aidant. Ces applications ont donc du mal à être utilisées sans l’accompagnement actif d’un aidant. Concrètement, nous avons identifié un besoin de développer et d’utiliser ces technologies non pas en comptant sur les aidants, mais en comptant sur des personnes dont c’est le métier, qui vont utiliser ces outils pour rendre le service auprès des personnes âgées. C’est là qu’est né le concept de cyberconcierge.

Ce cyberconcierge aura pour rôle de mettre à disposition des seniors des services personnalisés et il pourra utiliser l’outil digital en l’administrant à distance. Il pourra donc assurer son service à distance.

Nous lançons le projet d’équipement de la MARPA de Saint-Romain-d’Urfé dans la Loire, en collaboration avec la MSA. Le projet sera centré sur un groupe de personnes appelées les cyberconcierges, à défaut de trouver un nom plus sympathique. Ils seront connectés sur un outil très abouti, et devront donc suivre une formation digitale. Ils auront donc une double compétence sociale et digitale. Ils auront un outil connecté à un serveur centralisé. Nous pourrons y raccorder des personnes âgées, qu’elles soient dans la MARPA ou à domicile. Elles utiliseront le biais d’une tablette numérique, qui est l’outil le plus ergonomique. Si elles ont des smartphones, elles pourront aussi les utiliser. L’idée est de leur fournir une tablette avec des services personnalisés.

Les professionnels de santé pourront également venir se connecter sur le système en utilisant l’équipement de leur choix. Leurs profils seront personnalisés et reconnus, leurs droits d’accès seront gérés et ils pourront donc être en relation avec les personnes âgées, mais également avec toutes les parties prenantes du dispositif. Celles-ci sont nombreuses et comprennent tous les représentants des services, avec les ADMR, les personnes qui livrent les repas, qui assurent les transports, etc. Tous ces services pourront être connectés, en rapport avec le territoire. Dans le cadre de l’expérience pilote sur la MARPA de Saint-Romain-d’Urfé, nous ne proposerons pas de services localisés à 100 km de là. La notion de territorialité est très forte.

De la même façon qu’avec d’autres applications, les proches de la personne âgée pourront également se connecter et seront des contributeurs du service. Ils pourront échanger avec leur proche, ajouter des photos, etc., mais nous ne compterons pas sur eux pour que le système tourne.

Alexandre BEAU

Pourront-ils recevoir des alertes en cas de souci ?

Catherine BOQUET

Ils pourront en avoir. Nous définirons tous les modules que nous mettrons dans ce dispositif, et si nous pensons qu’ils doivent avoir des alertes, ils en auront. Cependant, l’interlocuteur principal qui recevra des alertes sera le cyberconcierge. Son rôle sera en effet d’y être vigilant.

Tout le territoire aura également accès à ce dispositif. Si le cyberconcierge identifie un supermarché qui veut participer au dispositif, il pourra établir la liaison et permettre à la personne âgée de commander ses courses directement auprès du supermarché si celui-ci est prêt à les lui livrer.

Les écoles du territoire pourront également se connecter au système pour organiser des ateliers, des échanges. La mairie pourra se connecter également. Si des événements culturels ont lieu sur le territoire, les organisateurs pourront poster ces événements, et l’information sera transmise aux seniors qui ont envie de sortir et qui sont intéressés par ce type d’événement.

Tous les citoyens, bénévoles, habitants du territoire, pourront également avoir un accès, s’ils le souhaitent, pour participer à cette communauté. La tablette devient vraiment un outil communautaire animé par le cyberconcierge, qui aura un rôle très important dans le dispositif.

Nous avons fait réaliser une maquette pour vous montrer l’utilisation du dispositif par le biais d’un petit film.

*Une vidéo est projetée à l’écran.*

Vous voyez donc Renée utiliser sa tablette. Sur celle-ci, un certain nombre de modules ont été mis en place pour elle. La tablette lui signale l’arrivée de la femme de ménage, lui permet de gérer son agenda. Renée sort souvent de chez elle et aime faire des activités à l’extérieur. Le dispositif lui liste donc toutes les activités qui sont organisées sur son territoire dans les jours qui suivent. Elle est évidemment en rapport avec ses proches, qui lui ont transmis des messages et des photos.

Renée a une femme de ménage, qui a un smartphone et qui est connectée au système. Elle peut donc voir toutes les personnes chez qui elle intervient, gérer son agenda et enregistrer tous ses passages, ce qui permettra au cyberconcierge de piloter ce service.

Vous avez ensuite une visualisation de l’écran du cyberconcierge, qui permet de gérer un certain nombre de personnes. Il peut se mettre directement en relation avec l’une d’entre elles ou recevoir une alerte. Il va également gérer les modules. Lorsqu’il enregistre un nouveau senior, il doit connaître ses centres d’intérêt, ses goûts, sa capacité et son appétence à utiliser une tablette, pour mettre en place des modules et surveiller qu’ils soient utilisés. Les modules sont personnalisés par rapport à la personne. Le cyberconcierge a accès à toute une palette de modules et peut choisir ceux qu’il met à disposition de chaque personne âgée.

Alexandre BEAU

Je trouve le dispositif plutôt bien fait et pédagogique en termes d’approche. Nous avons donc une ouverture à la fois sur l’écosystème de la MARPA et l’extérieur. Le dispositif permet une fenêtre de communication intéressante pour la personne âgée.

Merci beaucoup, Madame Boquet, pour votre présentation.

Jérôme, en tant que représentant du Département, vous devez trouver cette initiative intéressante. Combien de seniors le département de la Loire compte-t-il, et comment le Département les accompagne-t-il ?

Jérôme REYNE

Bonjour à toutes et à tous. Je suis très heureux de partager cette table ronde sur la question de l’offre territoriale. Les Départements sont en effet très impliqués dans la réponse territoriale aux personnes âgées. Si j’interviens sur deux tables rondes, je le répéterai dans mes propos.

Le département de la Loire compte 200 000 personnes âgées de plus de 60 ans. A l’horizon 2040, nous estimons que ce chiffre sera augmenté de 50 000 personnes.

Alexandre BEAU

Quelle proportion de la population les personnes âgées représentent-elles ?

Jérôme REYNE

A l’horizon 2040, les personnes âgées de plus de 60 ans représenteront 31 % de la population de la Loire. Aujourd’hui, elles représentent environ 26 %. 8 000 personnes ont plus de 90 ans et 80 000 ont plus de 75 ans.

Sur une population de 200 000 retraités, 20 000 sont aujourd’hui accompagnées par le Département au titre de la perte d’autonomie. Ce qui nous mobilise aujourd’hui est d’agir en prévention. Il s’agit d’un enjeu très fort pour notre territoire.

Sur ces populations âgées, nous recensons aujourd’hui des difficultés sociales et économiques, mais également d’isolement. L’isolement est repéré par rapport à la densité de population sur certaines communes. Environ 29 % des personnes âgées habitent sur des communes peu denses en population, cumulées à une très faible densité en équipements et services. Il est difficile de proposer des réponses à ces personnes âgées. Ces réponses sont complexes, d’autant plus lorsqu’elles habitent sur des territoires peu denses.

Nous avons mené une enquête dans le cadre de la construction du schéma départemental de l’autonomie, qui se déploie sur cinq ans, auprès du grand public et de la population âgée en particulier. Nous avons essayé de savoir quels étaient leurs priorités et leurs questionnements principaux. Ce qui apparaît en premier lieu est le problème de la mobilité, des déplacements et de l’accès aux services pour répondre aux besoins du quotidien. Le sujet concerne les commerces de proximité, l’offre de santé, les équipements qui facilitent le maintien de l’autonomie de ces seniors. Dans ce questionnaire, la question du coût, de la qualité et du type de prestations reviennent en priorité.

Alexandre BEAU

Nous avons abordé le sujet du coût hier, nous avons vu que le sujet était épineux.

Concernant le type de prestations, déployez-vous des prestations en propre ou vous appuyez-vous sur le tissu local, associatif et les acteurs de l’économie sociale et solidaire ?

Jérôme REYNE

Les deux. En tant que chef de file de l’action sociale, le Département doit accompagner ses partenaires. Nous sommes auprès des partenaires pour étudier l’offre de service et d’établissement, réguler les réponses à apporter avec l’Etat ou l’ARS concernant les offres médico-sociales.

Nous sommes aussi positionnés sur l’opérationnel, puisque le Département est là pour servir les besoins de la population au titre de prestations sociales, dont l’APA en premier lieu. Nous réalisons également l’évaluation pour le compte de caisses de retraite, puisque dans le département de la Loire, nous sommes missionnés pour évaluer les besoins des personnes âgées en GIR 5 et 6, qui sont autonomes, mais relativement fragiles. Nous proposons donc un diagnostic à domicile pour repérer les besoins.

Par rapport aux propositions qui nous sont faites par la MSA et la Mutualité française, nous voyons bien que nous pouvons être complémentaires. Sur le département, nous avons un diagnostic assez fin, de plus en plus poussé, des besoins de la population. Nous rencontrons les populations, nous rencontrons leurs aidants, nous essayons de porter un diagnostic, pas uniquement au regard de la santé ou d’une aide humaine qui serait nécessaire pour les gestes du quotidien, mais également pour déployer de nouvelles réponses et entendre les questions d’adaptation du logement, d’accès à des aides techniques supplémentaires, d’accès aux loisirs, à la vie sociale, etc. Ces notions dépassent aujourd’hui le soin et la dépendance.

Les Départements accompagnent depuis 20 ans les prestations dépendance. Les prestations des départements sont historiquement centrées sur la gestion de la dépendance et le besoin d’une tierce personne pour les gestes du quotidien. Aujourd’hui, ce périmètre est élargi à l’accès à la citoyenneté, à des produits, à de nouveaux services, etc. Nous sommes là pour le diagnostic, mais nous sommes également là pour accompagner des partenaires pour développer de solutions innovantes, comme la conciergerie. La conciergerie a plusieurs visages aujourd’hui. Nous connaissons deux typologies de conciergeries, il y en a peut-être beaucoup d’autres. Nous nous orientons vers de nouvelles réponses dans des résidences autonomie, dans des EHPAD, nous le verrons ensuite, mais également dans les quartiers, les villes ou les villages, pour que nous puissions proposer un recours plus facile aux différents équipements pour les personnes âgées.

Aujourd’hui, le parcours des personnes âgées est très complexe. L’offre est très dynamique sur ce territoire, nous l’avons vu hier dans les Défis d’Or. Cependant, comment les personnes âgées peuvent y avoir accès ? A quel prix ? Par qui sont-elles orientées ? Qui évalue la pertinence de ces services et qui les référencent ? Vous avez aujourd’hui, sur internet, une multitude de référencements. Le Département a un portail, tout comme la Carsat, le régime des caisses de retraite Atout Prévention Rhône-Alpes, la CNSA avec le portail personnesagees.gouv, etc.

Les personnes âgées ont cependant du mal à choisir la bonne porte d’entrée. Les solutions de proximité, comme la conciergerie numérique, permettent d’avoir un plateau de services sur un équipement numérique et d’avoir un œil attentif sur la qualité des services. L’objectif n’est pas de proposer toute l’offre de services d’un territoire, mais de pouvoir consigner un certain nombre de services, avec une vigilance sur la pertinence de ces produits ou de ces services et sur leur coût, nous savons que le revenu des ménages est modéré dans la Loire.

L’ambition du président du Département est également d’avoir des conciergeries physiques. Nous ne pouvons en effet pas tout concevoir par le numérique. Nous devrons accompagner cette transition par une médiation. Nous le faisons directement au domicile, puisque tous nos travailleurs sociaux qui évaluent les besoins à domicile sont équipés d’un PC hybride, une tablette connectée, qui leur permet de faire des démonstrations sur différentes techniques, et de commencer à confronter les personnes âgées à cet outil. Je pense que l’enjeu de l’ensemble de ces propositions est aussi de pouvoir vulgariser ces pratiques.

Alexandre BEAU

Vulgariser, évaluer la qualité, simplifier les démarches… Je pense que nous pouvons à présent laisser la parole à Rémi Bouvier.

Il lance une expérimentation avec le Département de la Loire sur une conciergerie dans les EHPAD. Pouvez-vous nous expliquer dans les grandes lignes cette expérimentation que vous menez avec le Département ?

Rémi BOUVIER

Bonjour à tous. L’essentiel a été dit autour de la table aujourd’hui. Nous en avons discuté avec la MSA, qui est précurseur sur ces sujets. Dans les expressions de la MSA et du conseil départemental, nous retrouvons l’essence même de ce que doit être une conciergerie.

Notre démarche a été de recenser les carences des personnes âgées à domicile ou en établissement. Lorsque vous êtes en EHPAS, vous pouvez très bien avoir envie de réserver une place de spectacle, d’acheter une pâtisserie lorsque vous recevez vos enfants ou vos petits-enfants, de visionner un film, etc. Ces éléments vous rapprochent de la réalité, de la normalité. Dans la « vraie vie », lorsque vous avez un tel besoin, vous vous déplacez pour acheter tels produit ou service.

Nous avons souhaité combler ces besoins en intégrant cette notion d’autonomie et de service. Je pense que la notion de service représente l’évolution de l’ensemble de nos établissements, qu’ils soient sanitaires ou médico-sociaux. Nous sommes là pour rendre service et, bien entendu, concevoir la notion de plaisir. A force de sanitariser, on en oublie l’essentiel de la vie, qui est le plaisir.

Nous avons ensuite étudié le panorama de nos établissements. Nous avons des établissements urbains et des établissements ruraux. Nous ne traitons pas un établissement rural comme un établissement urbain. Nous avons également les personnes âgées qui vivent à domicile. Il existe donc plusieurs configurations : les établissements de type EHPAD, les établissements de type résidence senior et le domicile, et chaque catégorie est différente en milieu rural et en milieu urbain.

Si nous concevons une conciergerie, nous devrons l’adapter à ces milieux. Nous aurons différentes expérimentations qui s’intègrent également dans le concept de la Cité des aînés. Nous sommes à nouveau hors les murs. Nous poussons le schéma et nous mettons en place un établissement de référence, qui pourra être une référence en termes médical – et là, je fais écho à Hôpital 2022, la réforme de la santé –, en termes sanitaire pour avoir recours à de la télémédecine, de la consultation pointue tout en étant complètement ouvert sur le quartier ou sur la ville, et faire en sorte que les personnes âgées de ce quartier ou de cette ville puissent venir y faire des consultations.

La conciergerie sera également complètement ouverte. Elle répondra donc à la fois à une problématique d’établissement, de résidence senior ou même de logement de type HLM.

Dans le panel de paniers, puisque nous sommes dans une notion de plaisir, nous retrouverons également des partenariats avec les commerçants de la ville.

Alexandre BEAU

Ces partenariats fonctionnent-ils concrètement ?

Rémi BOUVIER

Oui, nous sommes en train de le déterminer. Nous devons être vigilants aux « fausses bonnes idées ». Nous pouvons, par exemple, en tant que valides, penser qu’une action peut être intéressante à mettre en place, et nous apercevoir ensuite à l’usage qu’elle n’est pas forcément utilisée par les personnes âgées. En revanche, les personnes âgées peuvent nous faire remonter des éléments auxquels nous n’aurions pas pensé concernant leurs besoins. Nous savons très bien que nous devrons adapter nos conciergeries.

Nous travaillons avec Ligne Roset sur une ligne de mobilier pour établissements. Nous souhaitons faire en sorte qu’une personne âgée, qu’elle soit à domicile ou en établissement, puisse modifier le mobilier de son appartement. Si elle reçoit ses petits-enfants, elle peut faire appel à une petite table sur laquelle les convives pourront prendre le convive. Si une personne âgée résidant à domicile reçoit une personne pendant une courte période, elle peut faire appel à la conciergerie pour qu’elle lui fournisse les éléments de mobilier dont elle aura besoin.

Les personnes âgées pourront également faire appel à d’autres services, comme le médicament, par exemple. Nous savons qu’il existe aujourd’hui des réglementations. Vous avez le libre choix de votre pharmacie, mais nous voyons bien qu’il s’agit d’un libre choix très encadré. Nous réfléchissons à la livraison de cette fameuse PDA (préparation des doses à administrer), ces petits sachets qui indiquent quel médicament doit être pris à quelle heure. Pourquoi ne pas organiser cette livraison en établissement ou à domicile ? Nous savons que certains patients ont une quantité importante de médicaments, et se perdent un peu dans leur fameux pilulier.

Nous pouvons également imaginer un service sur les soins d’hygiène. Lorsque vous êtes incontinent, il est difficile de se rendre en supermarché pour acheter ses protections. La conciergerie vous permettra également de les livrer à domicile.

Vous le voyez, le panel de services est vraiment très étendu. Le but, je le répète, est de rendre service tout en conservant une notion de plaisir.

Pourquoi avons-nous choisi de mettre en place une expérimentation ? Nous déterminer les produits, mais également le modèle économique. Mettre en place une conciergerie à un endroit pour faire un modèle, nous savons tous le faire. En revanche, faire une conciergerie que nous serions capables d’industrialiser et de déployer sur un grand nombre d’établissements est plus compliqué.

Je crois que c’est ce que nous souhaitons faire, tant du côté de la MSA, du conseil départemental que de la Mutualité. Nous souhaitons faire un test pour créer un modèle que nous pourrons ensuite industrialiser.

Alexandre BEAU

Merci beaucoup, Rémi.

Nous pouvons à présent laisser la parole à Philippe Pihet, qui est donc administrateur Agirc-Arrco. Pour ceux qui ne le savent pas, l’Agirc et l’Arrco fusionnent le 1er janvier prochain. L’Agirc-Arrco va bien au-delà du versement des pensions. Il y a aussi un accompagnement humain des assurés. Pouvez-vous nous en dire quelques mots ?

Philippe PIHET

Bonjour à toutes et à tous. Effectivement, l’Agirc-Arrco est la complémentaire des salariés du privé, donc des salariés de la MSA, évidemment. L’Agirc-Arrco signe des conventions de partenariat avec les fédérations, que ce soit la caisse nationale des MSA, la CNAV ou les autres régimes. Sur ce qui nous intéresse ce matin, sur la conciergerie, je trouve le lancement de cette expérimentation particulièrement intéressant. J’ai alerté les services de la fédération Agirc-Arrco pour qu’un travail en commun puisse être mené. Je pense que le sujet est tout à fait passionnant. Madame Buzyn, le 1er octobre, a lancé la mission Grand âge et autonomie. Nous sommes au niveau des concepts. Maintenant, nous devons mettre de la chair autour du squelette. Le digital est passionnant, mais ce n’est jamais qu’un outil, ce n’est pas du tout péjoratif, mais il doit avoir du sens. Le sens du digital, notamment sur les conciergeries, est de donner du sens à l’humain. Je pense que ce point est tout à fait fondamental. Nous participerons, nous prendrons les contacts pour nous rapprocher des acteurs de cette expérimentation de conciergerie virtuelle, conciergerie physique, humaine.

Je crois que les professionnels que nous sommes doivent sortir de leurs murs pour aller au-devant des besoins. Pour avoir la certitude du besoin, il faut interroger les personnes qui ont ces besoins, et ne pas répondre pour eux avant de poser les questions. Je pense que ce point est très important.

Concernant la conciergerie, si vous me permettez, je pense que nous pourrions l’appeler coordonnateur autonomie. Nous en discutions avec les amis de la FMNF, pas plus tard que la semaine dernière.

Je souhaitais vous parler du projet innovant « Vivre le répit en famille ». L’action sociale Agirc-Arrco représente environ 350 millions d’euros par an. Le projet concerne un établissement en Touraine, qui accueille des aidés et des aidants. Vous aurez compris qu’il s’agit d’un répit pour l’aidant.

Les promoteurs de ce mécanisme sont le groupe de protection sociale Pro BTP. Cependant, ce fonctionnement peut tout à fait être repris ailleurs. Je pense que cette démarche est tout à fait intéressante. Nous avons eu, au début, des difficultés d’incompréhensions ou d’approche réglementaires. Les ARS n’étaient pas enthousiastes à donner des autorisations pour des personnes qui sortaient de la région. Nous devons passer au-dessus de ces freins. Nous devons décloisonner pour aller chercher les besoins des humains qui sont au centre de cette problématique. Nous devrons aussi penser à décloisonner tous les aspects réglementaires. Les ARS ne sont pas des baronnies. Une décision prise par une ARS doit pouvoir s’appliquer sur l’intégralité du territoire.

Je finirai rapidement en citant les objectifs prioritaires, qui concernent tout ce que nous pouvons faire sur le bien vieillir. Nous avons des dispositifs qui fonctionnent bien, intitulés « Sortir Plus ». A travers ces dispositifs, nous faisons de la prévention et nous retardons au maximum les problématiques d’autonomie.

Alexandre BEAU

Merci beaucoup. Rémi, vous souhaitez dire un mot.

Jérôme REYNE

Je souhaite dire toute l’importance d’avoir des instances comme le Défi Autonomie. Merci, Alain.

Aujourd’hui, nous parlons de la conciergerie. Il y a deux ans, nous parlions de la Cité des aînés. En en parlant ici même, nous avons pris des contacts avec les Carsat, avec le CIR, avec Agirc-Arrco. Sans ces institutions, ce projet n’aurait pas eu lieu.

Aujourd’hui, les projets de conciergeries, sans vous, sans les conseils départementaux, ne verraient pas le jour non plus. Nous devons rappeler qu’il s’agit bien d’un travail de partenariat. Même si nous ne faisons que parler lors de ces conférences, des contacts sont pris et les contacts sont pris. Hier, nous avons assisté aux Défis d’Or. Nous avons vu un certain nombre de sociétés avec lesquelles nous pouvons prendre contact et développer des projets. Nous ne devons pas l’oublier.

Alexandre BEAU

Serge, à vous.

Serge GUERIN

Je voudrais aborder rapidement deux éléments.

Le premier – Rémi et Jérôme en ont parlé – concerne les besoins, dont nous avons longtemps parlé. Il est important de parler des besoins, mais il est également important de parler des désirs. Je crois qu’une chanson, il y a très longtemps, parlait de « remplacer les désirs par les besoins ».

Nous sommes focalisés par des problématiques très techniques en oubliant que les personnes ont des désirs, à tous les âges. La difficulté est de répondre à ces désirs. Je peux prendre l’exemple des films, qui comportent de nombreux oublis. Nous pouvons avoir des désirs, y compris des désirs qui ne se montrent pas très facilement à l’écran.

Nous devons être très attentifs de ne pas imposer les normes. Le mot conciergerie contient le mot « concierge ». Pendant longtemps, le concierge a aussi été la personne qui surveille un peu. Nous devons veiller à ne pas imposer « ce qui se fait » ou « ce qui ne se fait pas ». Nous pourrions par exemple nous dire : cette dame ne devrait pas commander des sex-toys à son âge. Ce n’est pas bien. Pourquoi ne serait-ce pas bien ? Comment faisons-nous pour laisser la personne faire ses choix sans interférer ? Je pense qu’une vraie question se pose autour de ce sujet.

Le deuxième élément concerne l’accessibilité. Les problématiques de conciergerie existent partout. Nous aurons toujours des problématiques d’accès technique à ces outils électroniques, et pas uniquement pour les personnes âgées. A peu près 20 % de la population, et pas seulement parmi les plus âgés, n’est pas à l’aise avec les nouvelles technologies. De nombreuses personnes, y compris jeunes, n’arrivent pas à déclarer leurs impôts en ligne. Vous pouvez être très bon sur un jeu vidéo tout en n’étant pas à l’aise avec l’administration en ligne.

Alexandre BEAU

Le prélèvement sera bientôt fait à la source.

Serge GUERIN

Oui, mais les problèmes ne vont pas disparaître.

L’accessibilité économique sera également importante. Comment pouvons-nous trouver des éléments à un coût acceptable pour tout le monde ?

Toutes ces démarches ne peuvent réussir que si elles sont portées par des êtres humains, des gens, des personnes, bénévoles ou professionnelles. Le numérique ne remplacera pas la notion de tissu social. Or, le tissu social n’est pas homogène en France, ni même à l’échelle d’un département. Il est solide dans certains endroits, et inexistant dans d’autres. Nous savons qu’il existe des zones blanches technologiques, mais aussi des zones blanches humaines. Comme faisons-nous lorsque les professionnels sont absents ? Comment répondre à ces problématiques ?

Au fil des expressions d’aujourd’hui, j’ai constaté une certaine modestie qui est de bon aloi. Nous devons en effet étudier les usages. L’idée que nous nous faisons des besoins des personnes âgées est peut-être différente de la réalité.

A la question : « Par quoi comment le chez soi ? », les jeunes vous répondront peut-être que leurs grands-parents veulent avoir les photos de leurs petits-enfants chez eux, alors que les personnes âgées répondront que leurs papiers administratifs sont plus importants. Ils leur permettent en effet de conserver leur autonomie. Répondre à ces questions est complexe et demande de faire des expérimentations.

Par ailleurs, nous sommes en train d’expérimenter un peu les mêmes choses sur tous les territoires. Il serait peut-être intéressant d’avoir plus d’échanges, notamment pour réduire les coûts d’expérimentation.

