



Conseil économique et social



Bien vieillir en Bretagne

***Changer de regard et agir pour mieux
vivre ensemble le vieillissement à domicile***

Octobre
2007

Rapporteurs :
M^{me} Nicole FRANÇOIS
et M. Bernard PIVETTE

Bien vieillir en Bretagne

Changer de regard et agir pour mieux vivre ensemble
le vieillissement à domicile

Octobre
2007

Rapporteurs
Mme Nicole FRANÇOIS
et M. Bernard PIVETTE

Copyright © Région Bretagne – Conseil économique et social de Bretagne

7 rue du Général Guillaudot – 35069 RENNES Cedex

Octobre 2007

**Les rapports du CESR peuvent faire l'objet d'une présentation orale publique
par les rapporteurs.**

Les demandes doivent être adressées au Président du Conseil économique et social de Bretagne.

Pour mieux connaître le fonctionnement et les activités du CESR, venez visiter le site Internet de la
Région Bretagne : <http://www.region-bretagne.fr>

Avant-propos

Faire des préconisations pour « Bien Vieillir en Bretagne » pourrait paraître, aux yeux de certains, quelque peu éloigné des compétences et préoccupations du Conseil régional. Il faut préciser que cette autosaisine du Conseil économique et social régional de Bretagne, initiée et réalisée par sa Commission « Qualité de Vie, Culture et Solidarités » et la forte mobilisation de ses membres, s'inscrit dans le prolongement d'une réflexion sur les enjeux du vieillissement de la population en Bretagne et notamment des deux travaux suivants : " Vieillir en Bretagne " (1997) et " La Bretagne et l'évolution des modes de vie " (2004).

Les politiques et les démographes nous avaient déjà alertés sur les conséquences du « Baby-boom » des années d'après-guerre et donc de l'arrivée à la retraite des « Papy-boomers » à partir de 2005. L'espérance de vie s'allonge régulièrement depuis plusieurs décennies et ouvre de nouvelles perspectives d'organisation de vie des personnes âgées. Par de nombreuses initiatives, les politiques publiques et privées traduisent déjà une forte mobilisation d'acteurs pour anticiper et satisfaire au mieux les besoins des personnes âgées. Pourtant, force est de constater que le regard de la société n'a pas beaucoup changé sur les " vieux ", excepté peut-être sur la tranche d'âge des « jeunes retraités » qui constituent, du point de vue économique et financier, un marché porteur.

Notre propos dans cette étude s'est orienté sur la qualité de la vie des personnes âgées vivant à domicile car elles représentent plus de 90% de la population des 60 ans et plus. Si le regard porté sur les personnes vieillissantes est souvent tendre et bienveillant, " nos anciens " peuvent aussi apparaître comme le miroir de ce que l'on a peur de devenir.

Or, l'un des principaux enseignements de l'étude est clairement que la qualité de vie de la personne âgée est aussi dépendante de la qualité du regard que l'on porte sur elle. D'où le titre du rapport : « *Bien vieillir en Bretagne- Changer de regard et agir pour mieux vivre ensemble le vieillissement à domicile* ».

Le travail de la Commission « Qualité de Vie, Culture et Solidarités » s'est orienté selon deux axes :

- une réflexion fondamentale enrichie par des auditions (philosophe, sociologue, géographe, démographe, urbaniste, ergothérapeute, politique, haut fonctionnaire, etc.), des recherches documentaires...
- une exploration sur le terrain avec des rencontres en sous-groupes dans les quatre départements et des analyses d'expériences le plus souvent innovantes, qui nous ont permis d'établir, à partir de six thématiques de qualité de vie, des préconisations en matière d'habitat, de mobilité, de services, de santé, de "vivre ensemble" et de culture.

Si les principales politiques publiques en direction des personnes âgées relèvent de la compétence des Conseils généraux, de l'État, des Organismes de protection sociale et/ou de l'échelon communal voire intercommunal, la Région est également concernée, en particulier par l'enjeu majeur d'aménagement du territoire que constituent les services à la population dans la mesure où ces derniers contribuent à améliorer la qualité de vie des personnes âgées qui souhaitent vivre à domicile dans tous les territoires de la Bretagne.

En milieux urbain et périurbain, comme en milieu rural, les politiques d'aménagement doivent ainsi prendre en compte les besoins de qualité de vie des personnes âgées, notamment tout ce qui concerne : le logement adapté, les transports de proximité, l'offre de services élargie, les réseaux de voisinage, l'accompagnement et la coordination, la culture et les loisirs dans un cadre de vie accessible...

Mais la qualité de vie des personnes âgées passe aussi par la continuité du lien social entre les citoyens les plus défavorisés et le reste de la communauté en s'efforçant de prévenir les facteurs d'isolement générés par les accidents de la vie, la moindre mobilité physique et intellectuelle des plus fragiles ainsi que par la précarité des ressources.

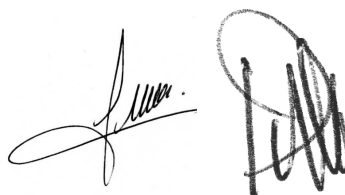
Ce n'est pas seulement la formation des professionnels, des bénévoles et aidants familiaux qui interviennent auprès des personnes âgées qui est à repenser "tout au long de la vie" mais bien l'ensemble des politiques publiques. La recherche d'une meilleure sécurisation des trajectoires de vie des citoyens à toutes les étapes de leur existence devient en effet un enjeu majeur.