Alexandre BEAU

Merci, Serge, et merci à tous les participants à cette table ronde, vous pouvez les applaudir.

## Rompre l’isolement des seniors à domicile

### Participent à la table ronde :

*Gérard DUPLAIN  
Conseiller technique en gérontologie – Ville de Saint-Etienne*

*Jocelyne LABOURE  
Directrice de l’AIMV*

*Mathieu LASSABLIERE  
Responsable programme national Les Voy’Âgeurs*

*Julie MIRLYCOURTOIS  
Responsable Unis-Cité Loire*

*Raksmey PHAN  
Ingénieur de recherche à l’Ecole des Mines*

#### La table ronde est animée par Alexandre BEAU, directeur adjoint Espace social européen, vice-président Observatoire européen de la protection sociale, et Serge GUERIN, sociologue.

Alexandre BEAU

Cinq personnes vont nous accompagner sur la thématique de « rompre l’isolement ». Le sujet a déjà été un peu abordé hier, mais également au travers de l’exemple de la conciergerie numérique.

*Alexandre BEAU réalise un tour de table pour présenter les intervenants.*

Rompre l’isolement : nous savons qu’il s’agit d’une réelle problématique dans le maintien à domicile de nos aînés. Nous avons ici cinq points de vue, cinq approches différentes. Nous allons faire passer le micro, et vous allez nous dire, les uns après les autres, ce que vous faites concrètement, quels sont les outils, les petits services ou les grandes structurations qui existent pour rompre l’isolement de nos aînés à leur domicile.

Madame Laboure, à vous.

Jocelyne LABOURE

Bonjour à toutes et à tous.

Tout d’abord, je voudrais dire que l’AIMV représente une présence importante sur le département. Nous intervenons auprès de 12 000 personnes chaque année à domicile, et auprès de 6 000 usagers de façon très régulière.

Je voudrais aussi revenir sur le concept du métier du maintien à domicile. Nous l’avons dit plusieurs fois hier, le mot « maintien » n’est plus très adapté aujourd’hui. Nous parlons plutôt d’aide et d’accompagnement à domicile.

Aujourd’hui, qu’attendent nos usagers de nous ? Nous l’avons également dit hier, la population vieillit, mais pas forcément en très bonne santé. Aujourd’hui, nous demandons à tous nos salariés qui interviennent à domicile – et c’est vraiment l’attente de nos usagers – d’aider les personnes âgées à conserver leur autonomie le plus longtemps possible.

Lorsque nous parlons de la conservation de l’autonomie, nous devons passer par un ensemble de sujets qui sont des risques de perte de cette autonomie. Ils sont nombreux, et nous les avons sélectionnés en sous-groupes : nous parlons des risques de chute, des risques autour des médicaments, de la nourriture, mais nous parlons aussi beaucoup du risque autour de la perte de lien social et de la solitude qui s’installe.

Cette solitude est plurielle. Elle peut être avérée. Nos usagers sont, la plupart du temps, seuls à domicile, isolés, avec des familles éloignées géographiquement ou par les liens qui se sont distendus. Nous nous occupons de nombreuses femmes seules. Nous le savons, les femmes vieillissent plus longtemps que les hommes. La solitude est plurielle parce qu’elle peut arriver au fil des événements qui arrivent dans la vie des usagers.

Je vais vous donner un exemple. Nous avons une dame qui promène son chien tous les jours. Tous les jours, elle se pomponne avant de sortir, elle rencontre des gens, discute et conserve un lien social grâce à cette promenade quotidienne. Le jour où son chien va mourir, nous allons entrer dans une situation de risque de solitude.

A l’AIMV, nous avons décidé de recenser ce que nous appelons les événements indésirables dans la vie des usagers, comme celui dont je viens de vous parler. Cet événement peut être le départ d’un animal de compagnie, mais aussi le décès de l’amie la plus proche, le déménagement de la famille, etc. Nos intervenants à domicile ont été dotés d’outils technologiques pour les recenser et les faire remonter à nos responsables de secteur qui vont avoir comme mission de gérer ces événements et de trouver des solutions adaptées, avec le territoire évidemment.

Alexandre BEAU

J’imagine que cette démarche passe par beaucoup de dialogue et une connaissance très fine des usagers.

Jocelyne LABOURE

Certaines de nos intervenantes interviennent au moins une fois par semaine chez les personnes âgées, donc elles ont cette connaissance. Elles ont cette connaissance du terrain qu’il faut faire remonter et traiter de façon systématique en apportant des solutions adaptées, qui sont différentes d’une situation à l’autre, en lien avec ce qui existe sur le territoire. Nous intervenons en effet sur le département. Une solution à Saint-Etienne n’est donc pas une solution à Boën-sur-Lignon ou une solution à Montbrison.

Je voulais également revenir sur un sujet important pour moi. La solitude de nos personnes âgées ne doit pas devenir une solitude pour nos intervenants. Elle est en effet parfois très lourde à porter pour nos intervenants. Les outils que nous mettons en place sont aussi une manière de protéger nos intervenants de ce poids psychologique qu’elle pourrait avoir. Je dis « elles », excusez-moi, mais nous avons tellement d’intervenantes femmes que j’ai tendance à féminiser mon propos. Nous devons protéger nos salariés de ce poids.

Avant de laisser la parole à mes camarades, je voudrais revenir sur deux phrases qui ont été dites hier par Dominique Libault et qui ont attrait à ce sujet. Ce que nous cherchons à mettre en place au niveau de la gestion de la solitude permet de répondre à deux thèmes qui ont été abordés hier. Le premier est : comment redonner de la fierté aux salariés ? Effectivement, nos salariés sont fiers d’être des acteurs pour combattre cette solitude à domicile. Le deuxième thème est : comment redonner confiance aux familles vis-à-vis du métier du maintien à domicile ? Si nous apportons tous ces éléments, nous changeons la vision du maintien à domicile. Nos salariées ne sont pas des femmes de ménage, même si le terme n’est pas tabou. Elles sont vraiment des intervenantes qui permettent d’éviter la perte d’autonomie et l’entrée en dépendance.

Alexandre BEAU

Merci, Jocelyne, je crois que vous avez bien posé le cadre de l’isolement.

Nous allons passer la parole à Monsieur Duplain. Gérard, nous avons entendu votre maire, hier, rappeler que l’accompagnement des aînés était un axe stratégie de la municipalité. Que mettez-vous en place, concrètement, au niveau de la Ville, pour lutter contre l’isolement des personnes âgées ?

Gérard DUPLAIN

Bonjour à tous et à toutes. La Ville de Saint-Etienne est en effet engagée dans une démarche très volontaire, comme l’a rappelé Monsieur le maire hier. Il s’agit de la démarché « Ville amie des aînés ». Cette démarche, nous pourrons y revenir dans le détail, nous engage à adapter la ville au vieillissement de la population, sur des thématiques très variées. Elle est accompagnée par le réseau francophone Villes amies des aînés, promu par l’Organisation mondiale de la santé. Nous nous engageons à mieux faire et à adapter au fur et à mesure nos actions en direction de ce public.

La question de l’isolement des personnes âgées est évidemment ressortie comme un axe fort d’actions à mettre en œuvre. Je vais vous présenter aujourd’hui la structuration d’un réseau de bénévoles porté par la Ville.

Je vais vous expliquer l’origine de ce projet en quelques mots. Dans le cadre de la démarche Ville amie des aînés, nous avons mis en place un conseil consultatif des seniors. Comme de nombreuses villes aujourd’hui, nous essayons d’être au plus près des besoins des personnes, d’être à l’écoute et d’associer les compétences qu’elles ont en tant que personnes et acteurs de la ville, comme tout autre citoyen, pour nous accompagner dans nos décisions. Ce conseil consultatif est composé de 30 membres qui ont travaillé sur ce qui fonctionne bien aujourd’hui à Saint-Etienne, ce qui fonctionne moins bien et ce qu’il faudrait développer. La question de l’isolement est en effet l’un des points qui sont ressortis. La question de l’engagement citoyen est également très importante. Comment pouvons-nous, en tant qu’habitants âgés, nous engager auprès de la Ville dans une démarche citoyenne contre l’isolement ?

Julie, à côté de moi, vous en parlera également, mais nous avons avec un partenariat avec l’association Unis Cité depuis maintenant huit ans. L’association met à notre disposition des jeunes en service civique volontaire. Chaque année, nous recevons une équipe de huit jeunes, qui est à la disposition de la Ville de Saint-Etienne et de son CCAS deux jours par semaine. Quatre jeunes interviennent en établissement et quatre jeunes proposent des visites de convivialité auprès des personnes âgées isolées. L’expérience est très riche d’enseignements, et nous a permis de voir que cette première réponse n’était sûrement pas suffisante.

Je souhaitais souligner également l’importance de ces fameux diagnostics territoriaux, à l’échelle d’une ville, voire même d’un quartier, à l’échelle d’un département et à l’échelle nationale, avec entre autres la mobilisation de l’association Mona Lisa, qui a mis en avant la problématique de l’isolement.

Très concrètement, nous avons mis en œuvre ce projet au mois de février 2018. Cette mise en œuvre a été possible grâce au recrutement d’une chargée de mission, Julie Caruana, rendu possible par la Conférence des financeurs. Nous nous appuyons beaucoup, pour nos projets, sur cette nouvelle possibilité qui est donnée aux acteurs de terrain pour développer des actions de prévention. La Conférence des financeurs nous a accordé 38 000 euros pour mettre en place ce projet sur l’année 2018.

Nous nous sommes rapidement rendu compte que nous devions communiquer sur ce projet, en étant présents dans les différents salons, dans la presse locale, dans le journal municipal, etc., notamment pour recruter des bénévoles, mais aussi pour rencontrer les acteurs de terrain qui peuvent relayer le projet auprès des personnes âgées.

Alexandre BEAU

Vous pourrez donc nous proposer un premier bilan de ce projet l’année prochaine, à l’occasion du treizième défi.

Gérard DUPLAIN

Dès aujourd’hui, nous pouvons dresser un premier bilan intermédiaire. Nous avons eu une bonne surprise. Plus de 20 bénévoles nous ont déjà rejoints. Ils sont reçus en amont de leur intervention pour analyser leur motivation et leur envie. Nous leur faisons signer une charte. La Ville s’engage très fortement dans cette démarche, nous devons donc être sûrs de partager les mêmes valeurs. Cette charte nous permet aussi d’assurer les bénévoles pour leur intervention.

Nous avons pu identifier quelques leviers et quelques freins dans le cadre de cette action.

Les leviers identifiés sont notamment l’accompagnement politique fort et l’engagement dans la démarche Ville amie des aînées. Cette démarche engage en effet le maire et les élus en charge de la délégation des seniors. Le deuxième levier est l’engagement citoyen qui nous a permis de recruter des bénévoles nombreux et divers.

Parmi les freins, nous avons identifié le repérage des personnes âgées isolées.

Alexandre BEAU

Nous allons en parler, en effet, cet après-midi.

Gérard DUPLAIN

Nous devons travailler sur cet axe avec notamment les services de maintien à domicile qui sont en contact au quotidien avec les personnes âgées et peuvent être un relais de l’information.

Alexandre BEAU

Julie, Gérard vous a déjà tendu un peu la perche. Présentez-nous Unis-Cités Loire. J’ai cru comprendre que vous accompagniez les personnes âgées en situation d’isolement avec des équipes bénévoles sur le terrain.

Julie MIRLYCOURTOIS

Tout à fait. Bonjour à toutes et tous. Avant de parler de ce qui se passe concrètement sur le territoire, je suis accompagnée aujourd’hui par un chef de projet parisien. Avant de parler de la déclinaison opérationnelle de jeunes en service civique aux côtés de nos aînés, je pense qu’il est important d’avoir une base commune pour savoir ce qu’est Unis Cité. Je passe donc la parole à Mathieu.

Mathieu LASSABLIERE

Bonjour à tous et à toutes et merci pour l’invitation.

Unis Cité est une association qui a été créée il y a bientôt 25 ans. Elle permet à tous les jeunes qui le souhaitent de s’engager sur des missions e six à neuf mois pour répondre à des enjeux d’intérêt général, sociaux ou environnementaux, le tout dans la diversité puisque tous nos jeunes sont recrutés sans aucun prérequis de compétences. Nous recrutons en effet sur motivation, avec l’envie de créer une réelle mixité sociale.

Depuis plus de dix ans, nous avons identifié toutes les problématiques liées aux personnes âgées et pour lesquelles le service civique peut être une réponse. Depuis dix ans, nous mobilisons donc des jeunes pour se rendre au domicile des personnes âgées pour réaliser des visites de convivialité, dans le cadre de notre programme Intergénéreux. Ce programme a été impulsé par Malakoff Médéric, qui est un partenaire-clé de l’association au niveau national. Cette expérience fonctionne. Aujourd’hui, 800 jeunes se mobilisent sur tous le territoire, soit environ 456 viles. Nous avons accompagné l’année dernière plus de 1 700 personnes âgées à domicile ou en résidence. Lors de ces visites, les jeunes discutent avec les personnes âgées, qui n’ont pas forcément le loisir de discuter pendant plus de deux heures, sortent, font de l’ordinateur, etc. Ils font de nombreuses activités ensemble, ce qui a un impact très positif sur les personnes âgées, qui se déclarent être en meilleure forme, de meilleure humeur, qui veulent faire des projets, etc.

Le besoin est bien plus large et il existe de multiples façons de lutter contre l’isolement social à domicile. Unis-Cité a souhaité lancer, avec ses partenaires, d’autres programmes. Cette année, nous lançons donc le programme les Connectés, en partenariat avec AG2R la Mondiale, axé sur la fracture numérique. En programme, nous lançons le programme les Voy’Âgeurs, avec Malakoff Médéric, qui vise à lutter contre l’isolement par la mobilité. Nous savons en effet que si les personnes âgées ne sont pas mobiles et ne peuvent pas sortir de chez elles, elles ont des difficultés à faire des rencontres et à enrichir leur vie sociale.

Alexandre BEAU

Concrètement, comment faites-vous ? Sur le même modèle que ce dont nous a parlé la MSA hier, leur proposez-vous des sorties sur des thèmes culturels ou autres ?

Mathieu LASSABLIERE

Exactement. Nous essayons de rendre ces personnes autonomes dans leur mobilité. Nous souhaitons aller au-delà des freins physiques, cognitifs, de la peur et du stress. Nous répondons également au manque d’information de ce qui existe sur le territoire.

Concrètement, les jeunes se rendent au domicile des personnes âgées et essayent de comprendre leurs besoins en termes de mobilité, que ce soit pour faire des courses ou se rendre à des rendez-vous médicaux ou administratifs. Ils leur demandent comment ils font aujourd’hui, quelle est la place des aidants sur cette question, et essayent de voir de quelle manière ils peuvent les aider dans leur mobilité autonome avec un accompagnement hebdomadaire. Ils travaillent sur la mobilité piétonne, en transports en commun, voire par les transports ferroviaires. S’ils veulent rendre visite à leurs petits-enfants qui habitent à 500 km, nous pouvons également les aider.

Nous avons également des actions collectives : séances d’information, dispositifs divers, temps forts pour rendre l’action visible, etc.

Alexandre BEAU

Concrètement, vous répondez aux besoins et aux désirs – nous en avons parlé tout à l’heure – des personnes âgées.

Mathieu LASSABLIERE

L’enjeu de nos jeunes est en effet de comprendre les besoins de nos personnes âgées pour apporter les réponses les plus pertinentes possible sur le long terme, de manière à ce que la personne âgée redevienne autonome sur sa mobilité en fin d’accompagnement.

Je précise que ce programme a été largement inspiré d’une expérimentation menée à Saint-Etienne à travers le projet Rando Seniors, en partenariat avec Senior Autonomie. Ce projet a largement inspiré la mobilité piétonne ou les balades urbaines que nous proposerons aux personnes âgées bénéficiant du programme.

Julie MIRLYCOURTOIS

Pour compléter le propos de Mathieu, nous travaillons sur des visites à domicile, nous sommes présents dans les établissements, nous proposons également des activités numériques via des outils de jeux. Je pense notamment à un projet qui est soutenu par la Conférence des financeurs. Il s’agit du projet Silver Geek, qui propose à des volontaires d’organiser un trophée départemental et régional autour de jeux Wii.

Alexandre BEAU

Vous leur faites faire du bowling, du tennis…

Julie MIRLYCOURTOIS

Je pense que le bowling est le plus adapté.

Alexandre BEAU

Le tennis est peut-être en effet un peu plus compliqué.

Julie MIRLYCOURTOIS

Oui, mais il ne faut pas non plus se mettre de barrières.

Je souhaitais souligner que les volontaires sont des jeunes qui ont envie de s’investir. Nous ne sommes pas des professionnels de la gérontologie. Nous devons donc nous appuyer sur les partenaires locaux, qui vont amener une expertise, un regard, qui vont souligner un besoin. Monsieur Bouvier, tout à l’heure, soulignait l’importance des partenariats. Sans les partenaires, tous ces projets ne pourraient pas émerger.

Le projet Voy’Âgeurs a grandi parce que Senior Autonomie nous a interpellés un jour pour travailler sur le balisage de circuits en déambulation dans la ville de Saint-Etienne, pour étudier la faisabilité de pouvoir marcher sur un trottoir en dévers, étroit, sous la neige, etc. L’envie est de laisser la place à des bénévoles auprès des personnes âgées et de créer une réponse nouvelle et innovante. Comme le disait Mathieu, après deux ans, ce projet a inspiré un projet plus national que nous allons retrouver partout en France.

De jeunes engagés peuvent être une réponse aux enjeux de la transition démographique dont vous parliez tout à l’heure.

Au-delà d’une réponse immédiate de lutte contre la solitude et l’isolement des personnes âgées, en mettant en relation des jeunes et des personnes âgées, nous participons également à la déconstruction de préjugés réciproques. Aujourd’hui, la part des plus de 65 ans progresse dans la population. J’ai assisté récemment à une conférence du Pr Lordon, qui est sociologue, et qui parlait de l’éventualité, en 2050, de l’arrivée d’une guerre intergénérationnelle.

Je pense qu’il y a un réel intérêt à mettre en relation des jeunes et des seniors et à penser des réponses communes.

Alexandre BEAU

Il existe en effet un besoin d’éducation et de pédagogie pour expliquer à nos jeunes qui sont les personnes âgées. Je crois que les pays nordiques sont très efficaces sur ce sujet.

Nous allons à présent parler un peu de sciences. Je crois que vous faites des choses formidables à l’école des Mines.

Raksmey PHAN

Bonjour à tous et à toutes. Je souhaite faire une précision sur l’implication de l’école des Mines de Saint-Etienne dans le cadre de ces projets. Notre intervention prend uniquement la forme d’un soutien scientifique et technique. Nous n’avons absolument pas la prétention d’apporter des solutions toutes prêtes à tous vos problèmes. Aujourd’hui, notamment autour de ces tables rondes, notre volonté est d’essayer de comprendre les problèmes et de construire ensemble des solutions crédibles pour vous qui êtes sur le terrain.

Ces journées entrent aussi dans la thématique bien vieillir du plan stratégique Future Médecine de l’école des Mines de Saint-Etienne, ce qui explique en partie notre présence aujourd’hui.

Nous allons vous présenter deux projets qui sont en cours de réflexion avec Senior Autonomie et le soutien de la Ville de Saint-Etienne.

Le premier consiste en une plateforme d’inscription pour les seniors ou leur entourage, dont l’objectif est de mettre en relation des personnes âgées et des bénévoles pour organiser des visites à domicile ou des promenades dans la ville. La plateforme utilise des outils et différents critères pour rassembler des binômes cohérents. L’idée est bien de proposer, et non d’imposer les binômes. Nous pourrons ainsi proposer plusieurs binômes, qui seront validés par les professionnels de santé après avoir rencontré le senior et le bénévole, afin de s’assurer que la relation de confiance puisse se nouer dans les meilleures conditions. Sur la plateforme, nous proposons également des parcours de promenade adaptés en fonction de la localisation des personnes âgées et de leur condition physique. Les parcours sont donc personnalisés pour chaque personne âgée. Cette proposition de parcours est basée principalement sur un travail de terrain réalisé par les volontaires d’Unis Cité depuis deux ans dans le cadre du projet Rando Senior.

Le deuxième projet concerne le guidage GPS sécurisé sur tablette pour ces promenades. Cet outil est, dans un premier temps, destiné aux accompagnants lors de la promenade. Plusieurs types d’alertes peuvent être intégrés dans cet outil, lorsque, par exemple, le binôme dévie un peu trop du parcours. Nous pouvons également intégrer dans cet outil différentes informations, comme la distance qui sépare le binôme du prochain banc public ou point de repos. Nous pouvons également intégrer une méthode d’évaluation de la condition physique de la personne âgée en temps réel. Ces différentes méthodes techniques et scientifiques s’intègrent dans le projet MedTech Design, du centre ingénierie et santé de l’école des Mines. L’objectif de ce projet global est le développement d’outils de suivi pour la prévention de la dégradation de la santé physique. Il s’agit d’un projet important de recherche, mené avec nos collègues spécialistes de l’évaluation des activités physiques. Notre projet est de développer un outil qui s’intègre à ce GPS et qui permet, tout au long de parcours de promenade, d’évaluer la fragilité physique de la personne. Nous pourrons du coup choisir et adapter les parcours en fonction de l’objectif : améliorer ou maintenir la condition physique, ou bien alerter face à une dégradation physique de la personne.

Alexandre BEAU

Serge, que vous inspirent ces témoignages ?

Serge GUERIN

La question de l’isolement est absolument majeure. 27 % des personnes âgées de plus de 80 ans disent qu’elles ne voient personne au moins un jour sur deux. A quoi bon vivre plus longtemps, si c’est pour vivre tout seul ? Sartre, qui a dit et fait beaucoup de bêtises dans sa vie, a dit : « L’enfer, c’est les autres ». Finalement, l’enfer, c’est quand les autres ne sont pas là. Nous le voyons bien avec cette problématique, qui touche davantage les femmes que les hommes, puisqu’elles vivent plus longtemps.

Par ailleurs, l’isolation génère de la perte d’autonomie, et vice-versa. C’est un cercle vicieux. L’un et l’autre s’autoalimentent. Lorsque nous intervenons sur l’un, nous aidons l’autre à s’améliorer. Si nous voulons que les gens vivent mieux chez eux, nous devons nous demander comment éviter ces pertes d’autonomie, et la question du lien social est primordiale.

Nous sommes dans un monde où les familles ont plutôt tendance à se restreindre, sauf culture spécifique, et, par ailleurs, nous ne savons pas trop comment se traduira l’engagement demain. Vous avez réussi à réunir de nombreux bénévoles autour de ces personnes âgées, c’est très satisfaisant, mais nous devrons nous poser la question de la manière dont nous valoriserons toutes ces formes d’engagement.

La réussite de la société, la longévité, s’appuie sur la prise de conscience et l’accompagnement de cette notion de réciprocité. Les jeunes et les anciens apprennent les uns des autres. Avant, les anciens apprenaient aux jeunes, parce qu’ils avaient l’expérience. Cette transmission fonctionne toujours, même si nous sommes dans une culture qui tend à faire penser que l’ancien monde, par opposition au nouveau monde, n’a pas d’intérêt. Nous devons revaloriser cette transmission, mais également valoriser le fait que les plus jeunes peuvent apprendre des choses aux plus âgés. L’accompagnement de la réciprocité sera l’un des éléments majeurs de réussite de la société et de la longévité.

Je terminerai sur la notion de confiance, qui a été évoquée également. Nous sommes dans une société de défiance, plus que jamais. La France est la championne du monde de la défiance. Lorsque vous interrogez les gens, vous vous apercevez que plus de 80 % des personnes se méfient a priori d’une personne qu’elles ne connaissent pas. Nous devons réapprendre à faire confiance. Avec Unis Cité, vous disiez que chacun avait un regard qui évolue sur l’autre. Je crois que ces éléments sont absolument essentiels. Nous ne pouvons pas créer une société dans un climat de défiance aussi fort.

Chacun doit également avoir confiance en lui-même. L’expérience dont vous avez parlé avec l’Ecole des Mines vise également à redonner confiance à la personne âgée dans ses mouvements, dans ses capacités physiques. Faire la morale à une personne âgée qui n’est pas sortie ne l’aide pas à reprendre confiance en elle. En étant accompagnées, un mécanisme positif se met en place et les personnes âgées reprennent confiance en elles. On ne peut pas construire du lien social si on n’a pas confiance en soi. Nous avançons donc de manière extrêmement concrète. Je trouve que les exemples qui ont été donnés sont pleins de bonheur, ce qui fait du bien, donc merci.

Alexandre BEAU

Merci à Serge et à tous les participants, vous pouvez les applaudir. J’invite les participants à la prochaine table ronde à me rejoindre sur la scène.

## Télémédecine – Quel bénéfice pour les seniors maintenus à domicile ou en établissement ?

### Participent à la table ronde :

*Julien CARRICABURU  
Conseiller médical, rattaché à la Direction déléguée à la gestion et organisation des soins à la Caisse nationale assurance maladie (CNAM)*

*Vincent RUOL  
Directeur de la stratégie et des parcours à l’Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS)*

*Frédéric BERNARD  
Directeur de l’action sociale Klésia*

*Philippe TERRAT  
Médecin coordonnateur – Mutualité française Loire-Haute-Loire SSAM*

#### La table ronde est animée par Alexandre BEAU, directeur adjoint Espace social européen, vice-président Observatoire européen de la protection sociale, et Serge GUERIN, sociologue.

Alexandre BEAU

Merci à toutes et à tous d’être là. Nous avons un excusé : Jean-Paul Lacam, délégué général CTIP, il est malade et n’a pu se joindre à nous.

*Alexandre BEAU effectue un tour de table pour présenter les participants.*

Nous allons commencer par Julien. En début d’année a eu lieu la négociation conventionnelle sur la télémédecine. Elle a été un succès, puisque signée par tous les syndicats médicaux. Pouvez-vous nous préciser le champ d’intervention de la télémédecine, ainsi que les tarifs qui ont été décidés ? Par ailleurs, avez-vous les premiers résultats sur les actes réalisés par la CNAM depuis cette signature ?

Julien CARRICABURU

Bonjour à tous. Merci d’accueillir un Parisien et un senior parmi vous. Nous sommes là pour parler de la télémédecine. La devise de l’Assurance maladie est : « Agir ensemble et protéger chacun », y compris les seniors. En début d’année, l’Assurance maladie et ses partenaires conventionnels ont fait le constat que le sujet, dont le cadre légal a été posé il y a plus de dix ans, avait connu un essor insuffisant. Nous ne sommes clairement pas au rendez-vous, nous sommes encore dans des phases expérimentales, en particulier s’agissant des soins de ville.

Ensemble, nous avons proposé d’inscrire deux nouveaux actes dans les nomenclatures du droit commun pour qu’à partir du 15 septembre la téléconsultation puisse se faire, non plus dans des conditions expérimentales, mais de façon courante, pour tout le monde, en tous points du territoire et pour tous les médecins. Un autre acte, la téléexpertise, sera également disponible à partir de février 2019.

Parmi les actes posés par le cadre légal de la télémédecine, nous avons donc proposé deux actes prioritaires : la téléexpertise et la téléconsultation.

Vous avez également demandé des chiffres.

Alexandre BEAU

Oui, avez-vous un retour, 2,5 mois après ?

Julien CARRICABURU

Non, la téléconsultation a démarré il y a deux mois et nous n’avons eu que quelques milliers d’actes, ce qui n’est pas significatif par rapport aux millions de consultations qui sont réalisées en France. L’évolution va se faire progressivement. Les patients doivent avoir confiance en la téléconsultation, mais également les médecins. Un équipement est également nécessaire.

De ce point de vue, les seniors, et ceux qui habitent en EHPAD sont un peu privilégiés. Je lisais ce matin, en venant par le train, que le décollage était difficile pour les médecins et pour certains patients, mais que ceux qui sont le plus prêts sont finalement les EHPAD, puisqu’ils sont déjà équipés dans le cadre d’autres projets. Ces seniors sont donc sans doute ceux qui en bénéficieront le plus rapidement.

Alexandre BEAU

Je crois que les EHPAD étaient l’un des axes prioritaires mentionnés par Nicolas Revel pour la déclinaison des dispositifs techniques. Cette déclinaison prendra en effet un peu plus de temps pour la médecine de ville. Les EHPAD sont déjà plus ou moins équipés. La pratique est plutôt bien instaurée.

Julien CARRICABURU

La pratique n’est pas bien instaurée de partout. Vous avez quelques pionniers. Nous connaissons de beaux succès à l’ouest d’ici, en Auvergne, dans la surveillance des incidents cardiaques. La gériatrie fonctionne extrêmement bien à Bordeaux, avec de nombreux EHPAD équipés autour d’un CHU. Cependant, il a fallu gagner la confiance des patients, mais aussi des autres médecins, pour montrer qu’il était possible de dispenser de la médecine de qualité à distance.

Pour faire de la télémédecine, quelques ingrédients sont nécessaires. Il faut tout d’abord de la distance, même si nous ne savons pas quelle est la bonne distance. Nous pouvons imaginer qu’avec une grande distance, la télémédecine peut rendre de bons services. La télémédecine a également besoin d’un médecin, mais aussi des moyens techniques, comme la vidéotransmission. La loi nous l’impose. Un échange téléphonique n’est pas une téléconsultation remboursable par l’Assurance maladie. Ça ne correspond pas à l’idée d’une pratique de qualité que se font les partenaires conventionnels. Un marché de plateformes téléphoniques émerge de toutes parts, cependant il ne correspond pas à la définition de l’Assurance maladie et de ses partenaires. Dans ce cas, nous allons les voir et nous leur demandons de rectifier leurs publicités. S’ils jouent le jeu, ils peuvent revenir dans le cadre. Pour nous, la télémédecine n’est pas une cabine posée au milieu de nulle part. Tout le monde comprendra, ici, qu’un tel dispositif ne servirait à rien.

L’outil de télémédecine est intéressant s’il est entouré d’une organisation et qu’il regroupe des interlocuteurs qui ont confiance. Pratiquement 70 % de la qualité d’un acte de télémédecine découle de l’organisation.

Nous sommes attachés à nous inscrire dans la qualité. La télémédecine ne se fait pas à l’initiative du patient, elle doit s’inscrire dans un parcours de soin. C’est le médecin traitant qui doit orienter un patient qu’il connaît vers un médecin spécialiste qui connaît également le patient. La téléconsultation doit donc être réalisée lorsque tous les intervenants se connaissent. Cet acte a alors beaucoup plus de chance d’être pertinent que s’il était réalisé par un médecin que vous ne connaissez pas et qui ne connaît pas vos antécédents.

En ce qui concerne les moyens, nous considérons que si la télémédecine est pratiquée correctement, elle vaut autant qu’une consultation. Une téléconsultation est donc au même tarif qu’une consultation, avec les mêmes dépassements, prises en charge, etc.

Alexandre BEAU

Dans le cadre du forfait patientèle de la ROSP, incitez-vous les médecins à l’équipement et à la pratique ?

Julien CARRICABURU

Oui, nous proposons des financements aux médecins qui souhaitent s’inscrire dans la pratique pour qu’ils s’équipent, à raison de 350 euros dans un forfait structure qui comprend des abonnements à des plateformes, à du matériel de transmission sécurisé, etc. Nous octroyons également 175 euros par an pour s’équiper en objets connectés.

Alexandre BEAU

Merci pour ces précisions.

Vincent, la CNAM vous a donné un cadre. Ce cadre a-t-il permis à l’ARS de déployer des solutions très rapidement sur le terrain ?

Vincent RUOL

Je précise, pour commencer, que nous sommes l’ARS Auvergne-Rhône-Alpes, et non pas seulement Rhône-Alpes. Notre mission a connu un avant et un après l’avenant n ° 6, avec l’entrée dans le droit commun de la téléconsultation et la téléexpertise, qui ont introduit un changement dans le mode de tarification. Concrètement, nous allons passer d’une démarche expérimentale à un système industriel. Il s’agit d’un changement majeur.

Désormais, l’Assurance maladie sera davantage en première ligne, et nous le serons moins, même si cet élément est peu intéressant pour les usagers.

Pour aller un peu plus loin, nous avons des sujets connexes. Le sujet de la téléexpertise peut très bien se conjuguer avec un exercice regroupé de proximité. Dans le cadre d’un maintien à domicile avec une présence médicale forte, la téléexpertise permet d’étayer cette présence médicale vers d’autres spécialités, psychiatrie, gérontologie, voire dermatologie dans certains cas. La dermatologie se prête en effet très bien à la télémédecine.

Nous allons donc nous appuyer sur l’avenant n° 6 pour développer cet axe.

Alexandre BEAU

Allez-vous le faire dans le cadre des CPTS ?

Vincent RUOL

Le cas échéant, oui. Nous nous appuierons sur tout ce qui nous permettra de structurer le territoire.

D’autres sujets ne sont pas dans l’avenant n° 6 et peuvent être intéressants, comme la télésurveillance. Dans le cadre de la télésurveillance, nous travaillons sur quatre pathologies : le diabète, l’insuffisance rénale, l’insuffisance respiratoire et deux pathologies cardiaques. Nous ne travaillons pas encore de manière industrielle, nous sommes en ordre de marche et attendons que l’expérience commence vraiment. Lorsque je rencontre des acteurs sur le terrain, on me dit que cette pratique va se développer, mais pour le moment nous ne le voyons pas arriver. Actuellement, nous comptons une centaine de praticiens ou structures qui l’utilisent sur la grande région. Ce chiffre est intéressant, même si ce ne sont pas encore des cas d’usage massif.

Alexandre BEAU

Nous en sommes encore aux balbutiements, la montée en puissance sera sûrement progressive.

Vincent RUOL

Tout à fait, ce qui est d’ailleurs plutôt une bonne nouvelle. Cela nous permet d’identifier les difficultés et de ne pas être submergés.

Nous travaillons également sur la téléodontologie, qui découle de la convention des chirurgiens-dentistes. Nous avons inscrit cet axe dans notre projet régional de santé pour essayer de donner accès à des prestations d’odontologie aux personnes âgées notamment via des structures de type EHPAD.

Alexandre BEAU

Merci pour ce récapitulatif des sphères d’action de l’ARS.

Nous allons à présent donner la parole à nos amis des complémentaires, en commençant par Philippe. La Mutualité et les SSAM utilisent la télémédecine depuis un certain temps. Cet outil est-il indispensable, ou reste-t-il encore très complémentaire ?

Philippe TERRAT

Je répondrai à cette question en dernier lieu. Nous parlons d’actes assez classiques, mais peut-être que, dans la salle, certains ne savent pas de quoi nous parlons. En dermatologie, la téléexpertise consiste à prendre des photos d’une lésion et à envoyer les documents à des spécialistes pour un avis, en l’occurrence, pour nous, au CHU de Saint-Etienne. Ce dispositif nous permet d’obtenir une réponse satisfaisante dans les quatre jours alors qu’habituellement, nous devons parfois attendre entre 6 mois et un an pour avoir une consultation avec un spécialiste de ville ou à l’hôpital. Nous utilisons beaucoup la téléexpertise.

Nous utilisons la téléconsultation en particulier sur la douleur, notamment avec la structure des 7 collines, qui est un SSR de la Mutualité. Nous réalisons également du téléstaff dans certaines résidences pour la psychiatrie.

Nous travaillons sur ces trois axes depuis 2015, puisque nous avons huit résidences équipées sur dix depuis cette date. Il est important de préciser que la couverture numérique ne permet pas à certains EHPAD de pouvoir être équipés.

Alexandre BEAU

La couverture numérique est en effet un vrai sujet, dans la Loire comme ailleurs en France.

Philippe TERRAT

Il s’agit en effet d’une limite importante.

Nous avons des salles équipées avec une caméra, assez grandes pour faire de l’analyse de la marche également. Nous avons beaucoup travaillé sur les logiciels. Au tout début, nous avions besoin de trois quarts d’heure pour faire une demande de consultation. Aujourd’hui, nous arrivons à avoir une consultation en un quart d’heure, avec des réponses assez rapides.

Ils ont beau être très âgés, les résidents sont très satisfaits d’avoir une réponse rapide, sans avoir à se déplacer et sans les douleurs induites par le transport.

Vous avez parlé des pistes sur lesquelles nous travaillons. Nous venons de signer une convention avec l’hôpital pour réaliser des consultations neuro-psycho gériatrique, en soins palliatifs et sur les plaies et cicatrisations. Nous sommes en effet souvent bloqués pour avoir un avis, et nous ne pouvons pas nous permettre d’attendre six mois pour avoir un avis sur une plaie compliquée.

Nous travaillons également beaucoup avec nos collègues dentistes. Vous l’avez dit, l’odontologie représente une problématique importante. Toute personne qui entre en établissement devrait avoir un bilan dentaire, cependant cette obligation n’est pas respectée parce qu’il est difficile de déplacer les résidents en cabinet dentaire. De nombreux cabinets ne sont par exemple pas accessibles. Nous travaillons actuellement sur une caméra qui permettra d’avoir une consultation à distance.

Le dernier point sur lequel l’expérimentation nous a permis d’avancer est le chariot de télémédecine. A la résidence de la Cerisaie, qui est un établissement pilote de la Mutualité, nous sommes en effet passés d’une salle de télémédecine à un chariot, qui nous permet d’aller au pied du lit du patient. Avec des outils connectés et la présence des médecins généralistes, que nous commençons à habituer à ces pratiques, nous pourrons réaliser des consultations cardiologiques ou ORL.

Ces appareils étant toutefois très onéreux, tous les établissements de Saint-Etienne ne pourront sans doute pas être équipés.

Alexandre BEAU

Merci, Philippe. Nous allons passer la parole à Frédéric.

Que le groupe Klesia met-il à disposition de ses adhérents ?

Frédéric BERNARD

En tant que groupe de protection sociale, nous sommes sur le champ de la complémentaire santé, mais également de retraite. Monsieur Pihet l’a dit tout à l’heure, le « bien vieillir » est un axe important pour les groupes de protection sociale.

En l’occurrence, la télémédecine est une nouvelle technologie de l’information et de la communication. Au sein de Klesia, nous essayons plutôt de l’utiliser dans une volonté de prévention pour les seniors.

Nous avons lancé deux expérimentations. La première a été lancée en partenariat avec le réseau Aloïs sur les déserts médicaux et dans les EHPAD. Elle concerne la réalisation de bilans neuropsychologiques pour détecter au plus tôt toutes les maladies neurodégénératives qui touchent les seniors. Cette expérimentation fonctionne très bien. Nous l’avons lancé sur toutes les zones désertiques comme l’Ardèche, Sarcelles, Mayotte, etc.

Nous savons que les troubles de mémoire coûtent cher à la sécurité sociale. Les médecins ne sont pas forcément formés à la visioconsultation. Nous devons les accompagner, leur expliquer, les informer. Nous soutenons cette expérimentation qui permet même d’avoir des cohortes pour faire des analyses médicales, alimenter des recherches sur la maladie d’Alzheimer, etc.

Cette première expérimentation fonctionne bien aujourd’hui.

Alexandre BEAU

Depuis combien de temps a-t-elle été mise en place ?

Frédéric BERNARD

Le réseau Aloïs a été mis en place depuis plusieurs années. Il a besoin de financements, et nous le soutenons. En EHPAD ou ailleurs, ces diagnostics mémoire sont nécessaires. La visioconsultation demande des moyens, des accès, son développement sera donc progressif.

Nous avons travaillé sur un deuxième sujet dans l’Hérault. Nous n’en sommes qu’au début. Nous souhaitons aller au-devant des jeunes seniors en mettant en place un bus qui se déplace dans les petites et moyennes villes pour réaliser des bilans médico-psychosociaux, avec une infirmière, un psychologue ou un professionnel de santé qui pourra réaliser des diagnostics à travers un outil digital appelé la « boussole ». Ces diagnostics pourront être transmis, en fonction des résultats, notre centre de prévention situé à Montpellier. Le patient pourra être convoqué à Montpellier pour un atelier sommeil, mémoire ou équilibre.

La démarche relève à la fois de la télémédecine et de la téléexpertise, puisqu’il comprend des échanges entre médecins. Elle nous permettra d’avoir un réel accompagnement, adapté et précoce, des jeunes seniors.

Alexandre BEAU

Merci.

Je vais vous poser, à tous, une dernière question, à laquelle je vous demande de répondre en un mot.

Demain, pour les seniors maintenus à domicile ou en établissement, la télémédecine sera-t-elle un outil complémentaire ou indispensable ?

Philippe TERRAT

Elle ne sera pas complètement indispensable, il s’agira d’un outil complémentaire.

Frédéric BERNARD

La télémédecine améliore l’accès aux soins et la prise en charge des individus. Elle ne remplacera pas le face à face, mais elle doit être un outil complémentaire.

Vincent RUOL

La télémédecine est un outil extrêmement puissant. L’outil télé-AVC fonctionne par exemple très bien, de manière quasi quotidienne. L’apport est majeur pour les populations, nous sommes vraiment très favorables à la télémédecine dans ce cadre. Il ne s’agit cependant pas d’un objectif en soi. Par ailleurs, nous avons des prérequis techniques, nous avons parlé de l’accessibilité technique, mais nous ne parlons pas assez du prérequis du projet médical dont découle la télémédecine. La télémédecine a un impact organisationnel majeur. Tout le monde doit savoir qui fait l’acte, comment, avec qui, etc. De ce point de vue, nous serons contraints par de nouvelles formes d’organisation.

Julien CARRICABURU

Je voudrais réagir à ce qui a été dit précédemment. La télémédecine est un outil supplémentaire. Il n’est pas obligatoire et ne remplacera jamais le face à face. La téléconsultation abolit les distances et la téléexpertise n’est rien d’autre qu’un échange entre deux médecins et permet de raccourcir le temps de déplacement et de consultation.

Un acte de qualité doit préserver la sécurité, la confidentialité, mais également la volonté du patient. Je ne l’ai pas entendu. Dans la télémédecine, nous devons également respecter le consentement des patients. J’ai entendu que les patients seraient « convoqués ». Non, ils ne seront pas convoqués. Les patients doivent donner leur consentement, cet élément est inscrit en dur dans ce que les partenaires conventionnels ont écrit. Il n’est pas question de distribuer des actes sans demande leur avis aux patients.

Ce n’est d’ailleurs pas forcément pertinent. Je ne sais pas si tous les patients doivent avoir un bilan bucco-dentaire en entrant en EHPAD. En revanche, s’il y a des difficultés de communication ou d’alimentation, un bilan est en effet pertinent.

Si ces outils complémentaires sont bien acceptés et bien compris, s’ils sont pertinents, ils deviendront rapidement indispensables, en particulier pour les seniors. Nous sommes en effet exposés à de nombreux médicaments en EHPAD, nous allons également mourir en EHPAD, pour certains d’entre nous, les soins palliatifs pourront donc être améliorés et nous pourrons aider des personnes qui souffrent de troubles cognitifs. D’autres pouvoirs publics doivent résoudre des problèmes de couverture, de formation des médecins, d’aller chercher ceux qui sont exclus du numérique, etc.

Alexandre BEAU

Serge, un petit mot ?

Serge GUERIN

Je rappelle que, même si nous supprimons les EHPAD, nous ne supprimerons pas 40 % de la mortalité en France. Certains pensent que les EHPAD ont été créées pour tuer les gens, nous devons rappeler que ce n’est pas le cas.

Il n’y a pas de pensée magique. Très souvent, certains ont l’idée qu’en mettant en place une technologie, nous allons sauver le monde. C’est évidemment plus compliqué. Une fois qu’un certain nombre de personnes apprécient le service, en sont convaincues, il peut, de manière structurante, transformer un certain nombre d’éléments et contribue à une dimension d’aménagement du territoire. Il peut contribuer également à la démocratisation de l’accès à l’expertise, y compris pour les médecins.

Je terminerai en rappelant que les EHPAD sont plutôt en avance sur le sujet, et que de nombreuses personnes âgées sont très satisfaites de ces innovations. Nous inventons parfois des dispositifs en prenant en compte la situation des plus fragiles. La conscience de la fragilité peut être un levier extraordinaire d’innovation, qu’elle soit sociale ou technologique.

La démarche va se développer progressivement et deviendra, pour certaines situations et pas pour d’autres, une réponse structurante.

Alain POULET

L’association Prévention bucco-dentaire des seniors propose des dépistages bucco-dentaires des EHPAD ainsi que des soins de même nature. Je rassure les médecins qui sont autour de la table : toutes les personnes qui sont dépistées sont volontaires. Notre problématique est aujourd’hui de pouvoir faire des examens de bouche à distance pour éviter le déplacement des dentistes, ce qui permettrait d’assurer le dépistage à l’admission en EHPAD, toujours sur les personnes volontaires. Je souhaite m’adresser aux personnels soignants dans les établissements qui sont dans la salle : ils peuvent nous contacter et nous nous efforcerons de venir dans leurs établissements. Par ailleurs, l’association est à la recherche d’au moins cinq dentistes pour satisfaire nos besoins dans ce domaine.

Alexandre BEAU

Merci, Serge, merci, Alain, et merci à tous les participants de cette table ronde.

## Quelle prise en charge pour les seniors ? Etude établie sur la commune de Roche-la-Molière

### Participent à la table ronde :

*Eric BERLIVET  
Maire de Roche-la-Molière*

*Pierre-Marie CHAPON  
Directeur général VAA Conseil*

*Jérôme REYNE  
Directeur de l’autonomie – Département de la Loire*

*Philippe ROGNIÉ  
Directeur régional FILIERIS Sud*

#### La table ronde est animée par Alexandre BEAU, directeur adjoint Espace social européen, vice-président Observatoire européen de la protection sociale, et Serge GUERIN, sociologue.

Alexandre BEAU

La thématique de cette table ronde est la prise en charge territoriale pour les seniors, et nous allons faire un zoom sur la commune de Roche-la-Molière, qui s’est emparée du sujet.

*Alexandre BEAU effectue un tour de table pour présenter les participants.*

Nous allons commencer, avec Pierre-Marie, sur l’étude qui a été réalisée sur la commune.

Pierre-Marie CHAPON

Je vais en effet vous donner quelques éléments de contexte sur cet enjeu majeur et dont nous ne parlons pas suffisamment, à savoir la question du territoire. D’un point de vue prospectif, nous devons comprendre de quelle manière la commune ou l’intercommunalité vont évoluer, à la fois en termes de population et en termes de revenus de la population. Dans le cadre d’un projet immobilier ou d’un projet global de mandat, il est en important de pouvoir se situer : ma commune est-elle suffisamment attractive par rapport à des populations plus jeunes ? Pour attirer de jeunes médecins ? L’intérêt est de mieux accompagner la population vieillissante sur la commune. La question du territoire, d’un point de vue prospectif, est réellement un élément essentiel, notamment par rapport au renouvellement des générations, qu’il faut faire vivre.

Roche-la-Molière est une commune d’environ 10 000 habitants, au sein de Saint-Etienne Métropole. Ce cas pratique est intéressant dans la Loire, mais également au-delà, du fait de la taille de la commune.

La commune compte 9 % d’habitants de plus de 75 % et 25 % de plus de 60 ans, ce qui la situe à peu près dans la moyenne nationale. Ces chiffres ont tendance à augmenter, comme dans de nombreuses communes. Lorsque nous dépasserons la barre des 30 % de seniors, les enjeux, tant en termes d’aménagement que d’offre de logement ou de services, seront bien évidemment fortement impactés.

Lorsque nous réalisons un diagnostic territorial – nous invitons par ailleurs les communes à réaliser ce diagnostic –, nous incluons tous les âges. Si nous nous focalisons uniquement sur les personnes âgées, nous risquons de passer à côté du sujet. Nous comparons le nombre de personnes âgées par rapport à 100 personnes de moins de 20 ans pour calculer l’indice de vieillissement. Plus l’indice de vieillissement est élevé, plus l’enjeu pour la commune est important. Vous le voyez, la part des 60-74 ans a augmenté de plus 50 % entre 2007 et 2013.

67 % des ménages sont des familles avec enfant, contre 50 % des familles à Saint-Etienne.

La question de l’hébergement est également intéressante. Nous menons actuellement un travail avec la Carsat sud-est en comparant l’indicateur des fragilités avec les données environnementales et les données FILOCOM, sur les logements, ce qui nous donne une photographie intéressante.

62 % des plus de 80 ans vivent seuls. Nous y reviendrons tout à l’heure, mais la question de l’adaptation du parc de logement est primordiale pour maintenir cette population à domicile le plus longtemps possible dans le centre de Roche-la-Molière.

Roche-la-Molière compte des logements en résidence autonomie, mais pas d’EHPAD. Elle compte également des logements adaptés qui ont été réalisés à la résidence Victor Hugo. Cette dynamique doit donc être poursuivie.

La densité médicale et officinale est un indicateur très important. L’année dernière, nous avions mesuré en distance et en temps l’éloignement des habitants de la Loire par rapport aux professionnels de santé. La commune de Roche-la-Molière est globalement bien équipée. L’âge des médecins doit également être pris en compte. Si vous n’avez pas cette capacité d’attractivité parce que votre projet de santé n’est pas suffisamment fort ou que votre commune n’est pas suffisamment dotée pour les accompagner, cette densité peut très vite décliner. Ce n’est pas le cas à Roche-la-Molière.

Nous calculons également le score de fragilité. Il est de 4,11 pour Saint-Etienne et de 3,17 pour Roche-la-Molière. Contrairement à l’indice de vieillissement que je vous présentais tout à l’heure, plus l’indice est bas, plus la situation est bonne.

Alexandre BEAU

Quel est le score maximum de l’indice de fragilité ?

Pierre-Marie CHAPON

Le score maximum est de 5. Tous ces indicateurs vous donnent un tableau de bord à l’échelle d’une commune ou d’une intercommunalité. Vous avez des voyants orange ou rouge, et toute la stratégie doit viser à faire tendre le maximum de voyants vers le vert.