Pour ne pas laisser au seul individu la responsabilité de la qualité de sa vie à tout âge, l'objectif du "développement durable de la personne" doit être partagé par l'ensemble de la société. C'est l'ambition que notre étude se propose de vous faire découvrir et de vous faire partager. Notre but sera atteint si l'analyse présentée dans ce document, dans la mesure où elle s'inscrit dans une réflexion publique, peut être utile aux acteurs, décideurs et responsables de notre région et de ses territoires.

Notre contribution, à travers ce rapport, résulte d'un travail intense dans un délai réduit mais avec une méthode qui a permis une réflexion collective et partagée aussi bien en théorie que sur le terrain. Que toutes celles et tous ceux qui y ont contribué et participé en soient ici remerciés. Mais cette étude ne serait pas sans la contribution importante de Fabien Brissot, Conseiller technique, pour son précieux travail de recherche et de rédaction. Merci aussi aux autres collaborateurs de l'équipe du CESR.

Les rapporteurs

Mme FRANÇOIS et M. PIVETTE



Composition de la Commission

Rapporteurs : Mme Nicole FRANÇOIS et M. Bernard PIVETTE

1. Membres de la Commission

- M. Jean LEMESLE, Président
- Mme Andrée CARIO, Vice-présidente
- M. Daniel ROUSSEL, Secrétaire
- M. Yannick BARBANÇON
- M. Sylvain BRITEL
- M. Guy CANU
- M. Michel DAVID
- Mme Joëlle DEGUILLAUME
- Mme Yvette DEMAY
- Mme Christine DIVAY
- Mme Nicole FRANÇOIS
- Mme Annie GAULTIER
- M. Marc GONTARD
- M. Daniel HARDY
- Mme Monique HERROU
- Mme Evelyne HUAUMÉ
- M. Pierre JAMET
- M. Claude LAURENT
- M. Émile LEGAVRE
- Mme Marie-France MARCHAL
- M. Alain MONNIER
- M. Michel MORVANT
- M. François MOURET
- Mme Colette PERRODO
- M. Bernard PIVETTE
- M. Loïc RICHARD
- M. Noël ROUDAUT
- Mme Anne SAGLIO
- M. Lucien THOMAS

2. Assistance technique

- M. Fabien BRISSOT, Conseiller technique
- Mme Valérie PLANCHAIS, Assistante de Commission
- M. Fabien PETIT, Stagiaire, étudiant à l'IEP de Rennes

Sommaire

SYNTHESE

INTRODUCTION GÉNÉRALE 1

PREMIERE PARTIE ELEMENTS SUR LE CONTEXTE DU VIEILLISSEMENT EN BRETAGNE 13

CHAPITRE 1 POUR UNE NOUVELLE ETHIQUE DU REGARD SUR LE VIEILLISSEMENT 17

1 "Vieillir : une chance ou un naufrage ? De la relégation à l'entourage" 23

2 Faire face à l'angoisse de mort et changer de regard pour mieux vivre le vieillissement 25

CHAPITRE 2 ELEMENTS SUR LA DEMOGRAPHIE, LES TERRITOIRES ET LES TRAJECTOIRES DU VIEILLIR EN BRETAGNE 29

1 Le contexte démographique des personnes âgées en Bretagne 35

2 Les territoires et les trajectoires du vieillir en Bretagne : de fortes disparités géographiques 47

3 Quels sont leurs revenus ? 55

4 Quelques éléments sur le travail de soutien familial envers les personnes âgées en situation de handicap à domicile 63

DEUXIEME PARTIE DES ENJEUX ET DES INITIATIVES POUR "BIEN VIEILLIR EN BRETAGNE" 67

Tableau récapitulatif des initiatives sélectionnées 70

CHAPITRE 1 - HABITAT 73

Section 1 : Pour un habitat inclusif et évolutif tout au long de la vie 77

Section 2 : Exemples d'actions 89

Section 3 : Préconisations 113

| | |
|--|------------|
| CHAPITRE 2 - MOBILITE | 121 |
| Section 1 : De la mobilité réelle à la mobilité virtuelle... et inversement | 125 |
| Section 2 : Exemples d'actions | 133 |
| Section 3 : Préconisations | 143 |
| CHAPITRE 3 - SERVICES | 147 |
| Section 1 : Des "services de maintien à domicile" aux "services de qualité de vie" | 151 |
| Section 2 : Exemples d'actions | 167 |
| Section 3 : Préconisations | 175 |
| CHAPITRE 4 - SANTE | 181 |
| Section 1 : A la recherche du bien-être "bio-psycho-social" de la personne âgée | 185 |
| Section 2 : Exemples d'actions | 197 |
| Section 3 : Préconisations | 205 |
| CHAPITRE 5 - VIVRE ENSEMBLE | 209 |
| Section 1 : Mieux vivre ensemble pour bien vieillir | 213 |
| Section 2 : Exemples d'actions | 223 |
| Section 3 : Préconisations | 235 |
| CHAPITRE 6 - CULTURE | 241 |
| Section 1 : Transmettre, apprendre et créer tout au long de la vie | 245 |
| Section 2 : Exemples d'actions | 251 |
| Section 3 : Préconisations | 261 |
| CONCLUSION | 267 |
| ANNEXES | 283 |
| TABLE DES MATIERES | 365 |

Synthèse

Introduction

La présente autosaisine s'inscrit dans le prolongement de travaux du Conseil économique et social régional de Bretagne ayant abordé certains grands enjeux liés au vieillissement : "*Vieillir en Bretagne*" (1997), "*Prospective de la démographie de la Bretagne à l'horizon 2020*" (1998), "*La Bretagne et l'évolution des modes de vie*" (2004), le vœu sur "*Les personnes âgées en Bretagne : problèmes mis en évidence par la canicule*" (2004) ...

Dans son rapport « *Vieillir en Bretagne* » de 1997, le CESR insistait sur l'idée que "*vieillir, c'est d'abord vivre*". De celle-ci découlait l'un des questionnements fondamentaux de ce travail : "*Comment est-il possible aujourd'hui de mieux vivre en vieillissant ?*". C'est en se recentrant sur cette problématique que la Commission "Qualité de vie, Culture et Solidarités" du CESR a décidé, dix années plus tard, de poursuivre sa réflexion sur les conditions du "bien vieillir" en Bretagne aujourd'hui ; étant précisé que ne sont pas abordés ici les enjeux économiques et sociaux liés à la nature et aux modes de financement du système de protection sociale des personnes vieillissantes.

- **Une méthode d'étude originale s'appuyant fortement sur l'exemplarité et l'analyse d'initiatives de terrain**

Ce travail a été conduit en adoptant une méthode originale valorisant le repérage et l'analyse approfondie, dans les quatre départements de la Bretagne, d'initiatives de terrain dont la richesse et les acteurs, y compris les personnes âgées rencontrées, ont fortement stimulé et nourri l'ensemble des réflexions et préconisations. Même si elles ne peuvent être citées dans le cadre de la présente synthèse, la trentaine d'initiatives détaillées dans le rapport en constitue bien la toile de fond.

Afin donc de mieux appréhender la portée pratique des développements qui suivent, le lecteur est invité à se reporter au rapport lui-même où sont présentées ces actions concrètes qui, par leur exemplarité, pourraient utilement servir de référence à l'ensemble des acteurs du "bien vieillir" en Bretagne.

- **Ajouter des années à la vie et ajouter de la vie aux années**

Qu'est ce que "vieillir" ? Qu'est-ce que "bien vieillir" ? Les éléments de réponse à ces questionnements existentiels relèvent autant de choix individuels que collectifs. Ils devraient donc faire l'objet d'un débat démocratique sans cesse renouvelé. En effet, la définition de la vieillesse est un acte éminemment politique au sens où elle a des conséquences importantes sur les représentations, l'organisation et le sens du vivre ensemble aux différents âges de la vie.

On observe aujourd'hui que le regard social porté sur la vieillesse est souvent focalisé sur les risques sanitaires et économiques associés au vieillissement. Si ces grands défis sont effectivement majeurs, les réponses actuellement apportées sont-elles pour autant suffisantes pour prendre aussi en compte l'accès de toutes les personnes vieillissantes à la qualité de la vie ? En d'autres termes, après avoir réussi à ajouter des années à la vie, comment parvenir à ajouter de la vie aux années ?

- **La Région Bretagne est concernée par le « bien vieillir » à de nombreux titres**

Alors que les Conseils généraux se voient confier des responsabilités de plus en plus prééminentes en direction des personnes âgées, en quoi la Région Bretagne est-elle aussi concernée par la qualité de la vie de ces dernières ?

En premier lieu, il faut souligner que la Région est, comme d'autres acteurs locaux, impliquée dans l'enjeu majeur de la présence, de la qualité et de l'accessibilité *des services à la population* sur les territoires. En effet, ces derniers contribuent au développement durable et solidaire de la Bretagne. En second lieu, la qualité de la vie des personnes vieillissantes relève aussi, plus ou moins directement, de certaines de ses compétences transférées ou choisies : culture et patrimoine (dont langues), innovations technologiques (Pôle de compétitivité "Images et réseaux" par exemple), innovations économiques et sociales, développement économique (emploi dans les services à la personne notamment), transports, politiques et contractualisations territoriales (avec les 21 Pays en particulier), plans et schémas prospectifs, formation tout au long de la vie (formations sanitaires et sociales et autres formations - tant pour les professionnels, les aidants familiaux que pour les bénévoles), actions ciblées et partenariales de prévention en santé publique, politique de soutien à l'économie sociale... Enfin, d'une manière générale, aucune collectivité publique ne peut aujourd'hui se passer d'une réflexion sur les conséquences majeures et sur le sens de la révolution de la longévité de la vie humaine.