Globalement, toute la commune est très bien dotée en termes de services, de commerces, etc. Il fait bon vivre à Roche-la-Molière.

Pour les seniors, un besoin de trouver des solutions en termes de transport a été identifié, ainsi que la nécessité de mieux identifier les personnes isolées. Le défi est également d’accompagner les seniors dans l’utilisation d’internet, mais aussi de les protéger face à la multiplication des arnaques. Ces éléments proviennent de focus groupes qui ont été organisés avec la population.

Nous sommes dans du développement durable avec cette démarche. L’objectif est de maintenir le dynamisme de la commune. La population est vieillissante, et votre enjeu sera d’accompagner cette population vieillissante pour qu’elles restent le plus longtemps à domicile et de continuer d’attirer les familles pour assurer le renouvellement des générations.

La commune doit également assurer un volet de marketing territorial pour continuer d’être pertinente par rapport à ces sujets.

Sensibiliser les seniors à leur perte d’autonomie future, à l’anticipation d’un déménagement vers un lieu de vie plus adapté, est également primordial.

La commune doit proposer une offre de logements adaptée pour attirer les familles en jouant sur le rapprochement familial, et en maintenant un niveau d’équipement et de services, et en réfléchissant à l’emploi autour des seniors.

Maintenir le niveau des services en créant de l’emploi est en effet essentiel en termes d’attractivité. La commune doit réfléchir à de nouvelles formes de services, comme nous avons pu l’évoquer lors des tables rondes précédentes.

La ville doit communiquer pour attirer. C’est déjà le cas à Roche-la-Molière, en témoigne une résidence dont les logements se sont vendus en six mois sur la commune. Cette attractivité existe, mais il faut travailler pour continuer à la maintenir.

Voilà, en quelques mots, un exemple typique de diagnostic territorial. J’encourage vraiment les communes à entrer dans cette démarche. La transition démographique est l’élément essentiel pour mener des politiques publiques efficaces.

Alexandre BEAU

Concrètement, pour bien nous occuper de nos personnes âgées, nous devons donc investir plutôt dans des logements pour des familles que dans des EHPAD ?

Pierre-Marie CHAPON

Oui, en partie. Il existe différentes temporalités. Il faut bien s’occuper tout de suite des enjeux immédiats de la population vieillissante. Il faut cependant également préparer demain. Les politiques d’urbanisme et de transport sont longues à mettre en œuvre. Si nous nous focalisons uniquement sur une problématique à un moment T et que nous ne voyons pas les autres problématiques qui peuvent se profiler, votre politique ne sera pas efficace.

Il faut donc répondre à l’immédiat tout en préparant l’avenir.

Alexandre BEAU

Monsieur le maire, la politique de l’autonomie s’inscrit donc à part entière dans la politique de la ville.

Eric BERLIVET

Tout à fait. Nous devons d’abord faire un état des lieux pour pouvoir ensuite construire le futur de la commune. Ce diagnostic est un état des lieux pour que nous puissions évoluer en termes de services ou de construction. Lorsque nous faisons évoluer un centre-ville ou un quartier, le travail nécessaire prend entre cinq et dix ans.

En parallèle de ce diagnostic, nous avons réalisé une étude sur le patrimoine immobilier de la commune. Nous avons 48 bâtiments qui vont être réorganisés. Des écoles ferment, d’autres s’adaptent, nous avons des bâtiments avec des logements, etc. Comment utiliser le patrimoine communal ? Comment travailler avec les bailleurs sociaux ? Comment travailler avec les investisseurs privés et les promoteurs pour harmoniser la ville de demain ? Comment, dans les quartiers, proposer de petites résidences, en lien avec une résidence principale, avec tous les services associés, pour que les gens restent dans leur quartier et dans leur cadre de vie ? Comment travailler avec des promoteurs immobiliers qui ont des projets de petits immeubles avec une conciergerie ?

Nous avons plusieurs contraintes sur la commune, notamment dans l’urbanisme avec les risques miniers, qui impactent 65 % de la commune. Nous avons également de nombreuses problématiques liées à l’assainissement ou aux déchets.

En tenant compte du vieillissement et des nouvelles familles, nous allons pouvoir construire la ville de demain. Nous avons deux lotissements en construction sur la commune. Nous savons que les lotissements attirent de nouvelles familles avec des enfants, et nous devons l’anticiper avec les contraintes des écoles et des services associés.

Gérer une commune, c’est prévoir. Notre objectif est d’installer un terreau fertile pour faciliter le travail des générations futures.

Alexandre BEAU

Nous l’avons dit, il y a un temps long et un temps court. Nous avons tous vu des reportages sur le mal-être des résidents en établissements de santé. Sur le temps court, quelles sont les attentes des personnes âgées de votre commune ?

Eric BERLIVET

Nous rencontrons une réelle problématique avec une résidence pour laquelle nous avons entre 15 et 17 ans d’attente. Certaines personnes anticipent en effet leur entrée en résidence.

Beaucoup de personnes souhaitent rester le plus longtemps possible chez eux. Nous avons des cas particuliers comme dans l’habitat, comme des portes orientées dans le mauvais sens dans les anciens logements des mines, ce qui pose des problèmes pour aller livrer les repas aux personnes âgées. Nous livrons même des repas en les faisant monter à l’étage avec une ficelle dans certains cas. Ces situations existent. Comment accompagner ces personnes pour adapter leur logement ?

A partir d’un moment, ces personnes ne pourront plus rester chez elles et nous devons anticiper pour leur permettre de rester dans leur quartier le plus longtemps possible.

Alexandre BEAU

La temporalité est un sujet important. Nous pouvons également parler du temps politique, du temps des mandats aussi. Avez-vous le temps d’agir en un mandat ?

Eric BERLIVET

Non, nous travaillons aujourd’hui pour nos successeurs. Nous sommes uniquement de passage. Nous travaillons pour que les générations futures puissent construire sur une base saine. Nous devons anticiper l’avenir et construire un futur pour la commune. Nous gérons la commune comme une PME. Il s’agit d’une PME de service public, nous devons rendre service à la population, on nous met à contribution pour gérer le patrimoine commun, et c’est à nous d’essayer de préparer l’avenir le plus sainement possible.

Alexandre BEAU

Merci, Monsieur le maire.

Philippe, Filiéris a accompagné cette démarche. Que pensez-vous de ce qui a été dit précédemment, et que pouvez-vous apporter ?

Philippe ROGNIÉ

Je me retrouve, en tant qu’opérateur de santé de proximité, dans beaucoup des propos du maire de Roche-la-Molière. Il construit l’avenir de sa ville, nous construisons l’avenir de la santé de proximité. Ce point commun a déclenché notre intérêt commun pour cette étude.

Je ne l’apprendrai à personne, le secteur de la santé est aujourd’hui sous tension. Nous avons besoin d’une vision prospective. Nos professionnels de santé ont souvent le nez dans le guidon, et il est intéressant d’avoir une étude populationnelle plus large, notamment sur des items que nous ne voyons pas, comme le logement ou le service public.

L’exhaustivité de cette étude est donc intéressante, tout comme ses conclusions. Nous nous retrouvons bien dans ces conclusions en tant qu’opérateurs de santé. La majorité des personnes souhaitent vivre le plus longtemps possible à domicile, dans le meilleur état de santé possible. L’exhaustivité de l’étude est intéressante pour nous donner un peu de recul, mais les conclusions sont tout aussi intéressantes. Nous pensons que l’avenir ne réside pas uniquement dans les centres de santé. Les opérateurs de santé doivent également avoir une démarche vers le domicile. La télémédecine fait aussi partie de notre stratégie pour le maintien à domicile. Nous nous y retrouvons bien dans cette étude, et je vous en remercie.

Alexandre BEAU

Nous avons vu que le ratio des professionnels de santé est plutôt positif à Roche-la-Molière. La commune n’est pas un désert médical.

Eric BERLIVET

Nous devons prendre en compte l’âge des médecins et anticiper le futur. Heureusement, nous avons des contacts avec de jeunes médecins qui souhaiteraient de s’installer. Ils ont cependant une organisation différente de leurs confrères il y a quelques années. Ils veulent leurs mercredis, ils sont à 35 heures et ils aiment mutualiser les cabinets. Nous menons donc un travail avec un bailleur sur la commune pour créer un pôle médical et anticiper ces éléments.

Des partenaires comme Filiéris nous permettront également cette anticipation, avec des outils techniques pour la mutualisation de l’accueil.

Alexandre BEAU

Filiéris accompagne donc les communes dans l’adaptation de la ville aux organisations futures. Je rappelle que le président de la République disait récemment que l’exercice libéral isolé ne serait plus la norme d’ici quelques années.

Philippe ROGNIÉ

Il est important d’avoir une étude optimiste, cependant je relève qu’elle parle d’une densité médicale satisfaisante avec 9 médecins généralistes là où, statistiquement, la ville devrait en avoir 13. Les 30 % d’écart se ressentent bien sur le terrain. La densité médicale n’est donc pas satisfaisante pour nous.

Pour répondre à votre question, depuis des années, nous avons constaté que le mode d’exercice libéral était rejeté par les jeunes médecins. Un médecin qui sort de l’université veut être rassuré par un travail en équipe et des échanges. Il souhaite également avoir l’assurance d’un salaire régulier. Un médecin libéral n’a plus de revenus lorsqu’il s’arrête de travailler. Nous proposons donc un mix à nos médecins avec une base salariale et un intéressement à l’activité. Nous avons ainsi de jeunes médecins qui choisissent de faire le minimum pour toucher leur salaire et d’autres qui en font davantage, ce qui fait notamment augmenter leur rémunération. L’ensemble des réassurances que nous offrons aux médecins nous permet de mettre en place des partenariats avec de nombreuses communes et de préparer l’avenir ensemble en matière de santé.

Alexandre BEAU

Merci beaucoup.

Jérôme, quelle est votre vision sur la situation de la commune de Roche-la-Molière par rapport à la situation d’autres communes de la Loire ?

Jérôme REYNE

Roche-la-Molière est en effet dans la moyenne sur le département au niveau de la démographie. Nous pouvons noter le point positif qui concerne le score de fragilité, qui montre que la population est plus autonome que sur d’autres territoires. Nous aurons besoin d’éléments plus précis pour pouvoir l’expliquer, mais la question de l’accessibilité aux services entre forcément en ligne de compte.

Alexandre BEAU

Nous pouvons maintenant entrer dans le volet politique. La thématique est la prise en charge territoriale. Nous avons vu ce qui pouvait être fait au niveau de la mairie. Au niveau du Département, comment structurez-vous votre approche ? Votre action s’inscrit-elle en complément de celle des communes ? En supervision ?

Jérôme REYNE

Etant un fonctionnaire territorial, je ne réponds pas aux questions politiques. En revanche, je peux vous proposer une analyse de ma vision technique sur ce champ.

Le Département a plus de 20 d’expérience sur ces questions, et il agit auprès des territoires. La loi NOTRe a confirmé les Départements sur la question des solidarités territoriales et des solidarités humaines. Le Département est donc un acteur incontournable, avec les communes, pour répondre aux besoins des personnes âgées. Qui peut répondre aux besoins des personnes âgées s’il n’est pas en proximité pour poser un diagnostic de terrain ? Le Département l’a fait, avec les partenaires que sont les caisses de retraite, l’ARS, la Mutualité, les hôpitaux, les organismes de sécurité sociale, etc., dans le cadre des diagnostics qui nous sont demandés pour mettre en place la Conférence des financeurs de la prévention.

A partir de nos données, nous avons analysé les profils des personnes âgées sur le département, sur les questions de la vulnérabilité, de la santé, de la mobilité, de la démographie, etc. Nous avons des données, cependant si nous n’avions pas les partenaires, les métiers et les ressources en face pour y répondre, nous nous trouverions démunis. En ce sens, le Département a un bon niveau territorial pour repérer ces partenaires, les associer et les fédérer. Ce colloque montre bien la dynamique qui existe sur ce territoire. Le Département est l’animateur de ce réseau territorial.

Alexandre BEAU

Qu’attendez-vous de la mission Libault ? Attendez-vous qu’elle vous reprécise votre territoire ? Qu’elle vous conforte sur ce territoire ? Nous savons qu’il existe un mouvement général de centralisation d’un certain nombre de process. Craignez-vous que nous basculions dans ce mode, ou avez-vous bon espoir que nous conservions ce maillage, qui fonctionne ?

Jérôme REYNE

J’ai eu la chance de participer aux 12 colloques du Défi Autonomie. La question de la disparition du Département nous est posée chaque année depuis 12 ans. La composition de la table ronde d’hier après-midi nous le démontrait, le Département n’était pas autour de la table. Pourtant, il est aujourd’hui bien positionné pour accompagner, avec les caisses de retraite, l’action sociale en faveur des seniors.

De mon point de vue, notre attente vis-à-vis de la mission Libault est que nous soyons associés aux réflexions pour pouvoir faire des propositions en visant la simplification et la réactivité. Une urgence vient aujourd’hui des territoires. L’offre est très importante en termes d’EHPAD, services à domicile, résidences autonomie, petites unités de vie, MARPA, etc. Cependant, notre modèle économique s’essouffle. Nous avons des difficultés de recrutement sur certains métiers, pour lesquels la question de l’attractivité de pose. Nous devons repenser le système rapidement. Nous devons parler dignement les EHPAD sans les stigmatiser. De belles choses sont réalisées dans les EHPAD, et nous le disons assez peu.

Nous devons également trouver la bonne représentativité. Nous parlons du parcours de vie des personnes âgées. Celui-ci ne peut pas se penser uniquement autour du médico-social. Il existe des réponses au niveau de l’environnement, du logement, de l’accès aux loisirs ou à la culture, etc. Nous devons être dans une dynamique de prévention avec les moyens dimensionnés pour y répondre.

La question de la responsabilité est également importante. Sur les territoires, l’enquête démontre une réelle prise de conscience des communes sur ces questions. Les départements peuvent les accompagner dans cette réflexion. Il est intéressant de faire du vieillissement une opportunité. C’est la démonstration que la commune de Roche-la-Molière a souhaité faire. De ce diagnostic, nous devons saisir une opportunité pour développer une nouvelle offre avec les contraintes budgétaires que nous avons. Un courant existe aujourd’hui et nous fait évoluer dans les réponses qui sont proposées. J’ai entendu parler de l’habitat par exemple, en proposant des logements avec des services pour ces générations.

Nous devons également réinterroger l’offre médico-sociale et sanitaire. Aujourd’hui, un EHPAD ne peut plus travailler isolément. La notion de plateforme de services est déjà bien ancrée sur le champ du handicap, elle l’est peut-être un peu moins sur le champ gérontologique. Les départements doivent accompagner cette notion. Les EHPAD de demain seront certainement ceux qui auront su intégrer les thématiques de l’habitat et de services pour devenir de réelles plateformes et être un peu moins stigmatisantes pour les familles et les citoyens.

Alexandre BEAU

Monsieur le maire, que pensez-vous du maillage actuel ?

Eric BERLIVET

Je pense que le maillage est intéressant. Le Département est là pour coordonner et piloter, c’est sa compétence et je crois qu’il doit garder ce leadership.

Sur chaque commune, nous travaillons en adéquation avec le Département. Je pense que la taille du Département est bien adaptée puisqu’elle correspond au bassin de vie. C’est à cette échelle que nous pouvons construire, organiser. Nous, les communes, essayons de nous mettre en phase pour coordonner nos actions en fonction des problématiques.

Je pense que nous devons plutôt réfléchir en termes de bassins de vie. Nous pouvons par exemple mener des actions avec une commune voisine dont les besoins sont similaires. Le Département est là pour piloter ces actions et nous aider à supprimer les limites territoriales entre les communes. Nous devons conserver cette logique de proximité et de bassin de vie dans toutes les décisions que nous prenons, dans ce domaine comme dans d’autres. Nous regrettons aujourd’hui cette centralisation à outrance, dans laquelle les communes ont de moins en moins de possibilités. Les décisions ne sont plus prises par les élus de terrain qui voient la réalité du quotidien. Nous en parlerons demain, à l’association des maires de France, avec le Président, si nous le voyons.

Alexandre BEAU

Merci, monsieur le maire.

Serge, quelle est ta vision ?

Serge GUERIN

Nous pouvons rappeler qu’il existe une réelle dynamique avec le réseau francophone des Villes amies des aînés. Nous comprenons bien la logique d’intervenir sur une globalité d’éléments.

Les villes ont également l’obligation de mener une analyse des besoins sociaux (ABS), qui permet normalement d’avoir un suivi régulier de ces besoins.

Derrière ces éléments – et c’est un peu ce qui manquait à l’étude selon moi –, nous devons nous demander quels sont les besoins des gens. Je trouve au préalable qu’il est insupportable de montrer des personnes de plus de 60 ans avec une canne. Nous sommes ici pour changer les choses, et nous retombons dans ces préjugés. Nous devons être un peu plus ouverts. Je suis un peu étonné des représentations que nous pouvons véhiculer ici.

Il existe une double sociologie. La première est la sociologie des attentes des personnes, et elle évolue. Elle n’est par ailleurs pas la même selon les territoires. Nous ne pouvons pas avoir une vision globale, car la société n’est pas globale. Il existe des différences d’une ville à l’autre, d’un territoire à l’autre, parfois d’un quartier à l’autre. Nous devons prendre en compte ces différences, sans quoi nous risquons de nous éloigner du réel.

Le deuxième élément sociologique est la transformation sociologique des acteurs. Les attentes des médecins d’aujourd’hui n’ont pas grand-chose à voir avec celles d’il y a 20 ans. La sociologie du monde soignant s’est par exemple énormément féminisée, ce qui peut amener à des paradoxes, comme un cabinet pédiatrique qui est fermé le mercredi pour que la pédiatre s’occupe de ses enfants. Nous pouvons nous retrouver face à des contradictions extrêmement fortes. Comment pouvons-nous y faire face ? Nous n’allons pas changer ces réalités. Nous devons inventer autre chose et l’exercice différent, plus collégial, de la médecine, et plus largement, du soin, va changer les choses de manière très forte.

La question du logement, nous devrions dire de l’habitat, est également très importante. Nous le savons, ce sont les 500 mètres autour du logement de la personne âgée qui sont importants. Comment réinventer quelque chose pour que la ville, le quartier, la rue soient habités, au sens de densité, de mémoire, de cœur et d’âme ? Lorsque les personnes âgées se sentent bien, c’est parce qu’elles sont dans un lieu habité où elles se trouvent en sécurité, qu’elle soit sociale, culturelle, etc.

Je terminerai également sur la stigmatisation des EHPAD. Si vous filmez, sans le son, l’entrée dans une EHPAD et l’entrée dans une école maternelle, la différence est flagrante. Il se trouve que les publics ne sont pas les mêmes. Nous devrons peut-être aussi changer le nom des EHPAD. Le terme de « maison » sera peut-être intéressant. Nous devrons trouver un nom autour de cette notion de plateforme et d’ouverture. Dans une ville, l’établissement peut être un lieu où d’autres personnes peuvent venir, par exemple déjeuner, où d’autres activités peuvent être organisées. Nous sommes à l’aube de transformations extrêmement fortes, simplement en prenant en compte les attentes, les besoins et les désirs des populations. Comment serons-nous capables, pour ces seniors qui n’ont pas forcément une canne, de les accompagner dans leur auto-organisation ? Nous devons réinventer une démocratie locale la plus vivante possible.

Alexandre BEAU

Merci, Serge, et à tous nos participants.

## Impact des nouvelles technologies – Retour d’expérience

### Participent à la table ronde :

*Vincent AUGUSTO  
Professeur, Ecole des Mines de Saint-Etienne*

*Claude MONTUY-COQUARD  
Directrice de la filière médico-sociale Mutualité française Loire-Haute-Loire SSAM*

*Manon DEMANGE  
Neuropsychologue, Laboratoire Lusage*

*Dr Marie-Christine DIANA*

*Médecin coordonnateur, Mutualité française Loire — Haute Loire SSAM*

*Alexandre DUCLOS  
Docteur en sociologie et responsable des projets Madopa*

*Marta LABBE  
Psychologue, Mutualité française Loire-Haute-Loire SSAM*

*Nicolas BALTENNECK  
Docteur en psychologie, Laboratoire P2S*

*Valérie DECOMBE  
Cadre de santé*

*Aurélie DESCOS  
Aide-soignante, Mutualité française Loire-Haute-Loire SSAM*

#### La table ronde est animée par Alexandre BEAU, directeur adjoint Espace social européen, vice-président Observatoire européen de la protection sociale, et Serge GUERIN, sociologue.

*Alexandre BEAU effectue un tour de table pour présenter les participants.*

Alexandre BEAU

Nous sommes accompagnés, pour cette table ronde, par le robot Paro.

Vincent, présentez-nous ce mignon petit phoque.

Vincent AUGUSTO

Bonjour, à tous.

Le domaine des activités assistées par la robotique a émergé dans les années 2000 et s’est beaucoup développé dans les pays asiatiques comme le Japon. Je vais vous proposer une courte introduction pour bien replacer le contexte. La robotique a peu à peu imprégné le domaine médical, notamment avec des robots plus ou moins évolués pour guider des patients dans un hôpital ou transporter des médicaments. Petit à petit est apparu le domaine des robots cognitifs.

Vous avez ici, sur la table, l’exemple d’un robot cognitif dont le nom est Paro, et qui prend la forme d’un phoque en peluche. Il a été développé au Japon par les équipes du docteur Shibata. Ce chercheur s’est intéressé à l’effet de ce type de robots sur la relation que nous pouvons avoir avec les personnes âgées, et notamment les personnes âgées atteintes de démence. De nombreuses études ont démontré des effets bénéfiques de cette technologie sur l’ensemble des personnes sur lesquelles il a été testé.

Le robot est finalement apparu en France au début des années 2010. Vous connaissez la situation de notre système de santé : nous avons de moins en moins de ressources et de temps. Nous nous sommes dit qu’aller vers les nouvelles technologies faisait peut-être partie de la solution pour répondre à ces problématiques. La réponse n’est pas tranchée, nous le verrons juste après.

Des effets bénéfiques ont été constatés pour ce robot, et le but de ce projet était d’évaluer de manière scientifique l’impact de cette nouvelle technologie sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes en EHPAD.

Je peux passer la parole à Claude, qui va nous parler de la genèse du projet.

Claude MONTUY-COQUARD

Bonjour à tous. Merci, Alain, de nous permettre de faire de rendu des études sur le robot Paro. Ces études ont été initiées par la Mutualité Loire et le groupe Eovi-MCD Santé et Services sur un formatage assez inédit, sur un périmètre de 11 EHPAD, soit 1 000 résidents et pendant 18 mois.

L’étude est également assez inédite dans la manière dont elle a été pilotée, à travers trois évaluations : une évaluation socio-ethnographique, une évaluation sociologique et une évaluation du soin.

Pourquoi la Mutualité s’est-elle engagée dans cette étude ? Nous l‘avons vu tout au long de ces deux journées, nous avons parlé de transition démographique, mais également de transition numérique. Nous avons aussi des attentes des professionnels. Dans nos EHPAD, nous travaillons sur les trois axes : médical, psychologique et social. Nous sommes aujourd’hui à bout de souffle, comme vous avez pu le voir dans les médias ces derniers temps.

Dans nos EHPAD, nous avons des professionnels dans l’attente de solutions innovantes. Au niveau de la Mutualité, nous travaillons sur cette genèse de l’étude, menons une vielle réglementaire et dans l’innovation et la recherche. Nous avons repéré Paro dans le cadre de cette veille.

Paro est né en 1993 au Japon. Il a été commercialisé à domicile en 2003 au Japon, aux Etats-Unis en 2009, et il est aujourd’hui utilisé dans 30 pays. 3 000 robots sont aujourd’hui utilisés dans le monde, à domicile ou en établissement.

A la Mutualité, nous avons décidé de nous lancer dans l’approfondissement de l’utilisation de Paro en réalisant une évaluation en parallèle. Pour ce faire, nous avons mis en place le pilotage de l’étude avec une coordination locale et une supervision scientifique qui nous paraissait fondamentale. Nous avions également une coordination au niveau national.

Sont aujourd’hui présents autour de la table nos trois laboratoires de recherche, à commencer par le laboratoire Madopa, spécialisé dans la fragilité des personnes âgées. Alexandre, sociologue, a contribué à l’étude. Le deuxième laboratoire, P2S, dépend de l’université Lyon II et sa direction scientifique est assurée par le Pr Dussart, de l’hôpital du Val-de-Grâce. Le contributeur du laboratoire autour de la table est Alexandre, il est docteur en psychologie. Le troisième volet, davantage axé sur les soins, a été porté par le laboratoire Lusage, qui dépend de Paris-Descartes, dirigé par Anne-Sophie Rigaud et représenté aujourd’hui par Manon Desange, contributrice de l’étude.

Je vais leur laisser la parole. L’objectif est en effet de vous proposer un rendu de ces trois études, qui se sont déroulées sur 11 EHPAD pendant 18 mois, sur les trois dimensions : psychologique, sociale et médicale.