- **Un champ d'investigation centré sur le vieillissement à domicile**

Pourquoi avoir choisi de centrer l'étude sur la qualité de la vie des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile ? Premièrement, on observe que la très grande majorité des personnes âgées vit à domicile en Bretagne : c'est le cas de 9 personnes âgées de 60 ans et plus sur 10, cette proportion atteignant même 98% pour la tranche d'âge des 60-74 ans. En second lieu, la Commission « Qualité de vie, Culture et Solidarités » n'a pas choisi d'étudier ici la situation spécifique des personnes âgées nécessitant une prise en charge institutionnelle permanente en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. D'une part, de nombreux travaux existent déjà sur ce thème, d'autre part, avec un effectif estimé par l'INSEE à 47 000 personnes âgées dépendantes au 1er janvier 2007, ces dernières représentent 6.7% de la population des 60 ans et plus en Bretagne. Enfin, en troisième lieu, le délai de réalisation de l'étude, six mois, appelait une délimitation précise de son champ d'investigation.

Après avoir, dans une première partie, présenté quelques réflexions et repères sur le vieillissement en Bretagne (1), la seconde partie de la synthèse aborde les *six thématiques interdépendantes* de qualité de vie retenues pour l'étude (2), à savoir : *l'habitat, la mobilité, les services, la santé, le vivre ensemble et la culture*. Enfin, en conclusion, sont présentées les principales préconisations du CESR, celles-ci renvoyant, pour leur mise en œuvre, à de nombreux exemples d'initiatives locales figurant dans le rapport.

1. Quelques réflexions et repères sur le vieillissement en Bretagne

Après avoir souligné l'importance cruciale du regard philosophique et social porté sur la vieillesse (1.1), il est possible, en s'appuyant sur certains travaux existants, de donner quelques points de repères statistiques sur la situation présente et à venir des personnes âgées de 60 ans et plus en Bretagne (1.2).

1.1. Pour une nouvelle éthique du regard sur le vieillissement en Bretagne

- **La vieillesse : des réalités objectives et une notion à relativiser**

Si la vieillesse renvoie à des réalités objectives telles que les diminutions de capacités, l'allongement de la durée de vie, les évolutions démographiques, son impact économique et sanitaire, etc., elle est aussi, une notion à relativiser. Ainsi, comme l'a souligné la philosophe, Marie-Odile Bruneau, lors de son audition, il n'y a pas *une* mais *des* vieillesse dont le sens évolue selon les temps, les lieux, les sociétés, les personnes et surtout selon le regard porté sur les personnes vieillissantes : "*la vieillesse est avant tout une représentation sociale variable et subjective*". En paraphrasant le titre d'un article du sociologue Pierre Bourdieu qui portait sur la jeunesse, on peut également dire que "la vieillesse n'est qu'un mot" et que les regroupements fondés sur l'âge ne doivent pas masquer les différences et inégalités sociales.

Il convient également de souligner la relativité de la notion de « *personne âgée* » - en même temps que *l'âge* à partir duquel on le deviendrait. Un profond mouvement de *reconfiguration des âges de la vie* est en effet à l'œuvre. Dans ce contexte, être systématiquement qualifié de « *personne âgée* » à partir de *60 ans* a-t-il encore un sens ? Ce seuil numérique devrait être aujourd'hui repensé, tant il apparaît en décalage avec les nouvelles réalités physiologiques, psychologiques, culturelles, sociales et économiques du vieillissement. Pourtant, refuser d'emblée de se référer à la notion courante de "personne âgée" et à la frontière usuelle des 60 ans, eût été, pour le CESR, se priver de la richesse de nombreux travaux statistiques de référence sur le vieillissement en Bretagne. C'est pourquoi, tout en gardant un œil critique, le CESR, pour les besoins de son étude, a fait le choix de qualifier de "personnes âgées" la population des 60 ans et plus.

- **La dramatisation de la vieillesse : un reflet de nos peurs ?**

Si la vieillesse est aussi une question de regard, quel est-il ? On observe une forme de regard dual sur les "vieux". Alors que les "*jeunes retraités*", à leur entrée dans le "troisième âge", paraissent socialement et économiquement valorisés, tel n'est pas le cas du "quatrième âge" souvent perçu comme problématique et coûteux. Il y aurait donc d'un côté une "vieillesse qui va bien" et de l'autre "une vieillesse qui va mal".

Pourquoi cette dramatisation sociale du grand âge ? Selon le psychiatre, Jean Maisondieu, les anciens sont souvent le miroir de ce que l'on a peur de devenir

et qui, parfois, nous semble insupportable. Ainsi, notre regard sur les personnes âgées serait le reflet de nos peurs personnelles et collectives : peur de la mort, de la déchéance, de la solitude. A l'extrême, ce regard social dévalorisant peut aller jusqu'à produire de la démence chez celui qui est ainsi regardé, "dévisagé" au lieu d'être "envisagé".

- **Une éthique du regard qui contribue à la qualité de la vie**

La qualité de vie de la personne âgée est aussi dépendante de la qualité du regard porté sur elle en tant qu'autre et que semblable "*qui compte pour quelqu'un et qui vaut la peine de vivre*".

L'enjeu ainsi mis en lumière est celui d'une approche éthique de la personne vieillissante, c'est-à-dire de sa reconnaissance en tant que *personne*. Par personne, il faut ici entendre un être unique porteur d'une dignité considérée comme une fin et dont "je" suis responsable, se définissant non seulement en soi mais aussi dans sa relation à autrui. Incarnée dans un corps et dans une société où elle doit pouvoir trouver sa place, capable d'initiatives et d'autonomie, la personne a aussi une vie intérieure et spirituelle. Ce sont tous ces paramètres, tout autant que les ressources, le confort, l'hygiène, la santé qui contribuent à sa qualité de vie.

Pour « bien vieillir », il faut donc d'abord relever le défi individuel et collectif d'une nouvelle éthique du regard sur le vieillissement.

1.2. Eléments sur la démographie, les territoires et les trajectoires du vieillir en Bretagne

Quelle est la situation des personnes âgées de 60 ans et plus en Bretagne aujourd'hui ? Quelle sera-t-elle demain ? Les travaux existants permettent d'apporter quelques points de repère actuels et prospectifs sur la démographie (1.2.1), les territoires et les trajectoires du « vieillir » en Bretagne (1.2.2).

1.2.1. Le contexte démographique des personnes âgées en Bretagne

Les personnes âgées en Bretagne : *combien sont-elles aujourd'hui ? Combien seront-elles demain ?* On observe d'une part que la Bretagne connaît un vieillissement accentué de sa population au regard de celui de l'ensemble de la France métropolitaine, d'autre part, que cette situation devrait, selon les projections démographiques de l'INSEE, perdurer.

- **La Bretagne connaît un vieillissement accentué et contrasté de sa population**

Au 1er janvier 2004, selon les estimations de l'INSEE, la Bretagne comptait 3 020 885 habitants, dont **689 006 avaient 60 ans et plus, soit 22.8% de la population régionale** contre 20.7% en France métropolitaine. A cette même date, en Bretagne, parmi les 60 ans et plus, les femmes étaient beaucoup plus nombreuses que les hommes : 403 807 (58.6%) contre 285 199 (41.4%).

Si l'on considère *l'indice de vieillissement de la population*, à savoir, selon l'INSEE, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans, la Bretagne fait partie des régions où cet indice est élevé et qui sont en grande partie situées dans la moitié Ouest de la France : au 1er janvier 2004, selon la DRASS, l'indice de vieillissement de la Bretagne était de 75.3 contre 65.3 en moyenne pour la France métropolitaine.

Toutefois, on observe *une situation assez contrastée entre les quatre départements bretons*. Les Côtes d'Armor se distinguent avec un indice très élevé, 93.4, alors qu'au contraire, l'Ille-et-Vilaine, avec 58.1 connaît un vieillissement beaucoup moins prononcé. Le Morbihan et le Finistère se situent entre les deux, avec des indices respectifs qui sont assez élevés : 80.4 et 79.4. Ces disparités démographiques sont également importantes entre les territoires d'un même département.

- **Les projections de l'INSEE aux horizons 2030 et 2050 confirment ce bouleversement démographique**

Les dernières projections démographiques publiées par l'INSEE en 2007, prenant pour point de départ les estimations de la population au 1er janvier 2005, mettent en évidence l'ampleur des bouleversements démographiques qui devraient advenir d'ici à 2030 et 2050, en particulier celui du vieillissement général de la population.

D'ici à 2050, alors que la population régionale augmenterait d'environ 20%, passant de 3.1 millions à 3.7 millions, dynamisme démographique ayant pour principal moteur le solde migratoire, le nombre d'habitants de 60 ans et plus, estimé à environ 700 000 personnes en 2007, serait pratiquement multiplié par deux pour atteindre 1 300 000 personnes en 2050. La part des 60 ans et plus dans la population régionale devrait, quant à elle, augmenter fortement jusqu'en 2035, puis plus lentement ensuite. En 2050, plus d'un habitant sur trois en Bretagne aurait plus de 60 ans.

Cette hausse serait encore plus forte pour le "quatrième âge", c'est-à-dire pour les personnes de 80 ans et plus. Alors que l'effectif de cette tranche d'âge était de 150 000 personnes en 2005, il atteindrait 264 000 en 2030, puis 420 000 en 2050. Tandis que la part des habitants de 80 ans et plus était de 4.9% en 2005, elle augmenterait lentement jusqu'en 2026 pour atteindre 6.3% et environ 11.4% vers 2050.

1.2.2. La diversité des territoires et des trajectoires du vieillir en Bretagne

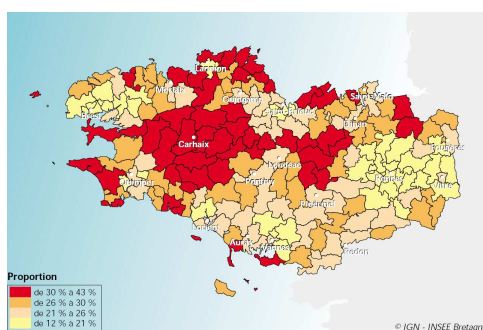
Si l'on s'intéresse à présent à la répartition territoriale des personnes âgées en Bretagne, des éléments de réponse peuvent être apportés aux deux questions suivantes : *Où résident-elles aujourd'hui ? Où résideront-elles demain ?* On observe de fortes disparités territoriales qui, selon les projections de l'INSEE, devraient encore s'amplifier dans l'avenir¹.