Alexandre BEAU

Nous pouvons commencer par le volet du soin et laisser la parole à Manon.

Manon, quelle a été la méthodologie de l’étude et l’impact du robot sur la douleur induite par les soins ?

Manon DEMANGE

Je suis neuropsychologue, doctorante en neuropsychologie, et je représente aujourd’hui le laboratoire de recherche Lusage. Notre contribution dans cette étude a été axée sur les soins douloureux, sur un volet clinique.

Notre objectif était double. Il était tout d’abord vraiment de travailler main dans la main avec les professionnels sur le terrain, et donc de co-concevoir, avec les soignants, un programme de recherche réalisable dans les EHPAD et respectant les contraintes de la recherche clinique. Cet objectif a constitué la première phase de notre étude en 2016.

L’objectif le plus important était ensuite de tester l’efficacité du robot Paro lors d’une utilisation individuelle lors d’un soin douloureux. Les soins douloureux correspondent à tout type de soins : les soins infirmiers comme les pansements ou les prises de sang, mais également les soins d’aides-soignantes, tournés vers l’hygiène ou le confort. Nous sommes intervenus pendant plusieurs mois avec un protocole randomisé et contrôlé. Nos résultats ont montré que le robot a permis une diminution significative des manifestations de douleurs des patients. Les résidents présentaient moins de comportements agressifs liés à la douleur lorsque le robot était utilisé pendant le soin.

Nous avons également étudié la médication antalgique. La question revient en effet souvent : Paro peut-il permettre de diminuer les médicaments ? Dans le cadre de notre étude, nous n’avons pas trouvé d’effet significatif du robot. Nous n’avons pas observé d’augmentation ou de diminution significative des médicaments antalgiques.

Nous nous sommes intéressés à l’efficacité clinique de ce robot auprès des résidents, mais nous nous sommes également intéressés aux soignants qui réalisent ces soins. Grâce à notre étude, nous avons pu voir que les patients rapportaient moins de frustration et de découragement à la fin du soin lorsqu’ils avaient utilisé Paro. Ce point est important, puisque nous savons que les soins douloureux sont compliqués à prendre en charge. Les patients sont souvent agités, agressifs, et cela ajoute de la charge de travail aux soignants. Le robot n’a cependant pas eu d’impact sur le caractère de pénibilité physique du soin.

Alexandre BEAU

Merci beaucoup. Nous allons demander son avis au Dr Diana.

Marie-Christine DIANA

Nous avions déjà utilisé ce robot avant l’étude, en 2015, pendant 15 jours, et nous pensions l’utiliser uniquement pour les troubles du comportement (dépression, anxiété) chez les patients atteints de la maladie d’Alzheimer. A cette époque, nous avions, au sein du service, une résidente de 94 ans qui avait une plaie très douloureuse au niveau du talon. Elle souffrait d’une artériopathie dont le traitement était une amputation, cependant cette solution n’avait pas été choisie.

Les infirmières étaient toujours très angoissées lorsqu’elles rentraient pour faire des soins à cette patiente. Nous avions besoin de trois soignants : une personne qui essayait de faire diversion, une personne qui tenait la jambe de la patiente et la troisième qui prodiguait le soin. Les soignantes ont eu l’idée d’utiliser Paro à ce moment-là. La première utilisation a été très positive. La patiente a tout de suite été intéressée par le robot et n’a plus du tout pensé au soin. Le soin s’est passé de manière très confortable.

Alexandre BEAU

Le robot Paro rassure donc.

Marie-Christine DIANA

Oui. Je pense qu’il a complètement détourné l’attention de cette patiente, qui ne pensait plus à sa douleur.

Au niveau des infirmières, son utilisation a changé complètement la façon de mener les soins avec cette patiente.

Alexandre BEAU

Nous allons maintenant parler de l’usage de Paro.

Alexandre, quelle a été la méthodologie de votre étude et quels ont été les résultats ?

Alexandre DUCLOS

Bonjour à tous.

La méthodologie a été assez simple. Nous avons déployé cinq robots Paro dans cinq EHPAD, pendant une période de 18 mois, avec des observations sur les usages en conditions réelles.

Pour dire les choses de manière simple, nous avons regardé qui s’en sert pour faire quoi, et comment. Nous avons également observé quelles étaient les variables, dans les différents établissements, qui pouvaient modifier l’usage.

Les principaux résultats que nous avons pu observer sont qu’il demeure des usages au terme des 18 mois d’expérimentation, essentiellement autour d’une gestion de crise. Paro est généralement utilisé pour gérer une montée de colère, d’angoisse ou de tristesse et son efficacité est corrélée à la capacité d’anticipation des soignants en amont de ces crises. Il fonctionne uniquement si les soignants interviennent avant que le soignant soit trop en colère ou trop angoissé.

Alexandre BEAU

Il s’agit donc d’usages ponctuels.

Alexandre DUCLOS

Ce sont des usages ponctuels qui peuvent faire l’objet de protocoles « bricolés ». Pour que la démarche fonctionne, les soignants doivent intégrer le refus dans leur pratique. A de très nombreuses occasions, nous avons également pu constater que Paro servait à redonner la parole à des résidents qui ne parlaient plus ou parlaient peu. Un changement de statut intervient avec l’utilisation de Paro. La personne âgée redevient un aidant vis-à-vis de Paro.

Alexandre BEAU

Le dicton « l’essayer, c’est l’adopter » est-il confirmé par vos résultats ?

Alexandre DUCLOS

Je n’irais pas jusque-là, même si le fait d’être enthousiaste par rapport à une technologie est très sympathique. Nous avons été très prudents dans nos résultats. Nous parlons de robots cognitifs ou émotionnels, or nous avons observé de nombreux usages sans les piles. La démarche fonctionne donc parfois en utilisant une grosse peluche. En revanche, nous avons observé que Paro déclenche des usages non protocolisés, des manières de penser et d’agir de la part des résidents dont nous n’avons pas l’habitude. Dans un univers très protocolisé comme le sont les EHPAD, c’est l’occasion de renouveler le soin, de sortir de la routine, de réhumaniser la prise en charge. En revanche, nous ne savons pas si cet effet est durable.

Alexandre BEAU

Marta, pouvez-vous nous faire un retour sur ce que vient de dire Alexandre ? Confirmez-vous sa vision ?

Marta LABBE

D’après mes observations, je dirais d’abord que Paro stimule l’éveil. Les résidents lui parlent spontanément. Certaines personnes n’ont pas envie de l’approcher, mais ils l’observent tout de même de loin. Paro suscite donc la curiosité, ce qui est très important dans la prise en charge de l’apathie des personnes âgées.

Je voudrais parler également de son poids.

Alexandre BEAU

Combien pèse-t-il ?

Marta LABBE

Il pèse 2,5 kg. Ce poids peut être une contrainte, mais nous permet également de canaliser les personnes qui déambulent. Le poids les contraint en effet à se poser avec Paro sur les genoux.

Nous avons également parlé de la gestion de prise. Paro semble être un outil de prévention. Il nous permet d’anticiper les troubles du comportement. Nous avons également parlé de refus. Certaines personnes refusent également d’utiliser Paro. Nous devons le prendre en compte. Nous devons accepter que des résidents n’aient pas envie d’utiliser le robot Paro, soit aujourd’hui, soit pas du tout.

Marta LABBE

Un même résident peut parfois accepter, et parfois non. Nous-mêmes, parfois, avons envie de faire certaines choses et parfois non. Paro n’est pas un outil miracle, il s’agit d’une aide.

Alexandre BEAU

Avons-nous des chiffres sur le taux d’acceptation ou de refus des salariés ? J’imagine qu’il peut varier, et qu’il peut y avoir une phase d’acceptation et une phase de rejet d’un patient à un autre ou d’un moment à un autre.

Alexandre DUCLOS

Parfois, les patients acceptent pour un temps. Ils acceptent d’être distraits quelques minutes, puis ils n’acceptent plus.

Alexandre BEAU

Nous avons vu que le projet est né au Japon, puis a été décliné aux Etats-Unis et dans d’autres pays. Avez-vous confronté les résultats français à ceux des autres pays ? Vincent, je ne sais pas si vous souhaitez nous en parler en synthèse.

Vincent AUGUSTO

La comparaison est difficile, car aucune étude de même ampleur n’a été réalisée dans d’autres pays. Nous avons des résultats similaires au cas par cas, mais il est difficile de comparer sur la globalité à l’heure actuelle.

Alexandre BEAU

Nous allons parler désormais de la troisième étude, sur l’impact de l’introduction de Paro dans les EHPAD.

Nicolas BALTENNECK

Bonjour à tous. Je suis enseignant-chercheur en psychologie à l’université Lyon II et rattaché au laboratoire P2S, de l’université Lyon I.

Dans ce projet, l’objectif était de connaître l’influence du robot sur la relation entre le soignant et le résident, et en quoi leurs interactions peuvent se trouver modifiées par la présence de ce robot. Nous avons donc réalisé une étude qualitative longitudinale avec des observations filmées et des entretiens d’autoconfrontation. Les personnes reviennent en effet sur les séances qui ont été filmées.

Je vais vous présenter les résultats que nous avons obtenus en trois étapes. La première étape partait de l’hypothèse que l’utilisation du robot impliquait une amélioration de la relation. Effectivement, nous avons remarqué une amélioration du comportement verbal et non verbal, avec une balance plus positive dans les échanges. Les échanges positifs représentaient en effet 50 % des interactions lors d’un soin sans Paro, et ils montent à 80 % lors d’un soin lorsque Paro est présent. L’adressage est également plus important. 60 % des tours de paroles concernent le robot Paro. Enfin, les épisodes de confusion diminuent d’environ 50 %. Sur le plan non verbal, nous avons noté davantage de proximité, de regards et de sourires de la part des soignants. Le constat est donc plutôt positif.

En dehors de Paro, nous savons également que les soignants ont tendance à utiliser un certain nombre de stratégies face à une personne manifestant de la tristesse, de la confusion ou qui est silencieuse. L’une des soignantes parlait par exemple de faire diversion lorsqu’un résident commence à avoir les larmes aux yeux. Le robot Paro pourra être une ressource forte au service de ce type de stratégie.

Les soignantes se considèrent toutefois moins spontanées en présence du robot. Celui-ci peut aussi perturber la relation et prend la place du soignant. L’une des soignantes préconisait par exemple de rester en retrait lorsqu’elle utilisait le robot. Nous avions mis cet élément sur le compte de la nouveauté et du temps d’appropriation qui était nécessaire.

Cependant, nous avons observé que la situation s’était empirée trois mois plus tard. Une sorte de concurrence s’installe entre le robot et le soignant. Certains soignants le considèrent comme un ennemi, un concurrent. Les résidents regardent tellement le robot en souriant que les soignants ont l’impression que leur relation est plus importante que celle qui les unit avec le résident. Une sorte de confusion s’installe entre un ressenti très positif vis-à-vis de ce robot, le plaisir apparent que les résidents peuvent avoir à l’utiliser et le sentiment d’inutilité qui peut naître chez le soignant en présence de ce tiers.

Dans la troisième étape, neuf mois plus tard, nous avons observé une amélioration. Les soignants sont remobilisés dans le soin et dans l’utilisation du robot, mais à deux conditions. La première est que les soignants doivent accepter de ne plus être soignants pendant un temps. Un soignant nous a dit : « Je suis entrée dans son monde à elle, j’ai oublié mon rôle d’aide-soignante. Je suis rentrée dans son monde et j’ai joué le jeu. »

La deuxième condition est d’accepter de simuler, d’entrer dans un jeu de rôle, ce qui n’est pas forcément évident pour tous les soignants. Lorsqu’un résident pense que Paro est un animal vivant, ils peuvent en effet avoir un peu l’impression de le tromper en rentrant dans ce jeu-là avec lui. Ils peuvent également se sentir bêtes en parlant avec une peluche.

La difficulté des interactions avec ce robot se situe dans la place. Où situer ce robot dans la place qu’il peut occuper entre la machine et le vivant ? Il faut l’accepter le temps d’une rencontre.

Le soignant doit être capable de lui laisser une place, d’entrer dans le jeu des résidents, mais également être capable de le laisser sur une étagère à la fin de journée, comme le tas de boulons qu’il est.

En conclusion, je souhaitais terminer sur cette notion de jeu. Nous avons effectivement l’impression d’être en train de jouer à la poupée. Cependant, tout le monde s’accorde assez facilement à reconnaître que le jeu a une place particulièrement importante dans le développement de l’enfant, au début de la vie. Le jeu a sans doute une place tout aussi importante à d’autres moments cruciaux de la vie, et je crois que ce robot nous le rappelle.

Alexandre BEAU

Valérie, quelle place ce robot vous laisse-t-il ? L’aimez-vous ?

Valérie DECOMBE

Nous l’avons aimé, et nous l’avons aussi détesté certains jours. Nous nous sommes demandé comment le mettre en place avec des équipes qui ont l’habitude de soins très protocolisés. Nous n’avions en effet pas de cadre d’utilisation. Nous avons dû choisir les résidents et les lieux de vie de l’étude.

Je suis cadre de santé dans une résidence qui compte 80 résidents. Nous avons différents lieux de vie. Au départ, nous avons souhaité intégrer des personnes souffrant de troubles de la mémoire, de type Alzheimer. Au final, nous avons intégré dans l’étude une résidente qui n’a absolument pas de troubles. Aurélie vous en parlera mieux que moi, puisqu’elle a mené l’expérimentation avec cette dame.

Nous avons également intégré trois autres personnes : deux au sein d’une unité protégée de type Cantou et une qui souffrait de grande dépendance. Pour les deux premières personnes, nous avons utilisé Paro dans des situations de crise, plus particulièrement pour un résident qui souhaitait s’en aller. Lorsqu’il ne se sentait pas bien, nous lui présentions Paro. Il l’a aimé d’emblée, il s’est beaucoup confié à lui et nous avons pu entendre des choses qu’il ne disait pas aux soignants. Très vite, il s’est rendu compte que Paro était un robot et qu’il n’allait pas lui apporter ce qu’il voulait, à savoir la possibilité de sortir du Cantou, et il l’a donc un peu délaissé. Nous avons donc arrêté l’étude avec cette personne.

La deuxième personne du Cantou était plutôt en fin de maladie d’Alzheimer, avec des troubles cognitifs très importants et de gros troubles de communication. Paro a été mis en place et nous avons pu voir cette personne, non pas lui parler, mais au moins lui sourire. Grâce aux petits cris que vous entendez de la peluche, elle a pu porter une attention particulière à Paro, alors que les soignants avaient souvent du mal à capter son regard.

Pour la personne issue d’une unité de grande dépendance, Paro était un moyen de se confier. Nous utilisons encore le robot aujourd’hui avec cette personne, qui a des crises de colère ou de larmes régulièrement. Nous lui présentons Paro lorsque nous sentons arriver une crise.

Nous nous sommes également demandé si nous ne bernions pas les résidents en leur présentant une peluche. Ne les infantilisons-nous pas ? Petit à petit, lorsque les soignants se sont approprié Paro, ils sont également devenus concurrents. Les soignants avaient l’impression de ne plus faire partie de la relation soignants-soignés et d’être mis à l’écart. En même temps, ils se sont tout de même rendu compte que le soignant était nécessaire pour que Paro soit vraiment un élément de soin ou de jeu.

Alexandre BEAU

Aurélie, nous allons parler de l’expérimentation réalisée sur la personne qui ne souffre pas de troubles cognitifs ? Comment a-t-elle réagi face à cette peluche ?

Aurélie DESCOS

Bonjour à tous, je suis aide médico-psychologique et je vais vous parler d’une dame de 96 ans qui souffrait d’un syndrome dépressif et que j’accompagne au quotidien. Il s’agit d’une résidente très angoissée le soir, elle nous appelle, crie. La journée, elle a le visage très fermé, elle n’a aucun dialogue avec les autres résidents et nous parle uniquement lorsque nous lui posons des questions.

Alexandre BEAU

Le petit robot est-il efficace dans ce cas ?

Aurélie DESCOS

Oui, le robot est très efficace pour elle. Nous lui proposons Paro lorsqu’elle est angoissée, que son visage se ferme ou qu’elle crie, le soir ou la nuit notamment. Nous l’utilisons également tout au long de la journée.

Les premières observations que j’ai pu faire sont que la résidente a eu un intérêt immédiat pour Paro. Elle a interagi avec lui tout de suite, elle lui a souri, elle le câlinait, le prenait dans ses bras. Comme nous le disions, nous sommes parfois mis de côté dans cette relation. La personne discute beaucoup avec lui.

Alexandre BEAU

Est-ce difficile de s’effacer ?

Aurélie DESCOS

Parfois, oui, mais c’est ensuite à nous, soignants, d’entrer de nouveau en interaction avec la personne en lui posant des questions. Paro est aussi une possibilité pour nous d’entamer une conversation sur ses angoisses et d’avoir des moments de complicité avec la résidente. Nous avons des rires, de pleurs, des conseils, etc. Paro a permis un accompagnement plus facile et plus adapté pour calmer ses angoisses habituelles.

Après 18 mois de séance, les résultats sont plus que satisfaisants pour nous. Nous avons constaté un impact vraiment bénéfique et des émotions positives. La résidente discute de nouveau avec les autres résidents, avec ou sans Paro. Lorsque la résidente est angoissée, nous lui proposons Paro, mais elle nous réclame le robot également. Il est agréable de voir que, lorsque la personne ne va pas bien, elle sait qu’elle ira mieux grâce à ce robot.

Bien sûr, Paro ne remplacera pas le contact humain, qui est indispensable, mais il est un outil intéressant pour nous aider à accompagner la personne dans le quotidien. Nous avons intégré Paro dans le projet personnalisé de cette résidente pour un suivi plus complémentaire.

Alexandre BEAU

Merci beaucoup, Aurélie. Il est important d’avoir le retour des usagers et des professionnels de santé qui sont au plus proche des patients.

Vincent, pouvez-vous nous faire une rapide synthèse de toutes ces études ? Quelle est la suite pour le projet Paro ?

Vincent AUGUSTO

Vous avez compris que j’avais le rôle mineur et difficile de synthétiser tout ce qui vient d’être dit. Je vais essayer de le faire en prenant un peu de recul scientifique et culturel par rapport à cette étude.

Ce robot vient du Japon, et notre contexte culturel est très différent de celui du Japon. Nous n’avons pas la même sensibilité, de par notre culture, pour accepter d’interagir avec un robot comme nous le ferions avec un animal ou un être humain. Cette difficulté était intéressante à mettre en perspective par rapport à cette étude. Les études réalisées ont été très riches. Elles montraient un rejet de quelques résidents, mais de nombreux soignants ou familles ne souhaitaient également pas que le résident soit infantilisé. Je pense que cet axe culturel était prépondérant.

Au niveau scientifique, nous avons essayé de faire le tri dans tous ces éléments pour identifier la valeur ajoutée du projet.

Tout d’abord, l’intégration dans l’environnement et le respect de l’acceptation ou la non-acceptation de l’outil sont très importants. Une préparation est nécessaire pour mettre en place l’outil de manière contrôlée. Nous devons prendre en compte cet élément lorsque nous intégrons une nouvelle technologie. Une nouvelle technologie ne peut pas remplacer quelqu’un et faire gagner du temps aussi simplement. Elle nécessite la mise en place de protocoles qui ne sont pas toujours conçus à l’avance.

Des effets bénéfiques ont été observés de manière quantitative sur la relation, mais également sur la prise en charge médicale et de la douleur.

Nous l’avons également dit, il existe un effet perturbateur sur la relation préétablie entre les résidents et le personnel soignant. Nous ne devons pas mettre le robot en concurrence, mais nous devons l’intégrer dans un nouveau paradigme dans une relation à trois, ce qui nécessite une organisation préalable.

Je terminerai sur l’importance de préparer tout cela au niveau de l’établissement, en définissant les rôles de chacun, des référents, etc., en faisant bien passer le message à l’avance pour éviter un sentiment de malaise qui est déjà prépondérant dans ce type d’organisation et qu’il ne faudrait pas accentuer.

Pour terminer cette synthèse, je souhaitais prendre un peu de recul sur la nécessité de l’évaluation. A l’école des Mines, nous travaillons beaucoup sur l’évaluation des nouvelles technologies en santé. Cette étude, au-delà de s’intéresser à un robot, avait pour objectif de démontrer la nécessité de l’évaluation au lieu de mettre en place de nouvelles technologies sans y réfléchir à l’avance. Pour une fois, nous faisons les choses dans le bon ordre.

Alexandre BEAU

Serge, qu’en penses-tu ?

Serge GUERIN

Je suis tout à fait d’accord avec cette dernière remarque. Nous lançons parfois des projets et nous nous rendons compte que rien ne fonctionne comme prévu. Parfois, nous n’intégrons pas les coûts engendrés par ces échecs. Essayer de réfléchir aux usages peut permettre d’importantes économies.

Alexandre BEAU

Penses-tu à la première version du DNP ?

Serge GUERIN

J’y pensais, en effet.

La densité de l’évaluation est très riche, avec les trois évaluations et la durée de l’étude, et il est important de les mettre en avant. Nous voyons que les résultats sont assez nuancés, ce qui confirme qu’il n’y a pas de pensée magique. Vous voyez, aujourd’hui, le robot trône sur la table et cache presque les intervenants. C’est symbolique. Certains ont très envie qu’un objet transforme les choses, et d’autres en ont très peur. Nous avons toujours, au début d’une telle expérimentation, ceux qui y sont très favorables et d’autres qui y sont très opposés. La nuance, au départ, est assez faible.

Une inquiétude très forte existe également : ces technologies ne viendront-elles pas remplacer les soignants ? Nous avons des problèmes pour recruter, les salariés coûtent trop cher, les robots pourraient être une solution. Ces éléments sont très présents dans l’opinion des gens.

Concernant le Japon, nous aurions pu également trouver d’autres éléments. LE robot Nao a par exemple été inventé en France puis distribué dans d’autres pays. La question culturelle est très importante. 75 ans de films de science-fiction présentant plutôt le robot comme un danger ont aussi un effet sur nos représentations.

Pour finir, dans tous les exemples donnés, nous avons l’impression d’observer un objet transitionnel. Si vous proposez un animal vivant à la place d’un robot, vous aurez les mêmes résultats, pour un coût bien moindre. Nous pourrions faire une étude comparative. Le robot crée du lien, et c’est ce que nous demandons à chaque objet. Nous l’avons vu sur la question de l’autisme.

Paro a des effets positifs dans certains cas, des effets moins positifs dans d’autres cas. Comme l’a rappelé Vincent, nous ne réagissons pas tous de la même manière. Nous voudrions d’un seul coup, parce que nous sommes vieux et qu’il s’agit d’un robot, que tout le monde réagisse de la même manière. Non. Nous avons nos histoires, nos représentations, nos sensibilités, nos personnalités, etc. Face à une bouteille d’eau, tout le monde ne réagit pas de la même manière. Face à un robot, tout le monde ne réagit pas de la même manière. Nous devons rappeler que l’être humain, même très âgé, a sa propre personnalité et sa manière d’être. Les uns vont aimer, les autres moins. Certains vont aimer à certains moments, et à d’autres moments moins, comme dans la vie.

Je trouve cette étude très intéressante, car elle nous ramène à des réalités très humaines.

Alexandre BEAU

Merci, Serge. Nous passons la parole à Alain.

Alain POULET

L’année dernière, nous avions Nao, cette année nous avons Paro, tout ça grâce à la Mutualité qui nous fournit ces robots et les utilise correctement, vous venez d’en avoir la démonstration.

En tant qu’organisateur du colloque, l’avantage que je retiens est que les robots ne mangent pas. Paro ne mangera donc pas avec nous ce midi. Je vous propose de nous retrouver à 14 heures.

## Expérimentation PAERPA : expérience et satisfaction des patients – Peut-on mieux faire ensemble pour dépister les fragilités, prévenir et construire des parcours efficients ?

### Participent à la table ronde :

*Dominique LIBAULT  
Directeur de l’EN3S, Président du Haut conseil du financement de la protection*

*Lucile BOUJAT-ANDRE, Corentin CADAS, Floriane FRUA  
Elèves EN3S*

*Thomas CELARIER  
Chef de service de gériatrie et gérontologie clinique – CHU de Saint-Etienne*

*Norbert DEVILLE  
Directeur général du CETAF*

*Régis GONTHIER  
Vice-président du Gérontopôle, chef de pôle CHU de Saint-Etienne, membre de l’Académie de médecine*

*Isabelle LIETTA  
Directrice du Gerontopôle Auvergne-Rhône-Alpes*

*Patricia POYET  
Chef de projet Carsat Rhône-Alpes*

#### La table ronde est animée par Alexandre BEAU, directeur adjoint Espace social européen, vice-président Observatoire européen de la protection sociale, et Serge GUERIN, sociologue.

Alain POULET

Avant de démarrer cet après-midi, deux jeunes filles engagées dans la citoyenneté nous ont demandé si elles pouvaient prendre la parole pour nous présenter leur projet, je leur laisse bien volontiers.