¹ A ce sujet voir l'étude prospective du CESR de Bretagne "Mobilité des populations et territoires à l'horizon 2030", septembre 2007

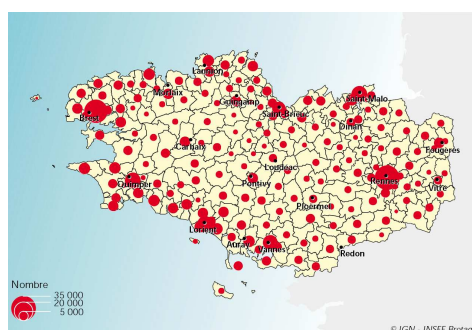
- **De fortes disparités territoriales dans la répartition géographique des personnes âgées...**

Où habite-t-on après 60 ans en Bretagne ? Les travaux de l'INSEE montrent qu'au sein même de la région, le vieillissement de la population présente de fortes disparités géographiques. Deux approches différentes permettent de les mesurer. La première considère la proportion de personnes âgées dans la population. Elle montre une forte concentration des populations âgées dans le centre de la Bretagne qui s'explique par le manque de jeunes sur l'espace rural ainsi que sur le littoral (carte 1). L'autre approche considère le simple nombre de personnes âgées par commune de résidence. Elle met en avant l'importance des populations âgées dans les principales villes, et aussi tout au long du littoral, et leur moindre présence au centre de la région (carte 2).

Carte 1. Proportion de personnes de 60 ans et plus par canton en Bretagne en 1999



Carte 2. Nombre de personnes de 60 ans et plus par canton en Bretagne en 1999



Source : INSEE, Bretagne, RP 1999, Octant n° 90, juin 2002, p 5

Les communes rurales sont habitées par une population plus âgée, toutefois, la majorité des personnes de 60 ans et plus est citadine. Ainsi, en 1999, 62% de cette population vivait en ville. Par ailleurs, les communes urbaines et côtières, qui hébergent le plus grand nombre de personnes âgées, sont également les plus attractives, puisqu'elles accueillent plus fréquemment les personnes nouvellement installées en région. Ainsi les migrations dites de retraite (ayant lieu à l'occasion du passage à la retraite) modifient la répartition spatiale du troisième âge. D'autres déplacements internes à la région se développent plutôt après 80 ans et reflètent davantage un besoin d'adaptation de l'habitat aux conditions de vie.

- **... une tendance qui devrait s'amplifier dans l'avenir**

Selon les projections de l'INSEE, tous les Pays devraient connaître une augmentation en nombre de leur population âgée de 60 ans et plus à l'horizon 2030. Ce phénomène de "gérontocroissance" connaîtrait toutefois des amplitudes variables selon les territoires. Elle serait particulièrement significative dans les Pays de Rennes, Vannes, Brest et Cornouaille. Si l'on s'intéresse plus particulièrement au nombre d'habitants de 80 ans, on observerait une concentration géographique encore plus prononcée sur ces mêmes Pays.

2. Des enjeux et des actions pour « bien vieillir » en Bretagne

C'est en partant du repérage et de l'analyse d'initiatives de terrain, le plus souvent innovantes et exemplaires dans leur contribution au « bien vieillir », que la Commission " Qualité de vie, Culture et Solidarités" a pu déployer sa réflexion autour de six grandes thématiques de qualité de vie : *l'habitat (2.1), la mobilité (2.2), les services (2.3), la santé (2.4), le vivre ensemble (2.5) et la culture (2.6)*.

Chacune de ces thématiques renvoie donc à des exemples pratiques qui éclairent les réflexions et préconisations qui suivent. Pour mieux mesurer leur apport et leur richesse, le lecteur est, ici encore, invité à se référer directement au rapport lui-même. Il pourra ainsi, d'une part, mieux saisir concrètement les liens et interactions existant entre ces six thématiques de qualité de vie, d'autre part, voir que, dans les quatre départements, de nombreux acteurs publics et privés agissent déjà aujourd'hui, sur tous les territoires de la Bretagne, dans le sens d'un "mieux vieillir".

2.1. Pour un habitat inclusif, évolutif et durable tout au long de la vie

La notion d'habitat, plus globale que celle de logement, favorise une approche transversale et systémique des lieux et conditions de vie des personnes âgées. En effet, si l'on s'intéresse à la qualité de la vie, le logement ne peut être considéré indépendamment de son environnement de proximité : accessibilité des lieux et des services à la population (ex : commerces du quotidien, services de santé...), intégration urbaine, économique, sociale, culturelle... Elle favorise la prise en considération des "entre-deux résidentiels", la recherche d'un "continuum résidentiel", d'une certaine "fluidité de l'habitat" de nature à sécuriser les trajectoires du vieillir. Pour favoriser la qualité de la vie des personnes âgées vivant à domicile, l'habitat doit être à la fois *inclusif, évolutif et durable*.

- **Un habitat inclusif**

En premier lieu, l'habitat doit être pensé de manière inclusive, c'est-à-dire que son organisation générale doit favoriser les conditions d'une inclusion citoyenne et sociale, d'un vivre ensemble à tout âge à l'opposé d'une logique de relégation de la vieillesse ou de "ségrégation socio-spatiale et générationnelle". Compte tenu des projections démographiques qui soulignent la tendance de fond à la concentration urbaine et littorale des territoires du vieillir, il semble en effet, que, faute de politiques publiques très volontaristes, la fracture générationnelle ne pourrait que s'aggraver non seulement entre les quartiers d'une même ville, mais encore, de manière plus aiguë, entre les territoires de la Bretagne. Cette fracture territoriale pourrait aussi s'élargir sur le plan social. En effet, on observe que le processus du vieillissement prolonge et souvent amplifie les inégalités socioéconomiques préexistantes, éloignant de fait les possibilités d'un égal accès de tous à un habitat adapté, confortable, sécurisant et –avant tout- intégré à la vie de la cité.

- **Un habitat évolutif**

En second lieu, il apparaît également primordial que l'habitat soit conçu de façon à pouvoir être évolutif. Penser l'habitat tout au long de la vie suppose donc que tout projet d'aménagement urbain ou de construction prenne en compte, le plus en amont possible, un nouvel impératif d'adaptabilité et d'accessibilité. L'habitat, incluant le logement et son environnement devrait ainsi, dès l'origine, être conçu de manière globale et anticipatrice, pour pouvoir être adapté, à moindre coût, le plus rapidement possible, sans ruptures traumatisantes, aux évolutions des besoins, attentes et degrés d'autonomie des habitants, tout au long de leur vie.

- **Un habitat durable**

Enfin, en troisième lieu, à l'heure du développement durable, il paraît essentiel de lier les travaux d'adaptation de l'habitat des personnes âgées à une meilleure maîtrise des charges de fonctionnement du logement. Par exemple, les investissements dans l'éco-construction permettent de mieux sécuriser budgétairement les personnes âgées les plus fragiles économiquement, en particulier par une réduction de leurs dépenses énergétiques.

Ainsi conçu de manière inclusive, évolutive et durable, l'habitat favorise l'accès de tous au bien vieillir à domicile.

2.2. Mobilité, vieillissement et maintien de l'horizon des possibles

La mobilité des personnes vieillissantes doit faire l'objet d'une approche globale car elle est aussi bien l'effet que la cause de nombreuses autres fonctions de qualité de vie. Dans un environnement sociétal vouant un véritable culte à la vitesse et à la mobilité, les ralentissements liés au vieillissement paraissent de plus en plus difficiles à accepter et à vivre, tant sur le plan personnel que social. En effet, d'une part la diminution de mobilité induit presque systématiquement un risque d'isolement et de rupture sociale pour l'individu - particulièrement en milieu rural - d'autre part, elle bride son autonomie, sa liberté d'aller et venir pourtant reconnue comme l'un des droits fondamentaux de l'être humain.

Une mobilité réduite, c'est en quelque sorte une contraction du champ des possibles en même temps qu'une réorganisation du quotidien. Cette forme de désynchronisation relative des rythmes de vie des anciens avec ceux de la société environnante pourrait faire oublier qu'il faut donner du temps au temps. Ce qui apparaît par contraste comme de la lenteur, loin de représenter une situation de handicap, constitue aussi une "contre-valeur" rééquilibrante en termes de représentation sociale du temps, voire d'art de vivre avec et non *contre* le temps.

Agir pour favoriser la mobilité des personnes vieillissantes vivant à domicile, tant sur le plan du maintien des capacités personnelles que sur celui de l'adaptation et de l'accessibilité physique et financière de l'offre locale de transports sur tous les territoires, c'est donc autant contribuer à la possibilité d'une prolongation de leur vie à domicile qu'à celle de leur inclusion sociale.

Enfin, il faut mentionner les vastes horizons de mobilité *virtuelle* ouverts par les nouvelles technologies de l'information et de la communication sans que celles-ci ne puissent toutefois se substituer à la présence humaine *réelle*.

2.3. Pour des services de qualité de vie accessibles à toutes les personnes vieillissantes

- **Des services de qualité de vie encore trop inégalement accessibles**

D'emblée, il faut souligner les fortes disparités socioéconomiques existantes dans l'accès aux services de qualité de vie contribuant au bien vieillir, en particulier celles liées à l'origine socioprofessionnelle des personnes vieillissantes.

- **Des services recherchant à mieux articuler le « faire » et « l'être » en mobilisant, autant que possible, les ressources de la personne vieillissante**

La notion de "service" se caractérise d'abord par son contenu protéiforme. S'agissant plus spécialement de ce qu'il est d'usage d'appeler les "services d'aide et de maintien à domicile", il existe une approche classique de ces services qui tend souvent à privilégier le « faire » sur "l'être". Or, lorsque la situation de la personne âgée le permet, il apparaît au contraire préférable de quitter cette approche trop exclusivement matérielle des services qui, par une sorte d'effet pervers, peut, dans certains cas, renforcer son état de dépendance. En effet, si le "faire à la place de" peut parfois se révéler plus "efficace" pour l'exécution du service que le "faire avec" ou le "laisser faire", en revanche, à moyen et long terme, il peut ne pas se révéler le plus "efficient" du point de vue du maintien de l'autonomie, de la liberté de choix et de la dignité de la personne. Le "faire à la place de" peut en effet modifier les usages et bousculer la culture de vie quotidienne et les habitudes, renforçant ainsi le sentiment de ne plus être *apte*, voire de ne plus *être*.