Chloé PONTONNIER

Bonjour à tous. Je me présente, je suis Chloé Pontonnier, étudiante en deuxième année Eco-Gestion à l’IAE (Institut d’administration des entreprises) de Saint-Etienne. Je suis également présidente de l’association les Quatre Rubans. Avec trois de mes camarades, nous avons décidé d’orienter notre projet université vers nos seniors. C’est la raison pour laquelle nous organisons un rendez-vous festif le 2 mars 2019 près de l’église du T1 à Solaure. Notre objectif est que les personnes âgées puissent présenter leurs talents ou leurs dons : magie, chants, danse, arts manuels, tricot, sculpture, dessin ou peinture. Nous comptons en effet organiser une petite exposition à cette occasion.

Etudiante

Nous sommes donc à la recherche de seniors avec un potentiel talent, un savoir-faire, un don. Si vous voulez nous soutenir, participer à cet événement ou simplement avoir plus de renseignements sur le projet, vous pouvez venir nous voir à notre stand, qui est le numéro 30 au salon des Passementiers. Des flyers sont à votre disposition et nous serons présentes toute l’après-midi.

Merci à tous pour votre écoute, merci au Défi Autonomie et belle journée à tous.

Alain POULET

Nous relayerons votre appel, de l’association des anciens élèves à tous les clubs et associations qui sont représentés aujourd’hui. Nous mettrons vos coordonnées sur le site Défi Autonomie. Vous pourrez vous engager avec elles et apporter les convergences des personnes âgées qui ont des choses à dire ou à montrer. Je vous invite à vous connecter et à soutenir cette initiative qui a pour but de créer un véritable lien intergénérationnel.

Alexandre BEAU

Je vais à présenter inviter les intervenants de la table ronde, ainsi que les étudiants de l’EN3S. Nous allons d’abord donner la parole aux étudiants et à Dominique, puis nous rebondirons sur la question des PAERPA et de la construction des parcours efficients.

*Alexandre BEAU effectue un tour de table pour présenter les participants.*

Cette table ronde comprendra deux temps forts. Nous commencerons par expliquer la genèse du PAERPA et un focus sur l’étude des étudiants de l’EN3S. Nous donnerons ensuite la parole aux acteurs sur la construction des parcours. Nous ferons un focus sur le repérage et sur la manière, ensuite, dont on peut accompagner les patients dans ce dispositif.

Dominique, je vous laisse la parole.

Dominique LIBAULT

Bonjour à tous. Je souhaite dire un petit mot pour rappeler la genèse de l’idée même de parcours de santé en France, dont la première incarnation est ce parcours pour les personnes âgées en perte d’autonomie. Notre système de santé a été construit dans les années 1960, avec notamment l’arrivée des CHU et de la médecine libérale, autour de la notion de soin aigu. Lorsque vous avez un problème important, vous pouvez vous adresser à votre médecine de proximité pour les soins courants ou au CHU pour les problèmes plus graves. Le problème est qu’en France et dans les autres pays, la question du soin aigu n’est plus la seule question du système de santé. La maladie chronique en est une autre, avec le vieillissement de la population. Un certain nombre de personnes ont en effet une problématique de soin au long cours, avec une maladie chronique. Nous pouvons aujourd’hui vivre très longtemps avec certaines maladies, mais elles demandent une prise en charge au long cours.

Cette problématique provoque un virage dans la stratégie actuelle des pouvoirs publics, symbolisé par le plan Ma Santé 2022, annoncé par la ministre, qui vise à nous faire travailler autrement, et notamment travailler de manière coordonnée.

Nous avons ressenti la nécessité de coordination de matière très forte sur le sujet des personnes âgées. En 2011-2012, des rapports ont été réalisés par le Haut conseil pour l’avenir de l’Assurance maladie et montrent que la bientraitance des personnes âgées passe nécessairement par des systèmes de coordination. Si nous laissons les individus face à des professionnels qui interviennent de façon segmentée, nous devrons faire face à de mauvaises orientations et à des risques de rupture dans le parcours, suite notamment à un événement qui fragilise la personne âgée. L’arrivée aux urgences à l’hôpital est la plus mauvaise solution pour la personne âgée.

Face à ces risques de rupture dans le parcours et de mauvaise prise en charge, nous devons mettre en place des systèmes très différents que nous devons tester sur nos territoires. Cette démarche est tellement révolutionnaire pour notre système que nous ne pouvons pas la mettre en œuvre de manière généralisée. Nous devons la tester sur des territoires, c’est cette réflexion qui est à l’origine des expérimentations parcours pour les personnes âgées en risque de perte d’autonomie.

Nous testons trois types de coordinations simultanément. La première est la coordination clinique de proximité entre les professionnels de santé qui interviennent auprès de la personne âgée (le médecin, l’infirmier, le pharmacien, les aides à domicile, etc.), toutes les personnes qui ont accès à la personne âgée et qui peuvent alerter, qui ont besoin de se coordonner pour travailler ensemble autour de la personne. Nous savons tous que le médecin se déplace moins souvent au domicile. S’il a des alertes de l’infirmier ou du pharmacien, il peut réagir. Nous devons également travailler dans la durée, c’est ce que nous appelons le plan personnalisé santé. La réponse n’est plus forcément immédiate, elle doit s’inscrire dans la durée, avec des professionnels coordonnés qui suivent l’évolution de la situation avec la personne et avec son accord.

Pour que les professionnels se coordonnent, nous devons créer une coordination d’appui sur les territoires. Les professionnels n’ont en effet pas beaucoup de temps, nous ne pouvons pas leur proposer de se coordonner sans leur proposer un appui. Nous avons donc créé une coordination territoriale d’appui. Ce concept va à présent être généralisé. Nous avons besoin d’une plateforme qui puisse orienter, informer, prendre en charge les cas complexes, etc. Elle peut également être un guichet unique pour les personnes âgées, pour les aidants, pour entrer dans le système. Aujourd’hui – nous l’avons vu hier –, le système est beaucoup trop complexe.

Le troisième type de coordination se situe entre la ville ou l’EHPAD et l’hôpital. La personne âgée peut être conduite à changer de prise en charge subitement, suite à un événement quelconque. Comment les échanges entre les différents interlocuteurs qui s’occupent de la personne à domicile et l’hôpital sont-ils réalisés ? Nous savons que nous partons de rien. Aujourd’hui, ces échanges n’existent pas. La sortie de l’hôpital est également un sujet important. Comment la préparer ? Comment l’anticiper ? Comment mettons-nous en place le suivi de manière à sortir plus tôt, ce qui peut être intéressant pour la personne ? C’est aussi intéressant pour la collectivité, puisque le séjour à l’hôpital coûte très cher à la collectivité. Il peut également être intéressant de pouvoir éviter l’hospitalisation. Les représentants du CHU parleront peut-être tout à l’heure de la hotline gériatrique qui existe à Saint-Etienne. Il existe certainement de nombreux moyens de pouvoir réaliser une expertise gériatrique sans faire venir la personne à l’hôpital, ce qui représente un facteur de risque pour elle.

Ces trois types de coordination représentent donc le parcours des personnes âgées. Nous avons commencé sur neuf territoires. Aujourd’hui, l’expérimentation est menée sur un territoire par ARS. Elle est réalisée à Roanne pour la région Rhône-Alpes. Nous avons commencé la mise en œuvre effective en 2013. La deuxième vague, sur toutes les ARS, a commencé en 2016-2017.

Nous allons réaliser une dernière année de mise en place de cette expérimentation en 2019, et nous en sommes au stade d’évaluation de cette expérimentation. Nous avons donc mis en place des évaluations scientifiques. Nous avons également souhaité mettre en place une expertise patient, qui n’existe quasiment pas en France aujourd’hui. Dans les pays d’Europe du Nord, qui sont très en avance sur nous sur ces sujets, sur de tels projets de santé, une réelle expertise santé est mise en place. Cette expertise vise à savoir ce que le patient a pensé de telle ou telle démarche. Dans notre système de santé, nous écoutons assez peu les patients eux-mêmes. Avec les élèves, nous avons essayé d’expérimenter sur cette analyse.

Alexandre BEAU

Nous allons donc laisser la parole aux étudiants. Vous êtes aujourd’hui trois en tribune, mais ce travail a été mené de manière collective avec d’autres de vos camarades.

L’évaluation patient est en effet un concept un peu nouveau en France, alors qu’il est très instauré dans les pays nordiques. Il s’agit d’une démarche très soutenue par la HAS.

*Un diaporama est diffusé à l’écran.*

Floriane FRUA

Bonjour à toutes et à tous. Merci, M. Libault, pour ces propos introductifs sur le programme PAERPA. Pour rappel, ce programme vise les personnes âgées en risque de perte d’autonomie et cible aujourd’hui 550 000 personnes âgées.

Le premier objectif de ce programme est la mise en place d’une coordination des soins entre professionnels de santé pour les besoins du patient. Il permet également d’éviter une rupture des soins en insérant la personne âgée dans un parcours dédié à ces besoins.

Nous avons travaillé cette année sur le concept d’expérience patient appliqué à PAERPA. Ce groupe de travail a eu pour ambition de compléter les évaluations médico-économiques et quantitatives qui avaient eu lieu sur le sujet, mais en menant cette fois une évaluation plus qualitative et plus centrée sur le patient lui-même. La Haute autorité de santé (HAS) travaille déjà sur ce concept, notamment dans le domaine hospitalier.

Nous allons à présent entrer dans le cœur du sujet en évoquant les contours et le contenu de l’expérience patient. Elle a été initiée dans les pays anglo-saxons dans les années 1990, puis aux Etats-Unis, et elle est beaucoup utilisée aujourd’hui en Norvège ou au Canada par exemple.

Qu’est-ce qu’une expérience patient ? La définition officielle de la HAS est la suivante : *« L’expérience patient est le fait de demander au patient d’évaluer les aspects objectifs de leur prise en charge afin de faire évoluer les pratiques des professionnels de santé ».*

Nous pouvons citer trois exemples de ces aspects objectifs : la relation entre le patient et son équipe médicale, les interactions entre le patient et le professionnel de santé en amont d’une consultation ou d’une hospitalisation, ou encore l’organisation du retour à domicile.

Il ne s’agit toutefois pas de demander aux patients s’ils sont satisfaits ou non de la relation entre patient et soignant. Il s’agit au contraire de recueillir des aspects objectifs de leur prise en charge. En ce sens, la notion d’expérience client se différencie de la notion de satisfaction, qui intègre le jugement du patient.

La notion de perception peut cependant se compléter avec l’expérience patient. Elle fait appel au ressenti du patient et nous avons choisi de l’intégrer à nos travaux.

En France, il existe un institut de l’expérience patient, totalement dédié à ce concept. L’expérience patient est encore peu développée en France. La HAS travaille sur ce thème dans le domaine hospitalier et a lancé une enquête en 2015 pour permettre aux patients de donner leur avis sur leurs séjours en clinique ou en hôpital en France. A ce jour, 50 000 patients ont répondu à cette enquête et ont exprimé leur ressenti sur l’accueil qu’ils ont eu en établissement ou sur la prise en charge.

Quelle est l’utilité de l’expérience patient ? Elle permet d’évaluer les interactions du patient avec le système de soin. Il s’agit d’une composante à part entière de la démarche d’amélioration de la qualité des soins et des services en santé.

Pour terminer cette présentation, je vous propose de vous citer quelques exemples étrangers, notamment la Norvège, qui a beaucoup étudié ce concept et qui a choisi d’évaluer quelques domaines tels que les échanges d’informations entre le patient et le soignant et l’organisation des soins. Nous pouvons également citer le Canada, où l’Institut canadien d’information sur la santé a créé un sondage pour recueillir les expériences d’hospitalisation des patients.

Je cède la parole à Corentin, qui va nous parler de l’intérêt d’associer l’expérience patient au programme PAERPA.

Corentin CADAS

Deux éléments principaux justifient le fait d’appliquer l’expérience patient au PAERPA. Il existe d’abord un intérêt de recueillir l’avis des patients sur un programme qui se veut centré et organisé autour des besoins du patient et de ses attentes. Il s’agit d’associer le patient au programme, de lui donner une place. Le deuxième élément, en plus des études déjà menées sur le sujet, constitue une manière supplémentaire de mesurer l’atteinte des objectifs du programme, qui sont d’améliorer la prise en charge grâce à une meilleure coordination entre professionnels de santé et limiter les points de rupture dans le parcours.

M. Libault nous a demandé de travailler à la construction d’un questionnaire pour mesurer cette expérience patient. Plusieurs objectifs étaient assignés à cette étude. Le premier était d’évaluer PAERPA sous l’angle de l’expérience patient pour contribuer à l’amélioration du dispositif. Pour ce faire, nous avons réalisé un premier niveau d’étude sur quelques-uns des territoires impliqués dans le programme.

Après la construction de ce questionnaire, nous avons élaboré une liste de bonnes pratiques permettant de généraliser éventuellement ensuite cette enquête. Nous avons donc réfléchi aux modes de diffusion adéquats et aux prérequis nécessaires pour mener une telle enquête.

Enfin, ce travail constitue une brique supplémentaire venant s’ajouter aux quelques travaux qui ont pu être engagés en France sur le concept d’expérience patient.

Nous avons travaillé à la construction du questionnaire en commençant par la comparaison avec de nombreux questionnaires étrangers, du Québec notamment, la langue française nous permettant de faciliter notre comparaison.

Nous avons ensuite pu identifier deux grandes dimensions. La relation avec les professionnels de santé rencontrés par le patient d’une part et la continuité de la prise en charge d’autre part. Cette structuration a été validée par les ARS et la DSS, car elle permet d’organiser le questionnaire et d’aborder le programme sous l’angle de ses principales thématiques.

Nous avons dû faire face à deux difficultés dans la construction de ce questionnaire, à commencer par les contraintes dues à la cible, des personnes âgées avec éventuellement des difficultés de compréhension. La simplicité du questionnaire devait être combinée avec la nécessité de prendre en compte les multiples actions du programme PAERPA.

Nous avons abouti à un questionnaire de 62 questions, ce qui peut paraître long. Cependant, son administration est possible en 20 minutes, la diffusion pouvant être réalisée avec l’aide d’une tierce personne.

Nous voyons ensuite quelques exemples de questions, qui abordent à la fois des aspects factuels vécus par le patient, l’expérience et le ressenti du patient.

L’une des premières questions vise à savoir quel professionnel de santé a été consulté. Dans ce cas, aucune place n’est laissée au ressenti du patient.

La question suivante est ensuite posée : *« L’un de ces professionnels de santé vous a-t-il expliqué des traitements ou des accompagnements proposés ? ».* Cette question est a priori objective, mais les modalités de réponses proposent plusieurs choix qui peuvent permettre d’aborder la perception du patient.

Enfin, nous pouvons citer l’exemple d’une question de perception : *« Si vous avez eu des inquiétudes ou des craintes, avez-vous pu en parler librement avec un médecin ? ».*

Je vais à présent passer la parole à Lucile, qui va vous parler des modes de diffusion que nous avons utilisés.

Lucile BOUJAT-ANDRE

Pour développer ce questionnaire et choisir les modes de diffusion à privilégier, nous avons mis en place un partenariat avec trois territoires volontaires parmi la première vague des neuf territoires de l’expérimentation : la Nouvelle-Aquitaine avec l’ARS de Corrèze, le Grand-Est avec le médecin coordonnateur de la coordination territoriale d’appui de Meurthe-et-Moselle et les Hauts-de-France avec l’ARS du territoire du Valenciennois-Quercitain. Nous avons également eu le soutien du bureau d’études Cemka-Eval, spécialisé dans la santé publique et l’économie de la santé.

Nous avons travaillé par entretiens avec un partage d’idées. Nous souhaitions au départ utiliser le dispositif de la Poste « Je veille sur mes parents » pour diffuser ce questionnaire. Nous avons également eu un échange sur le type et le contenu des questions. Nous avons réalisé un test du questionnaire sur quelques patients sur le territoire des Hauts-de-France.

Dans une moindre mesure, nous nous sommes appuyés sur un partenariat avec la CPAM de Tarbes et P2S de l’université Lyon I.

Les différents échanges que nous avons eus ainsi que les faibles tests que nous avons pu récolter nous ont fait prendre conscience des difficultés d’un tel cheminement, et notamment les difficultés financières. Nous ne pouvions par exemple pas nous appuyer sur le dispositif de la Poste sans budget alloué. Nous devions donc nous reposer sur les moyens financiers et humains des ARS et CTA qui se sont portés volontaires.

Nous avons donc décidé de diffuser le questionnaire auprès des patients, qui les compléteraient eux-mêmes, avec potentiellement l’appui des infirmiers des CTA.

Nous avons également fait face à quelques difficultés techniques, puisque le développement d’une telle étude demande des délais très importants qu’il ne nous était pas possible d’obtenir du fait des conditions de notre recherche-action. Nous aurions en effet dû avoir plus d’échanges avec les partenaires, de pouvoir les rencontrer en physique, d’organiser des tables rondes, etc., choses que nous n’avons pas pu faire.

Enfin, comme je vous l’ai dit, nous nous sommes principalement reposés sur les moyens humains des ARS et CTA concernés. Le projet expérience patient de PAERPA n’est pas forcément leur priorité et ils travaillaient sur des projets similaires en parallèle, notamment patients-traceurs en Corrèze. Cemka-Eval mène également une étude plus approfondie en questionnaire semi-directif sur le territoire des Hauts-de-France.

Nous avons fait ressortir douze préconisations de cette étude. Quelques-unes vous sont proposées à l’écran :

* réaliser une étude entre un échantillon de patients bénéficiant de PAERPA et un échantillon de patients ne bénéficiant pas du programme, pour voir s’il existe un réel gain dans la prise en charge dans le cadre de PAERPA ;
* mettre en place un échantillon sur les différents territoires, chaque territoire ayant une organisation particulière, dans le but de voir si une organisation est privilégiée par rapport à une autre ;
* administrer le questionnaire en deux temps distincts pour analyser la perception du patient six mois après la prise en charge de PAERPA et voir si cette perception évolue un ou deux ans après ;
* mettre en œuvre un temps d’échange avec les différents partenaires en face à face afin de bien leur expliquer les objectifs du questionnaire, de se mettre d’accord sur le mode d’administration et d’avoir des résultats qui puissent être comparés d’un territoire à l’autre ;
* réaliser un test du questionnaire de deux manières différentes : un premier test sur la complétude pour savoir si tous les patients et leurs éventuels aidants vont compléter l’ensemble des questions et un deuxième test sur la compréhension en demandant directement au patient comment il comprend la question (ce deuxième test n’a pas pu être abordé dans le cadre de l’étude, faute de temps) ;

Suite aux retours des premiers patients des Hauts-de-France, nous avons constaté qu’une partie de notre questionnaire méritait d’être reformulé, notamment concernant le retour à domicile. Nous étions en effet partis du principe que tous les patients retournaient à domicile, ce qui n’est pas le cas. Une partie de nos questions était donc biaisée.

Nous espérons que tous les travaux que nous avons menés et que notre étude, qui prend fin, permettront de lancer la démarche d’expérience patient dans le cadre de PAERPA et amèneront des résultats concrets.

Alexandre BEAU

Merci beaucoup.

J’ai une question avant de repasser la parole à Dominique Libault. Vous avez parlé d’un biais culturel. En France, nous n’avons pas l’habitude de demander leur avis à des patients après une prise en charge. Nous sommes toujours dans ce rapport de force entre le sachant et le « subissant ». Lorsque vous les avez questionnés, comment les patients ont-ils réagi ? Ont-ils été surpris par la démarche, curieux, intéressés ?

Lucile BOUJAT-ANDRE

Nous n’avons pas interrogé directement les patients. Le questionnement a été fait par Cemka-Eval, avec un médecin du territoire du Valenciennois-Quercitain. Nous n’avons donc pas eu de retour sur l’appréhension des patients. Le questionnaire n’a toutefois été administré que lorsque le patient semblait réceptif aux échanges.

Alexandre BEAU

Merci à vous.

Dominique, la question de l’évaluation du patient est très intéressante, surtout lorsque le gouvernement veut pousser, plus que jamais, la question du paiement à la qualité et la pertinence des soins.

Dominique LIBAULT

La réponse est peut-être dans la question. Nous voyons bien que la pertinence et la qualité cachent des éléments totalement objectifs que nous essayons d’identifier. Cette tâche n’est toutefois pas si facile. La ministre a dépêché une mission sur le financement par la qualité. Cette mission a été confiée à Jean-Marc Aubert, directeur de recherche des études au ministère. Le sujet n’est pas simple, y compris en regardant ce qui se fait à l’étranger. Parfois, la qualité se mesure dans le temps.

Le sujet de réhospitalisation est notamment important. Il sera intéressant d’entendre Régis Gonthier ou Thomas Célarier à ce sujet. Nous savons qu’un taux de réhospitalisation n’est a priori pas un signe de qualité. Nous avons quelques éléments objectifs comme celui-ci, mais ils ne sont pas si nombreux.

Certains éléments découlent aussi du patient. La qualité et la pertinence peuvent être mesurées par des éléments objectifs, mais aussi par l’écoute. L’expérience patient peut être intéressante, c’est ce que nous apprennent les expériences des pays étrangers. Des conditions méthodologiques existent pour y arriver. Tout l’intérêt de cette première étude est de travailler sur ces conditions méthodologiques. Nous n’attendions pas des résultats immédiats, mais nous souhaitons prendre le sujet à bras le corps et apporter notre contribution pour que la France progresse sur la question de l’expérience patient et pour que nous puissions progresser, tous ensemble, sur l’approche méthodologique, qui me semble indispensable dans les années à venir.

Alexandre BEAU

Une dernière question pour nos étudiants : avez-vous essayé d’approcher France Assos Santé dans le cadre de cette démarche ? Il s’agit de la grande association de patients en France, instituée depuis plusieurs années.

Lucile BOUJAT-ANDRE

Nous souhaitions interroger une association de patients, mais après avoir élaboré notre questionnaire, ce qui nous a pris du temps, nous avons eu les derniers retours il y a trois semaines, nous n’avons donc pas eu le temps de le tester avec une association.

Alexandre BEAU

Merci beaucoup, vous pouvez reprendre vos places.

La première partie visait à faire un état des lieux et un focus sur l’étude de l’EN3S. La première étape du PAERPA, peut-être la plus stratégique, est le repérage. Pour en parler, nous allons poser la question avec Monsieur Deville. Par quel biais pouvons-nous repérer les patients ?

Norbert DEVILLE

Personnellement, j’aurais tendance à globaliser le terme d’expérience patient en « expérience personnes âgées ». Les évaluations montrent que des éléments sont positifs, et que d’autres sont à corriger. Cependant, je pense que nous devons aborder la question de manière plus globale en anticipant les besoins des personnes âgées. Nous savons que l’indicateur d’incapacité et globalement mauvais en France. Il est autour de 64 ans pour les femmes et 62 ans pour les femmes, alors que l’espérance de vie est autour de 86 et 87 ans. Nous avons donc près de 25 ans d’écart entre les deux indicateurs. Pourquoi n’arrivons-nous pas à maintenir les gens en bonne santé ? C’est l’objectif de travailler avec les personnes âgées sur un parcours de vie qui commence à la naissance. Le champ de la prévention est très large, et doit tourner non pas autour de l’accompagnement, mais autour de l’ingénierie de la prévention. Cette ingénierie est basée sur des méthodes qui sont reconnues par la HAS et qui font l’objet de préconisations.

Je pense que la question ne se pose pas en termes d’âge que d’avoir des rendez-vous en fonction des événements de la vie. Lorsqu’une personne âgée ne consomme plus de soin tout d’un coup, nous savons la repérer. Nous pouvons l’inviter à des examens de prévention en santé. Des incidents de vie peuvent en effet sortir la personne du parcours de santé. Nous ne pouvons que constater que la personne âgée vigoureuse tome dans la fragilité, puis dans la dépendance. Ce triptyque est connu. Si nous souhaitons interagir en amont de ce phénomène, nous devons absolument placer la prévention au centre du dispositif. Nous ne devons pas nier le curatif, mais accompagner les parcours et les PAERPA en termes de prévention.

La CNSA utilise le mot parcours de vie, qui est essentiel. Nous devons accompagner la personne tout au long de sa vie pour qu’elle reste en bonne santé le plus longtemps possible. Le big data nous permet, dans les bases de données des grandes institutions, de repérer un certain nombre d’éléments. Tous les acteurs présents sur le terrain peuvent évidemment participer à ce repérage, et celui-ci doit être multicritère. Il ne doit pas seulement être économique.

Nous avons construit, au sein des centres d’examen de santé, le score EPIS, qui tourne autour de 11 questions et qui repose sur des critères divers : la possibilité de partir en vacances, la présence de personnes pour aider la personne âgée, les problématiques financières, etc. Ce score est validé, et, lorsqu’il se dégrade, nous voyons que les déterminants de santé se dégradent également.

Ces éléments sont importants. Je crois que nous devons réaborder la question de la prévention de manière universelle, dans le temps. Cela ne signifie pas que nous ne devons pas faire de la prévention ciblée sur des thématiques. Nous savons bien que des thématiques sont importantes sur les personnes âgées. La prévention des chutes est par exemple très importante. Les chutes conduisent en effet en général la personne âgée à l’hôpital, et très souvent, à des complications importantes. La personne âgée a souvent ensuite des difficultés importantes pour revenir à domicile.

Alexandre BEAU

Nous avons parfois l’impression que la prévention est parfois plus subie que proactive.

Norbert DEVILLE

Je pense que nous mélangeons un peu les concepts. La prévention, au sens universel du terme, vise à éviter que des événements de vie défavorables entraînent un problème de santé ou une prise en charge en santé. Nous devons le faire le plus tôt possible, mais je pense que nous mélangeons les concepts. Nous ne sommes pas dans l’accompagnement. Un examen de prévention en santé est un repérage, un ciblage. Ensuite, des suivis et des orientations sont nécessaires en termes d’accompagnement, que ce soit dans le soin, le médico-social ou le social. Certaines personnes âgées ont besoin de connaître leurs droits vis-à-vis du système de protection sociale. Des personnes âgées doivent être accompagnées dans des ateliers de prévention des chutes dans des Carsat, à la Mutualité, etc.

La vraie question concerne l’évaluation médico-économique de tous ces éléments. En France, nous ne sommes pas forcément les meilleurs dans ce domaine et nous devons progresser et monter en compétence. Nous devons toujours mesurer l’efficience de ce que nous faisons. Ce n’est pas parce que nous mettons en place une action qu’elle est forcément efficiente, et qu’elle est généralisable sur tous les territoires.

L’examen de prévention en santé est vraiment différent, sur le plan philosophique, du bilan de santé tel qu’il pouvait être proposé par la Sécurité sociale auparavant. Nous abordons, par une méthodologie validée par l’HAS et reconnue comme très positive, 36 thématiques de santé et nous modulons l’approche. Nous prenons donc en compte la personne dans sa globalité. Nous ne faisons pas d’examens systématiquement. Nous aurons d’abord une approche éducative pour voir si la personne est motivée pour faire un certain nombre de choses. A partir de là, en lien avec le médecin traitant, nous allons l’orienter sur un parcours ou une réorientation dans le système de santé.

Alexandre BEAU

Depuis combien de temps avez-vous mis en place ce dispositif ?

Norbert DEVILLE

Nous l’avons mis en place en 2017. Nous sommes en train de le diffuser. J’essaye de plaider le fait que cette approche peut être partagée. Nous l’avons vu sur le score prédictif de chutes, sur le score de repérage des vulnérabilités, avec des outils relativement simples. La philosophie qui consiste à passer un examen périodique de santé sans action ensuite n’a aucun intérêt. L’efficience des dispositifs change. Nous repérons les personnes qui ont le plus de besoins. Je rappelle que nous sommes 60 millions de Français et que 500 000 examens périodiques de santé sont effectués chaque année. Nous ne pouvons donc pas imaginer que l’universalité de la prévention se traduise par 60 millions d’examens périodiques.

Alexandre BEAU

La question des données de santé est très importante. Je rappelle que l’IRAM est la plus importante base de données de santé au monde. Les Américains et les Chinois nous envient sur ce point. Le problème est que nous ne l’exploitons pas.

Norbert DEVILLE

Nous l’exploitons sur certains sujets, comme l’iatrogénie médicamenteuse. Nous l’avons exploitée pour démontrer que la solution à des troubles anxiodépressifs n’était pas forcément la prescription de psychotropes et que d’autres solutions d’accompagnement existaient. Cette thématique est d’ailleurs l’une des thématiques principales des seniors. Il faut le rappeler, la France est championne du monde en termes de taux de suicide des plus de 75 ans. Nous devons le rappeler. Des actions existent pour l’éviter. Tous les partenaires doivent œuvre pour cela. Il existe des méthodes pour le faire. Des mots doivent être utilisés, des messages doivent être passés. Un médecin n’est pas forcément à l’aise avec une personne qui présente des risques suicidaires. Nous devons travailler sur ce point, et il s’agit de construction de l’ingénierie de prévention.

Alexandre BEAU

Le repérage doit donc se faire, non pas au moment où l’incident intervient, mais le plus en amont possible, de manière diffuse et continue en mettant en place les bons outils au bon moment.

Madame Poyet, vous m’avez dit avoir quelque chose à nous raconter sur la question du repérage. Nous vous écoutons.

Patricia POYET

Je vais plutôt répondre à la question : peut-on mieux mieux faire ensemble pour dépister les fragilités ? Pour ce faire, je souhaite vous parler d’un projet.

*Un diaporama est projeté à l’écran.*

Le contexte de ce projet est qu’il s’agit d’un projet qui consiste à repérer les risques de fragilité au domicile. La Carsat a une politique d’action sociale en faveur de la prévention pour bien vieillir. Dans ce cadre, elle soutient les innovations techniques et technologiques destinées aux personnes retraitées fragilisées, dans le cadre d’appels à projets. Elle accompagne également les initiatives pour enrichir et moderniser les offres de prévention liées au vieillissement. La détection précoce des risques liés au vieillissement est au cœur de sa politique de prévention.

Notre objectif est donc de repérer les risques de fragilisation des personnes retraitées à domicile. Nous nous appuyons sur les nouvelles technologies pour ce projet. Cette action commune Carsat/UNA Rhône-Alpes s’appuie sur deux structures d’aide à domicile : l’AIMV et Maxi Aide Grand Lyon. L’objectif général consiste à s’appuyer sur les acteurs de l’aide à domicile et leur encadrement pour repérer les risques de fragilisation et agir en prévention.

Nous avons identifié trois enjeux principaux dans ce projet :

* la détection précoce des risques liés au vieillissement au domicile des personnes, pour anticiper, agir, prévenir et favoriser le bien vieillir en nous appuyant sur les nouvelles technologies ;
* la professionnalisation des activités d’aide à domicile, leur donner des objectifs de prévention des risques en s’appuyant sur de la formation et des outils, et leur donner une posture clairement identifiée de sentinelle de la prévention ;
* l’organisation de la veille sociale en structurant l’organisation interne pour détecter les risques, gérer les alertes et mettre en œuvre un plan d’action de prévention et le suivre.

Dans ce dernier enjeu, nous devons rénover et moderniser les pratiques pour améliorer les services rendus à la personne et à sa famille.

Concrètement, le projet repose sur des outils, des personnes ressources et une organisation. Nous sommes actuellement en train de développer ce projet. Les outils comprennent une grille de repérage des risques de fragilisation, qui sera mise à disposition des acteurs de l’aide à domicile, sur leur smartphone. Cet outil nécessitera une évolution et un interfaçage avec les logiciels métier des structures, ainsi que le développement d’une plateforme interconnectée avec les logiciels métier. Nous avons également besoin de personnes ressources dans ce projet, dont les principales sont les intervenants à domicile, qui ont des liens privilégiés avec les personnes âgées de par leur présence régulière auprès d’elles. Ils sont à même de repérer tout changement dans la situation de la personne, qu’il concerne son état de santé, son cadre de vie, son environnement social, etc. Nous les considérons comme les sentinelles de prévention et personnes ressources pour détecter les risques.

Alexandre BEAU

Vous avez donc créé une application spécifique dédiée.

Patricia POYET

Ces outils sont en cours de développement. Une application sera en effet mise en place sur les smartphones. Il s’agit d’une grille de repérage avec différents items comme la sécurité, l’habitat, l’hygiène, le lien social, la situation des aidants, etc. L’ensemble de ces items va permettre de générer des notifications et des alertes.

Nous nous appuyons également sur une organisation, à travers les responsables de secteurs, qui vont exploiter la remontée de notifications et les alertes et qui mettront en œuvre un plan d’action pour prévenir les risques.

L’idée est d’avoir un ciblage plus efficient des risques de fragilisation et d’avoir une plus grande réactivité des services.

Vous voyez ici que le projet est représenté comme un cercle dans lequel l’aide à domicile est la veille sentinelle, la personne ressource. Elle saisit, dans cette grille de repérage sur son smartphone, tous les changements de situation de la personne qu’elle perçoit. Ces éléments sont ensuite analysés par un moteur de règles qui enverra des notifications et des alertes, qui seront ensuite gérées par les responsables de secteur. Ceux-ci mettront en place un plan d’action sous la responsabilité de la responsable médico-sociale qui coordonne et régule le projet.

L’objectif est donc de mettre en place un cercle vertueux pour permettre à la personne âgée de bien vieillir chez elle, le plus longtemps possible.

Je vous propose de prendre l’exemple de l’AIMV pour illustrer le projet. Nous travaillons déjà sur le projet depuis plusieurs années. En 2016, l’AIMV a commencé, lors de son assemblée générale, à présenter les risques de fragilisation à l’ensemble des personnes présentes. Cette présentation était aussi l’occasion de valoriser la place centrale de l’intervenant à domicile et l’opportunité de leur proposer de s’associer au projet. Plus de 50 intervenants ont souhaité s’impliquer dans le projet. Ils ont participé à des groupes de travail et donné leur avis sur la grille de repérage pour la simplifier et la modifier. Ils se sont approprié cette grille.

Aujourd’hui, un groupe projet d’une dizaine d’intervenants à domicile travaille toujours sur le sujet. Ce projet sera porté à l’ensemble des salariés de l’AIMV en 2019.

La prochaine étape sera de poursuivre le projet, l’expérimenter et l’évaluer. Nous aurons une phase expérimentale avec une soixantaine d’intervenants à domicile. L’idée est de déployer ensuite le dispositif à l’ensemble du personnel des deux structures, ce qui représente plus de 1 200 intervenants et responsables de secteur. Le dispositif concernerait environ 10 200 personnes âgées, dont 3 000 personnes en GIR 5 et 6. Des personnes autonomes pourront donc en bénéficier.

Après l’expérimentation et l’évaluation du projet, notre objectif est de partager ces pratiques et d’essaimer le projet au sein du réseau des services d’aide à domicile.

Alexandre BEAU

Merci, Madame Poyet.

Aujourd’hui, cette initiative est portée par la Carsat Rhône-Alpes, avez-vous prévu de déployer ce type de dispositif ailleurs ?

Patricia POYET

Oui. Nous travaillons avec deux structures expérimentatrices. Elles engagent un travail très important et nous venons en appui pour les accompagner dans cette démarche. L’idée est en effet de déployer la démarche auprès d’autres structures d’aide à domicile, et nous partagerons cette expérience au niveau national.

Alexandre BEAU

Une fois que vous avez une information sur la fragilité, qui alertez-vous ?

Patricia POYET

Les aides à domicile vont entrer les changements de situation dans leur smartphone. L’objectif est que la responsable de secteur puisse recevoir des notifications et que l’ensemble des remontées lui permette d’avoir une idée sur l’évolution de la personne. Elle prendra ensuite contact avec la personne pour une visite.

Alexandre BEAU

Merci beaucoup.

Nous avons parlé de la phase de repérage, qui est sensible et difficile. Vient ensuite la question de l’élaboration du parcours, mais surtout de la coordination du parcours. Dominique l’a dit tout à l’heure, l’essence du PAERPA est la coordination des acteurs dans la création du parcours du patient.

Je pose la question à Monsieur Gonthier ou Monsieur Célarier : sur le terrain, concrètement, par qui le parcours est-il piloté ?

Thomas CELARIER

Personne, et tout le monde en même temps. S’il était piloté par une seule personne, nous serions dans une organisation monocentrée, ce qui n’est pas notre objectif. Tous les acteurs ont un rôle important dans le parcours du patient. L’hôpital est important en mettant en place une hotline pour détourner le flux d’hospitalisation via les urgences en hospitalisation directe. Les aides à domiciles sont fondamentales puisqu’elles peuvent donner l’alerte à un référent fragilité, par exemple. Tout le monde a un rôle important auprès du patient. Désigner un responsable reviendrait à désinvestir complètement les autres acteurs.

Alexandre BEAU

Il n’existe donc pas de schéma type d’organisation.

Thomas CELARIER

Lorsqu’un patient se retrouve en situation de fragilité, en effet, nous pouvons solliciter les hôpitaux de jour fragilité, en parler au médecin généraliste ou au pharmacien. L’important est que l’information des professionnels de santé soit connue de tous pour savoir quel acteur doit être sollicité en fonction de la problématique rencontrée. Nous pouvons prendre comme exemple une opération pour la pose d’une prothèse de hanche. Nous savons que ce type d’opération représente un stress qui peut faire apparaître une fragilité. Selon moi, nous ne sommes actuellement pas efficaces dans le parcours sur ce point. Les chirurgiens ne vont pas forcément dépister les fragilités et ne vont pas forcément adresser ce patient en repérage à l’hôpital de jour, alors que nous pourrions probablement proposer une prise en charge plus adaptée en préopératoire, pour préparer le patient avant l’intervention, qui représente un stress prévisible. Nous avons donc encore des efforts à faire dans l’organisation du parcours pour que tous les professionnels de santé et ceux qui interviennent au domicile des patients connaissent les dispositifs de prévention.

Alexandre BEAU

La question du postopératoire est également importante. Travaillez-vous également sur cette phase ?

Thomas CELARIER

Le postopératoire est aussi lié au préopératoire. Si vous avez anticipé les décompensations potentielles du postopératoire, vous ferez certainement face à moins de problématiques. Je préfère que nous prenions le sujet par le préopératoire. Après, nous nous retrouvons avec des lits de SSR embolisés parce que les complications postopératoires ont été beaucoup trop nombreuses, alors qu’elles auraient pu être évitées par une meilleure prise en compte avant l’intervention.

Alexandre BEAU

Monsieur Gonthier, lorsqu’une fragilité est détectée, le patient entre dans une coordination, dans un système où des données sont échangées entre les établissements, l’aide à domicile, le médecin généraliste, etc.

A Saint-Etienne, quels outils avez-vous mis en place pour partager ces informations ?

Régis GONTHIER

Nous essayons d’organiser les réponses sur un système d’alerte. Pour l’instant, les acteurs du médico-social jouent davantage ce rôle que d’autres acteurs de terrain comme les médecins généralistes. Nous avons l’impression que ces derniers ne sont pas forcément convaincus de pouvoir repérer tôt la fragilité, ou peut-être n’ont-ils pas le temps d’assurer cet accompagnement. Les fragiles sont des personnes qui sont en préincapacité, chez qui il existe des facteurs de risque identifiables, évidents. Pour travailler sur ces facteurs de risque, nous devons prendre du temps et les accompagner, ce qui est plus difficile, en effet que de rédiger une ordonnance.

Dans le système actuel, nous avons beaucoup de peine à cadrer cet accompagnement. Ce plan personnalisé d’accompagnement dépasse largement le domaine de la médecine. Nous devons travailler sur les comportements des personnes. Une personne qui ne sort plus parce qu’elle est fatiguée peut être encouragée à aller faire son marché deux fois par semaine, ce qui n’est généralement pas fait par le médecin généraliste.

Nous sommes au début de cette prise de conscience. Le médecin généraliste, qui est un pivot du système de soin, n’a pas été convaincu, pour le moment. Il a peut-être eu des déboires sur ses propositions de plan personnalisé de soin, mais pour l’instant, nous avons beaucoup de peine à les motiver. Pourtant, nous, gériatres, sommes convaincus qu’il existe des facteurs de risque identifiables qui sont potentiellement réversibles si nous les prenons suffisamment tôt.

Personnellement, j’encourage les initiatives de la Carsat. Tous les intervenants à domicile sont finalement un peu laissés pour compte parce qu’ils sont « modérément » professionnels dans leur intervention. Nous devons leur donner des outils et les aider à se professionnaliser pour repérer les difficultés. Apprendre ces éléments à ces équipes qui font ce travail au quotidien me paraît extrêmement important.

Cependant, une fois le diagnostic réalisé, nous devons nous organiser pour relayer l’information et résoudre un problème social, interpeller un dispositif de quartier ou encore prévoir une évaluation en hôpital de jour pour compléter le dispositif. Pour l’instant, nous ne sommes pas très en avance sur ce sujet.

Alexandre BEAU

Estimez-vous que nous pêchions sur cette phase ?

Régis GONTHIER

Tout n’est pas encore très clair ni bien organisé. Je ne sais pas le diagnostic qu’en fait la Carsat, je serais intéressé par votre témoignage. Il serait très intéressant d’étudier tout ce que sont devenus les dossiers que nous traitons aujourd’hui dans le futur.

Alexandre BEAU

Nous avons toujours tendance à parler de l’articulation ville-hôpital, alors qu’il faudrait parler de l’articulation ville-hôpital-ville, au sens médical, médico-social et social.

Régis GONTHIER

Norbert Deville nous a dit des choses très importantes. Nous devons commencer la prévention le plus tôt possible et solliciter les organismes de prévention. Lorsque vous êtes âgé et diminué, vous devez être accompagné. Dans 10 ans, lorsque je ne verrais plus rien, je ne serais plus capable d’aller prendre un rendez-vous chez le médecin. J’aurais besoin de quelqu’un qui m’accompagne pour avoir mon bilan de santé dans 10 ans. Je crois que cet élément est important à comprendre.

Nous avons trop fait de propositions via des organismes de mutuelle, etc. Moi-même, je suis retraité, et je reçois des prospectus pour aller faire des bilans de chute, etc. Je me considère encore comme autonome et capable d’initiative. Je prends parfois mal ces propositions, qui me donnent l’impression d’être infantilisé depuis que je suis à la retraite. Cependant, lorsque je serais plus vieux, je ne voudrais pas recevoir un prospectus, je veux que quelqu’un m’aide et me tende la main.

Alexandre BEAU

La démarche doit donc être proactive. Nous devons anticiper.

Régis GONTHIER

Un contact humain est indispensable pour assurer cet accompagnement. Je ne sais pas si ce contact sera assuré par un *care-keeper,* une infirmière sentinelle, une assistante sociale ou autre, mais ces dispositifs existent dans les pays nordiques, ils sont organisés.

Alexandre BEAU

Ils sont peut-être plus intégrés que nous. Notre qualité – et notre défaut – est peut-être d’avoir pléthore d’offres de services, sauf que, les uns et les autres, nous ne travaillons pas forcément sur la même page. Nous sommes peut-être dans le même livre, mais pas sur la même page. C’est la raison pour laquelle je posais la question du pilotage de la coordination.

Monsieur Célarier, quel est votre avis sur la question ?

Thomas CELARIER

Ce sujet est tout l’objet de la plateforme des fragilités. Cette problématique de coordination, en amont et en aval de l’hôpital, nous avait été suggérée par le Pr Gonthier lorsque nous avons monté le projet d’hôpital de jour fragilité. Il nous a clairement dit qu’une plateforme était nécessaire pour imaginer l’amont et l’aval de l’hospitalisation. Nous avons des signalements, nous voyons les patients en hôpital de jour, puis nous avons ce suivi avec l’AIMV et les auxiliaires à domicile qui suivent les préconisations et leur application. En fonction de leur application, les patients peuvent être de nouveau convoqués en hôpital de jour pour connaître les raisons de la non-application des préconisations. Nous sommes en train de mettre en place cet accompagnement en amont et en aval de l’hospitalisation.

Régis GONTHIER

Grâce au dispositif AIMV, nous pouvons aller au domicile des personnes âgées. Je crois que c’est très important. De moins en moins de médecins généralistes se déplacent à domicile, ce qui nous manque cruellement. Au niveau du système de santé, nous devons savoir qui va rendre visite aux personnes âgées à domicile. Si nous n’allons pas au domicile des personnes âgées, notamment celles qui sont seules, nous ne pouvons pas nous rendre compte de leurs difficultés. Vous aurez beau les voir en consultation et remplir tout leur dossier numériquement, si vous n’allez pas à domicile, vous ne connaîtrez pas les conditions dans lesquelles elles vivent.

Alexandre BEAU

Ce sujet est en effet très important.

Nous allons à présent donner la parole à Madame Lietta. L’accompagnement a été évoqué. Avant cette table ronde, je me suis laissé entendre que des choses pouvaient être améliorées dans ce domaine.

Isabelle LIETTA

Bonjour à tous.

Le gérontopôle représente une plateforme qui a vocation à aider tous ceux qui conduisent des actions à mieux travailler ensemble, à associer les acteurs du soin, du social, du médico-social, etc. Il a contribué à l’expérimentation pour la construction de la plateforme territoriale de repérage précoce des fragilités avec la Ville de Saint-Etienne notamment. Ce qui a fait le succès de cette plateforme est que les acteurs se connaissent et par conséquent ont su trouver le bon fonctionnement pour travailler ensemble. Ils ont été accompagnés sur le plan financier et sont aujourd’hui entrés dans une routine.

Après avoir entendu l’ensemble des interventions, je suis frappée par les multitudes de possibilités de financement que nous avons. Nous avons entendu qu’une multitude de projets sont financés et visent à écouter les besoins de la personne âgée, en créant des outils connectés et des organisations. Tout cela manque cependant de coordination et de lisibilité pour les usagers. De nombreuses actions sont réalisées en silo et nous devons décloisonner tout cela.

Il manque peut-être une plateforme qui permettrait aux personnes âgées de mieux lire l’ensemble ce qui leur est proposé et de mieux comprendre ce qui est adapté à leur cas. Des expériences ont été présentées hier aux Défis d’Or et nous avons parlé du sujet. Il nous manque peut-être une approche globale de tout ce qui est fait, mais également de pouvoir avoir des évaluations. Les pouvoirs publics nous le disent, nous manquons d’évaluations scientifiques, même si nous avons des évaluations financières, pour reproduire ce qui a déjà été fait en mode expérimental. Nous devons pouvoir présenter non pas un, mais des modèles qui pourraient s’appliquer ailleurs. Nous savons aussi qu’il faut laisser la place à l’adaptation au territoire et à la créativité des aidants, des professionnels de santé, etc.

Nous avons entendu parler de confiance, de création d’outils, d’objets connectés, etc. Cependant, nous n’avons pas beaucoup entendu parler de la protection des droits de la personne, et notamment de son droit à la confidentialité de ces données. En France, nous avons le problème de la CNIL. A force de vouloir tout protéger, nous tuons la créativité et la possibilité d’avoir des outils connectés. Cependant, nous devons être vigilants. Ces objets connectés contiennent des données qui concernent la vie des personnes âgées, des données de santé, mais également des données sociales. Nous devons être très vigilants sur ce point. Des projets présentent parfois potentiellement des risques.

Alexandre BEAU

Merci pour votre contribution.

Notre sujet est les PAERPA. Nous sommes dans la quatrième année d’expérimentation. Vous qui êtes acteurs de terrain, qu’en pensez-vous ? Devons-nous maintenir le dispositif tel qu’il existe actuellement ? Pouvons-nous l’améliorer ? Passer à autre chose ?

Norbert DEVILLE

Je pense que nous devons maintenir le dispositif, qui a créé une forme globale de prise en charge, cependant nous devons préalablement assurer un parcours préventif. Ce parcours accompagne le PAERPA. Nous le voyons bien, la prévalence des personnes dépendantes augmente. En 2050, nous compterons 2,4 millions de personnes dépendantes. Si nous continuons comme cela et que nous ne faisons pas des efforts de prévention, nous aurons vraiment du mal à gérer les personnes en dépendance en 2050.

Nous devons entendre les remarques qui ont été faites sur le PAERPA pour l’améliorer, mais nous devons surtout faire en sorte d’avoir un parcours complet avec une réelle anticipation de la prévention. J’ai entendu la question concernant le pilotage du parcours. Je pense que nous devons donner un rôle prépondérant au médecin traitant. Nous devons l’accompagner. Ce que nous faisons sur les centres d’examen de santé n’est rien d’autre qu’une offre de service au médecin traitant. Nous ne posons pas le diagnostic à la place des médecins traitants. Nous devons les former plus amplement sur la prévention, au travers par exemple des objectifs de la Rosp, et leur apporter des outils simples de dépistage pour leur permettre d’orienter leurs patients vers un certain nombre de prises en charge en termes de prévention, d’accompagnement ou de soin.

Le médecin traitant a également un rôle prépondérant pour expliquer à la personne âgée comment elle se situe dans ce système de santé. Cependant, nous devons l’y aider. Nous devons également nous appuyer sur les paramédicaux et les intervenants à domicile. Nous avons fait des expérimentations avec la Carsat sur la prévention des chutes. Les intervenants à domicile sont tout à fait capables de calculer un score prédictif de chute. Nous devons simplement les former pour utiliser cet outil. Il en va de même pour les médecins généralistes. Une séance de développement professionnel et continu (DPC) leur permet d’utiliser immédiatement ce score.

Régis GONTHIER

Personnellement, je suis très intéressée par l’expérience menée à Roanne. Pour les hospitalisations non programmées, il a été décidé d’attribuer des moyens dédiés aux urgences pour accompagner spécifiquement les personnes âgées qui arrivent à l’hôpital. Je pense que cette démarche est extrêmement pertinente. Vous pouvez mettre une personne de 25 sur un brancard aux urgences pour attendre un examen. En revanche, mettre sur un brancard une personne de 85 ans, seule, incapable de téléphoner pour alerter sa famille, est tout à fait criminel.

Je suis très intéressé par cette expérience parce que je pense que lorsque nous proposons un accueil particulier à ces personnes âgées, lorsqu’une infirmière a l’habitude d’éviter les comportements inadaptés envers les personnes âgées et de faire les premiers soins en attendant les résultats biologiques, l’expérience est bien mieux vécue que lorsque la personne âgée se retrouve ficelée à un chariot.

Thomas CELARIER

Je connais aussi l’expérience de Roanne. Lorsque nous n’avons pas de personnel dédié aux urgences pour accueillir les personnes âgées, comme c’est le cas chez nous, l’objectif est de dévier le flux, c’est-à-dire d’éviter qu’elles passent par les urgences. Suite à l’étude que nous avions menée via la hotline, nous nous sommes rendu compte que la patientèle qui arrivait en direct chez nous via la hotline et la patientèle qui arrivait par les urgences étaient les mêmes, cependant la première catégorie mourait moins dans notre service, restait moins longtemps à l’hôpital et était réhospitalisée moins rapidement après que si elle était passée par les urgences.

Les soins réellement urgents pour la personne âgée ne sont pas si nombreux. Nous ne pouvons pas gérer un AVC, une hémorragie aiguë ou une appendicite, cependant ces cas ne sont pas la cause principale d’hospitalisation des personnes âgées. Les personnes âgées sont hospitalisées principalement suite à des chutes, des pneumopathies, des décompensations cardiaques, etc. Si vous faites passer ces patients directement dans un service gériatrique qui sait gérer ces cas, leur parcours est beaucoup moins chaotique et le patient sort en meilleur état de santé de notre service.

Pour moi, il s’agit d’un dispositif fondamental dans le cadre des PAERPA. Nous devons voir comment l’hôpital peut s’organiser pour que le parcours de soin des personnes âgées soit un parcours gériatrique et non jalonné de multiples transferts entre les services.

Le rôle de l’hôpital dans le cadre du parcours est aussi d’anticiper le retour avec la coordination avec les acteurs du domicile ou du médico-social.

Alain POULET

Nous pouvons faire le lien entre la *fake news* d’hier, avec un cadrage brutal de l’ensemble du dispositif à destination des personnes âgées, et toutes les expériences dont nous avons parlé depuis hier midi sur la prise en charge de nos aînés. Au-delà du caractère caricatural de la *fake news*, nous nous rendons compte qu’une véritable structuration du projet commun politique public à l’égard des seniors est nécessaire.

Nous avons l’impression que cette image de la structuration n’existe pas. Elle est tellement floue que personne, sinon des hyper-spécialistes, ne la perçoit. Nous avons le sentiment que nous devons fixer un cadre. Ce qui pourrait être l’inspiration du projet que porte Dominique Libault, c’est d’obtenir des pouvoirs publics la définition d’un cadre dans lequel nous nous inscrirons tous, et dans lequel les acteurs publics auront le pouvoir de coordonner l’ensemble des initiatives qui sont prises.

J’habite dans une rue du centre-ville de Saint-Etienne dans laquelle les enseignes de service à la personne ont une durée de vie qui ne dépasse pas les six mois. Je vous invite à y passer. Au bout de six mois, la boutique est fermée et je ne sais pas ce qu’elle devient. Il existe une véritable problématique de clarification et de labellisation des acteurs, de définition du cadre dans lequel ils doivent intervenir, de clarification des tarifs proposés aux personnes âgées. Au-delà du contrôle de l’offre d’Etat, le contrôle de l’offre générale n’est pas coordonné ou encadré. La politique d’Etat qui va être définie – je n’en doute pas une seconde – permettra à chacun d’entrer dans la bonne case.

Le mérite du PAERPA, dans le domaine de la prévention, est justement d’organiser la présence des acteurs de prévention autour de la problématique des personnes âgées, du parcours de soin et de la prise en charge. Cette stratégie de clarification, de coordination, qui est réservée aujourd’hui à un nombre limité de personnes, doit être étendue à l’ensemble des services qui sont proposés à nos aînés.

Dominique LIBAULT

Je souhaiterais émettre une petite nuance par rapport à ce qu’a dit Norbert Deville concernant les objectifs de la politique du vieillissement. L’OMS ne préconise pas forcément que les gens guérissent. Nous l’avons dit, il existe des maladies chroniques. En revanche, l’objectif est de maintenir le plus possible les fonctions de motricité, sensorielles et de vitalité des personnes âgées. Notre système doit être organisé autour de cet objectif.

Par ailleurs, concernant la prévention, je suis d’accord avec ce que disait le Pr Gonthier, nous devons aller vers la personne âgée. Nous ne devons pas nous contenter de passer des messages. Toute la question de l’accompagnement est extrêmement difficile.

L’une des difficultés concerne notamment la sémantique. Nous parlons des personnes âgées en général, mais nous voyons bien que les besoins d’une personne de 70, encore valide et autonome, n’ont rien à voir avec les besoins d’une personne de 85 ou 90 ans. Nous devons pouvoir nous adapter à ces différents stades.

Le parcours vise à travailler à la continuité de la prise en charge de la personne. Nous ne pouvons plus effectuer une prise en charge ponctuelle. Sans une continuité des acteurs et une continuité dans le temps, la prise en charge ne peut pas être satisfaisante. Demain, cette continuité ne peut plus être une option, quel que soit le symbole ou l’acronyme que nous lui donnons. La coordination doit devenir la règle. Le premier ministre et la ministre de la Santé l’ont d’ailleurs évoqué lors de la présentation du Plan Santé 2022. Ils ont dit que, demain, un professionnel de santé ne devait plus exercer en solitaire.

Cependant, la question doit également concerner le social et le médico-social. Malheureusement, aujourd’hui, nous sommes encore dans un trop grand cloisonnement de ces secteurs. Sur un territoire, les acteurs ne se connaissent pas toujours. La première étape pour mettre en place une coordination est que les acteurs se connaissent et modifient la représentation qu’ils ont des autres. Ils doivent apprendre à travailler ensemble. Nous devons corriger les défauts de la formation initiale. Malheureusement, le fait d’apprendre ce que font les autres et de se coordonner n’est généralement pas enseigné dans les formations initiales de la plupart de ces professionnels. Nous devrions commencer par la formation initiale.

Nous avons évidemment besoin d’une vision nationale et d’une structuration pour savoir où nous allons et avoir un projet porté à haut niveau. Cependant, je suis obligé de rappeler qu’une telle démarche ne peut s’incarner qu’au niveau territorial, avec des acteurs sur un terrain donné. En Auvergne-Rhône-Alpes, vous avez des territoires très différents.

Nous devons arriver à faire vivre cette dimension pour que les acteurs aient un projet ensemble. Je trouve toujours très intéressant de connaître le regard des gériatres qui se sont exprimés. Ils voient les problématiques du parcours, puisqu’ils en sont les premières « victimes ». Ils voient les personnes âgées arriver aux urgences dans de mauvaises conditions et sont les premiers à regretter cette mauvaise prise en charge. Ils essayent, au niveau de l’hôpital, de porter cette culture gériatrique, qui n’est pas assez répandue aujourd’hui. Nous devons porter cela tous ensemble.

Alexandre BEAU

Nous allons passer le micro à Serge pour avoir le regard du sociologue.

Serge GUERIN

Je pense que je vais aller dans le même sens. Nous parlions de la formation initiale, je crois que la question de la gériatrie est extrêmement restreinte dans la formation des médecins. Nous aurions certainement à gagner à ce qu’elle soit beaucoup plus transversale.

J’ai écrit un livre intitulé « De l’État-providence à l’état accompagnant », avec l’idée que nous devions passer à l’accompagnement des personnes âgées sur la globalité. Dans un accompagnement, celui ou celle qui est accompagné doit toutefois avoir sa liberté. Le chemin doit être parcouru à deux, et pas avec l’un qui explique à l’autre ce qu’il doit faire. Le risque est en effet souvent de tomber dans la leçon de morale. Nous finissons par être dans une sorte de paternalisme ou d’infantilisation totale en expliquant à une personne de 85 ans ce qu’elle doit faire. Celle-ci a sa propre expérience de vie et n’a pas nécessairement envie de faire telle ou telle chose. L’un des plus grands philosophes vivants, Woody Allen, disait : « Tout ce qu’on me dit de ne pas faire pour vivre au-delà de 50 ans ne me donne pas envie de vivre après 50 ans ». Nous devons aussi laisser du plaisir à la vie. Une mousse au chocolat représente en effet un risque de diabète, mais elle représente d’abord un risque de plaisir. Nous avons le droit, même à 85 ou à 95 ans, même si nous avons des problèmes de dentition, de prendre une mousse au chocolat. Nous devons laisser leurs droits aux personnes âgées, y compris leur droit au risque et au plaisir. En même temps, nous devons permettre à chacun de réagir en tant qu’adultes.

Nous avons débuté cette table ronde avec l’expérience patient. Nous parlons aussi de patients experts. La personne âgée sait aussi des choses sur lui-même. Nous devons trouver la manière d’écouter, d’entendre la personne âgée pour construire un environnement, une ville ou un territoire avec les personnes qui l’utilisent. Si le feu rouge restait un peu plus longtemps rouge, les personnes âgées auraient sans doute moins peur de traverser la rue. Ces éléments permettent aux personnes âgées d’exercer plus longtemps leur autonomie. Nous devons organiser l’environnement pour leur permettre d’exercer leur autonomie plus longtemps.

Je ne crois absolument pas à cette faribole du Nouveau Monde, parce que je crois aux racines et que nous construisons les choses avec « l’avant ». Nous devons passer d’une culture du « *cure »* à une culture du *« care ».* Nous devons accompagner les personnes tout au long de leur vie, sur une vie qui est de plus en plus longue.

Nous devrions peut-être passer du principe de précaution au principe de prévention. Nous parlions des visites à domicile. Elles sont indispensables pour comprendre la réalité de la personne. La première des réalités de la personne est l’endroit où elle vit. Son logement peut accompagner sa prise d’âge, mais aussi accélérer sa perte d’autonomie. La coordination doit prendre en compte la réalité globale de la personne, et notamment ses revenus, son réseau social et l’endroit où elle vit. Une fois que nous prenons en compte tous ces éléments, c’est bien une vision globale que nous avons.

Aujourd’hui, nous ne pouvons pas voir globalement. Si nous ne voyons pas globalement, nous perdons beaucoup d’argent et nous perdons également de l’humanité de la personne. Je crois que le médecin généraliste, un temps, avait cette vision. Cependant, nous ne réinventerons pas le médecin généraliste d’il y a 20 ans. Nous devrons sans doute inventer une sorte de métier ou de regard pour avoir cette vision globale.

Alexandre BEAU

Merci à tous les participants de cette table ronde.

## Et les aidants dans tout cela ?

*Jean-Manuel KUPIEC  
Conseiller spécial OCIRP*

Alexandre BEAU

Nous entrons maintenant dans le dernier temps fort de ce 12e colloque Défi Autonomie. Nous avons voulu vous parler un peu des aidants. Ce terme a été prononcé maintes et maintes fois ces dernières 24 heures. Jean-Manuel, qui est un spécialiste des aidants, a mis la main sur une étude européenne sur le sujet. Nous avons souvent tendance à dire que nous faisons moins bien que les autres en France. Sur la question des aidants, comment se placent les Français ?

Jean-Manuel KUPIEC

Bonjour à toutes et à tous. Je vais faire court, nous sommes à la fin de ce colloque.

La problématique des aidants n’est pas spécifique à la France. Vous pouvez retenir un chiffre : il existe 100 millions d’aidants dans l’Europe des 28. Nous parlons bien sûr des aidants bénévoles, et non des aidants professionnels.

Sur ce sujet, la France est plutôt bien positionnée par rapport aux pays européens. Nous avons 11 millions d’aidants en France, qu’ils se reconnaissent ou non comme aidant. Ce point est important. Ils ont un âge moyen de 52 ans. Ils sont des femmes à 57 %. Nous devrions donc plutôt parler d’aidantes que d’aidants, vous voyez la discrimination qui existe aujourd’hui. 15 % d’entre eux sont en activité professionnelle.

La France ne répond pas à deux des onze critères préconisés en Europe. L’activité d’aidant ne donne pas de droits à la retraite, et les aidants n’ont pas d’indemnisation. La loi mise en œuvre au 1er janvier 2018 accorde le droit de prendre des congés aux aidants, cependant ces congés ne sont pas rémunérés.

La vraie problématique des aidants et des aidantes aujourd’hui est de concilier leur vie d’aidant, leur vie privée et leur vie professionnelle. Comme me l’a dit Serge Guérin, ils sont les soldats inconnus de la République française. Nous ne les voyons pas, d’abord parce que nous considérons qu’être aidant relève de la sphère privée. La sphère privée n’est pas publique. La société française a de nombreux dénis. La loi ASV signifie Adaptation de la société au vieillissement. Il ne s’agit pas d’une loi sur les personnes âgées, sinon nous l’aurions appelée autrement.

Le premier déni français concerne les seniors. A 45 ans, vous êtes senior. Le deuxième déni concerne la vieillesse, qui fait peur. Le troisième déni est d’être aidant, et le quatrième d’être aidé. Lorsque vous voyez ce cumul de dénis, nous n’avons pas envie de vieillir, et nous n’avons pas envie de le dire non plus, dans notre société.

Ce sujet n’est pas uniquement professionnel. Il s’agit également d’un sujet de société. Nous devons changer le regard de la société française.

Alexandre BEAU

Je reviens sur l’étude : vous avez mentionné 11 critères, dont deux dont la France était exclue puisqu’elle ne fait rien. Quels sont les neuf autres critères ? Quelle est la position de la France par rapport à ces neuf autres critères ?

Jean-Manuel KUPIEC

Je peux vous citer les critères, ainsi que leur application en France :

* reconnaissance formelle : vous êtes reconnus dans la loi, tout à fait ;
* rémunération de l’aidant : elle est prévue ;
* congé parent personne en perte d’autonomie : il existe, mais n’est pas rémunéré ;
* congé en fin de vie : oui ;
* maintien des droits à la retraite : non ;
* aménagement du temps de travail : il s’agit aujourd’hui d’une obligation et vous pouvez l’imposer au sein de votre entreprise ;
* conseil, consultation : ils existent ;
* aide au répit : elle est de 500 euros, ce qui n’est pas très important, mais a le mérite d’exister ;
* formation des aidants ;
* groupe d’entraide.

Nous voyons tout de même que la France est plutôt dans le peloton de tête sur ces onze critères.

Alain POULET

Nous partageons, toi et moi, la théorie selon laquelle l’aidant ne s’identifie pas forcément lui-même.

Je le vis personnellement : j’ai commencé par téléphoner à ma mère une fois par semaine, puis une fois tous les deux jours, puis une fois par jour, maintenant je vais lui rendre visite tous les deux ou trois jours. Quelque part, nous entrons dans cette logique d’aidant sans en prendre conscience. La problématique de l’identification est très importante pour entrer dans un système indemnitaire, socialisé ou de prise en charge d’accompagnement, quel qu’il soit.

Jean-Manuel KUPIEC

Le sujet est en effet très important, surtout en fonction de l’âge des protagonistes. Il y a souvent une génération d’écart entre l’aidant et l’aide. Lorsque l’aidé a 80 ans, l’aidant a souvent autour de 60 ans. Ces aidants n’en parlent souvent pas, car ils considèrent que cela relève de la sphère privée.

Nous avons mené des études avec les aidants entre 20 et 40 ans. Ils disent qu’ils n’assumeront pas cette tâche parce qu’ils ne le pourront pas. Ils sont d’accord pour que ce sujet devienne un vrai sujet de société. Il existe des aidants de 20 ou 40 ans. Ceux-ci sont encore moins visibles.

Lorsque je parle d’aidants, parmi les 11 millions, il y a des aidants de personnes âgées, de personnes handicapées ou de maladies chroniques. Nous devons avoir une vision transverse. Les aidants d’une personne âgée ou d’une personne handicapée ou ayant une maladie chronique sont les mêmes. Vous avez une définition de l’aidant dans la loi ASV, dans le code de la famille, dans le cadre de l’OCDE et de l’Europe. Être aidant signifie utiliser des heures, de façon permanente ou non, pour venir en aide à une personne que l’on connaît. La loi est allée plus loin. Elle estime qu’il ne faut pas parler d’aidant, mais de proche aidant. Demain, nous aurons de plus en plus d’aidants. Nous avons donc besoin de proches aidants. La voisine s’occupera du voisin, ou vice-versa.

15 % des aidants sont en activité professionnelle. L’entreprise s’aperçoit aujourd’hui qu’ils sont visibles. Les aidants sont présents dans l’entreprise, sans toutefois l’être pleinement du fait de leurs préoccupations. Certains font du présentéisme, d’autres de l’absentéisme. Que font ces aidants ? Ils ne sont pas dans une situation satisfaisante. Ils ont des problèmes de santé, y compris psychologiques. Un aidant sur trois décède avant l’aidé. Ils sont sur le point de craquer.

Nous parlons beaucoup, actuellement, de responsabilité sociétale des entreprises. Il s’agit d’un vrai sujet. Nous sommes dans l’entreprise. Il ne faut cependant pas oublier les aidants qui ne sont pas dans l’entreprise : les commerçants, les professions libérales, les retraités, etc. La retraitée qui s’occupe de son mari, ou le contraire sont d’une certaine manière hors du monde. La vraie difficulté est là.

L’entreprise peut être une porte d’entrée intéressante, et les partenaires sociaux devront s’en préoccuper. Le sujet est collectif, et non individuel.

Alexandre BEAU

Concrètement, quelles seraient les actions à mettre en œuvre dans les mois et les années à venir ?

Jean-Manuel KUPIEC

Concrètement, je pense que le sujet incombe aux partenaires sociaux.

J’avais dit à la ministre, Michèle Delaunay puis Laurence Rossignol, que nous devrions passer rapidement à l’acte II de la loi ASV, qui concerne son financement. Le sujet du financement arrive maintenant. Le sujet concerne les partenaires sociaux et les branches professionnelles. Les entreprises doivent s’occuper de ces 15 % d’aidants avec lesquels elles travaillent. Il s’agit d’un problème de sensibilisation. Nous devons déjà informer. Les branches professionnelles peuvent agir aussi. Nous voyons que les congés paternité vont de 3 à 11 jours. Ils découlent de négociations qui ont eu lieu au fil du temps dans les branches. Pourquoi, demain, n’aurions-nous pas des congés pour les aidants ?

La difficulté est de mettre à plat tous les congés. Ils sont aujourd’hui très diversifiés. Nous voyons bien que le gouvernement, via le rapport du haut conseil Famille Enfance Âgés, a préconisé de mettre à plat tous ces congés qui sont dans des conventions collectives pour aider les salariés.

Nous ne devons cependant pas tout mélanger. Mélanger les congés d’aidant à d’autres risquerait de les faire disparaître. Je suis favorable à conserver ce sujet à part et de le soumettre à la négociation spécifique au sein des branches. Les petites entreprises ne peuvent en effet pas mettre en place de tels systèmes, les grandes entreprises en ont les moyens et les branches sont capables de les gérer et les mutualiser. Ces réponses sont efficaces.

Alexandre BEAU

Finissons-nous sur ces bons mots, Jean-Emmanuel, sur une note d’espoir ?

Jean-Manuel KUPIEC

Nous devons en effet finir sur une note d’espoir. Avec le JDD de ce dimanche, deux pages étaient consacrées aux aidants dans le Femina. Les aidants doivent reprendre leur santé en main, apprendre à s’organiser et trouver de l’entraide. Ces éléments sont simples, mais très importants.

Nous voyons bien que ce sujet est en train d’émerger dans la société. Les aidants ne doivent pas être le parent pauvre, comme le soldat inconnu, de la protection sociale. Nous devons prendre conscience de ce sujet. Les aidants doivent dire qu’ils sont aidants et l’exprimer.

Alexandre BEAU

Merci, Jean-Manuel. Un petit mot de conclusion, Serge.

Serge GUERIN

Je trouve intéressant de terminer sur la question des aidants. Il y a dix ans, le mot était totalement inconnu. Le terme utilisé était « aidant naturel ». Il sous-entendait qu’ils n’avaient pas besoin d’être aidés ou financés, et qu’il s’agissait d’une affaire de femmes. Nous déléguions, et nous le faisons encore beaucoup, une grande partie de la santé publique, à des personnes bénévoles pour assurer le travail. Sans elles, la situation serait intenable.

Avec un groupe d’aidants, nous avions calculé une estimation du budget que représentaient les aidants. A l’époque, nous ne calculions jamais l’apport des aidants. Nous étions arrivés au chiffre de 164 milliards d’euros, ce qui est assez élevé puisque les dépenses totales de santé sont de 240 milliards. Les vrais économistes arrivent au chiffre de 16 milliards d’euros. Nous sommes donc passés de 0 à 16 milliards d’euros. Evidemment, accompagner ses proches ne doit pas se résumer à de « l’argent, mais nous devons le prendre en compte.

Dans une entreprise sur cinq aujourd’hui, l’absentéisme est davantage dû au besoin d’accompagner un parent qu’à celui d’accompagner un enfant. Nous voyons bien les transformations de la société, les réalités de ce qui se passe sur la question des aidants.

Plus largement, pour terminer ces deux jours de colloque du Défi Autonomie, je souhaite d’abord vous féliciter. Décider d’organiser un tel événement, Alain, il y a douze ans, à Saint-Etienne, sur ce sujet, force le respect. Vous avez gardé le terme d’autonomie. Qu’est-ce qu’une société moderne, pour nous qui sommes un peu les descendants de la société des Lumières ? Leur objectif était de nous rendre, nous donner, nous permettre de l’autonomie. Quel est le projet de l’occident démocratique ? C’est de gagner de l’autonomie. Nous devons construire nous-mêmes notre autonomie, aller à l’école, nous préparer, etc. Tout le monde s’accorde à dire que l’autonomie est primordiale, jusqu’au moment où l’on devient une personne âgée. Nous entrons alors dans la dépendance, qui est quand même un mot fort. Je connais des personnes dépendantes à l’alcool ou au tabac, je suis moi-même totalement dépendant au chocolat noir, mais je n’ai toujours pas compris ce que signifiait la dépendance des personnes âgées.

Pourquoi tout le monde a-t-il le droit à l’autonomie jusqu’à ce que nous vieillissions ? Je crois qu’un projet d’une société de la longévité réussie est solidaire doit nous permettre – à défaut d’être toujours acteur – d’être au moins auteur de notre autonomie dans un cadre contraint. Rien que le mot nous donne la feuille de route d’une société de la longévité. Encore une fois, je préfère le terme de longévité à celui du vieillissement. Nous l’avons bien vu, plusieurs fois, que chacun a du mal à se projeter dans la vieillesse. Je dirige un master dans lequel mes étudiants ont, cette année, entre 23 et 54 ans. A tous les âges, nous pouvons continuer à nous former. A tous les âges, nous pouvons refaire de l’activité physique ou imaginer son logement différemment. A tous les âges, nous avons le droit de continuer à construire notre vie. C’est sans doute la plus belle définition d’une société de la longévité réussie et qui, je l’espère, va être construite par le nouveau projet de loi.

## Conclusion des deux journées

Alain POULET

Avant de conclure et pour rebondir sur les propos de Serge Guérin, je vous dois la vérité. Les plus anciens d’entre vous, qui nous accompagnent depuis le premier colloque, le savent. La structure porteuse du premier colloque, il y a douze ans, avant de devenir Senior Autonomie, s’appelait le Comité pour la promotion de la protection dépendance. La terminologie ne présentait pas d’équivoque à l’époque.

Il y a douze ans, comme le dit très justement Serge, la dépendance était le mot d’ordre. Nous étions alors dans la dépendance, aujourd’hui nous sommes dans l’autonomie. Nous ne souhaitons pas catégoriser nos seniors les plus âgés.

Je voudrais remercier tous ceux qui ont participé à ces travaux, dans des conditions qui ont pu être difficiles à cause du contexte extérieur. Merci à vous d’être là.

Merci à tous ceux qui sont intervenus au cours de ces deux journées. Sans eux, Défi Autonomie ne pourrait exister. Sans votre participation à tous, mais également celle des élèves de l’EN3S, ces journées n’existeraient pas. Grâce à l’école et à son directeur, je fais une cure de jouvence tous les ans pendant deux jours.

J’ai encore besoin de vous pour deux choses. Premièrement, avant de nous retrouver au cocktail de clôture, je vous invite à me rejoindre devant le plateau de la WebTV. Nous remercierons les élèves hôtes et hôtesses d’accueil qui ont travaillé avec nous pendant deux jours, ainsi que les volontaires du service civique qui ont été avec nous pendant deux jours, mais qui nous accompagnent tout au long de l’année. Nous travaillons en effet avec quatre volontaires du service civique. Nous retrouverons tous ces jeunes sur le plateau de la WebTV pour les remercier. J’ai besoin de vos applaudissements et de votre reconnaissance à leur égard.

Deuxièmement, dès demain matin, vous pourrez chatter, twitter ou envoyer tous les mails que vous souhaitez pour donner rendez-vous à tous, même si nous n’avons pas encore fixé la date, l’année prochaine pour le treizième Défi Autonomie, ici à Saint-Etienne.

Merci à tous.