- **Appréhender les services de qualité de vie de manière ouverte et systémique**

Par ailleurs, trop souvent, les services qui concourent au maintien à domicile sont réduits aux services intervenant chez les personnes âgées, or, il faut aussi considérer les services extérieurs qui contribuent, eux aussi, par leur proximité, leur qualité et leur disponibilité, à prolonger le maintien chez soi.

S'agissant des services intervenant au domicile, on peut notamment mentionner : les services d'aide à domicile, les services médicaux et apparentés, les services d'accompagnement à domicile, les services de sécurisation juridique et financière ainsi que, même s'ils sont parfois moins visibles et reconnus, les nombreux services solidaires rendus par les proches et l'entourage.

Concernant les services extérieurs au domicile, peuvent en particulier être cités : les services hospitaliers de courts et de moyens séjours, qui sont souvent un des premiers maillons du maintien à domicile, d'où l'enjeu fondamental de l'amélioration de la liaison hôpital-domicile et, par là même, du développement des réseaux

géronologiques coordonnant les interventions sanitaires, sociales et médico-sociales. Hors domicile toujours, il faut également évoquer les accueils et hébergements temporaires, alternatives à l'entrée en établissement, dont l'existence permet à la fois de prolonger la vie à domicile, d'améliorer le bien-être «bio-psycho-social» de la personne âgée et d'offrir un répit salutaire aux aidants, contribuant ainsi, dans certains cas, à prévenir le phénomène de maltraitance à domicile par épuisement de l'entourage.

Dans une optique plus globale de qualité de vie, il semble dès lors souhaitable de sortir d'une vision trop exclusivement catégorielle, spécialisée et en fin de compte assez stigmatisante des services aux personnes âgées. Car les services de qualité de vie, dans une conception large, font non seulement système entre eux mais aussi avec l'ensemble des services accessibles à la population sur un territoire donné. C'est d'ailleurs l'approche récemment retenue par la Région Bretagne dans sa politique territoriale avec les Pays. D'où l'importance, pour l'ensemble des acteurs concernés, de mieux se coordonner au plus près des personnes vieillissantes. C'est ici que les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ont un rôle à mieux affirmer, notamment en développant leurs relais de proximité sur tous les territoires de la Bretagne².

- **Mieux reconnaître et valoriser les contributions sociétales des personnes vieillissantes**

Enfin, s'agissant des services, un dernier aspect est à mettre en lumière : trop souvent on parle des services "aux" personnes âgées, comme si elles ne rendaient pas, elles-mêmes, de nombreux services d'utilité sociale : gardes de jeunes enfants, aide aux devoirs, solidarités familiales descendantes, engagements associatifs et bénévoles divers, transmission du patrimoine matériel et immatériel (savoirs, savoir-faire, etc.)... Ainsi, si l'on considère les services de qualité de vie "aux" personnes âgées, il faut aussi prendre en compte les services de qualité de vie "des" personnes âgées : la qualité de la vie ce sont des services *reçus* et aussi des services *offerts* ou partagés sur un mode réciprocaire.

Une meilleure reconnaissance des services d'utilité sociale rendus par les personnes âgées contribuerait à un changement de regard sur la vieillesse. Celle-ci est encore trop fréquemment considérée seulement comme une charge pour la société alors que les personnes âgées en constituent l'une des ressources vitales. Par leur présence et leurs activités, elles contribuent autant à la cohésion sociale qu'à la création de richesses économiques.

Sur ce dernier aspect on peut, pour exemple, mentionner le développement d'un marché qui paraît actuellement très porteur, celui des « seniors ». Il faut toutefois rester vigilant face au développement de cette nouvelle économie des seniors qui, si elle peut être une source de croissance économique, peut aussi, par certains aspects, accentuer les inégalités socioéconomiques -déjà fortes- au sein de la population âgée. Un autre risque serait de valoriser davantage la personne âgée dans l'espace public comme *consommateur* plutôt que comme *citoyen*.

² Les résultats de l'enquête du CESR sur les CLIC en Bretagne font l'objet d'une synthèse figurant en annexe du rapport.

2.4. La santé : à la recherche du bien-être « bio-psycho-social » de la personne vieillissante

- **Réinsérer la "sénescence" dans le cheminement des âges de la vie en relativisant davantage la notion de "dépendance"**

A moins de considérer que « la vie est une maladie mortelle », vieillir ne peut, en soi, être considéré comme un processus pathologique. L'enjeu en effet, lorsque l'on aborde la santé des personnes vieillissantes, n'est pas tant de se focaliser sur la seule notion réductrice et stigmatisante de « dépendance » que de parvenir à réinsérer la "sénescence"³ dans le cheminement des âges de la vie.

Une politique de santé publique qui interroge le « bien vieillir » devrait donc autant se préoccuper des « *interdépendances* » des personnes âgées que de leurs « *dépendances* ». Car si l'évolution des conditions et modes de vie, les progrès de l'hygiène et de la médecine ont certes permis de prolonger l'espérance de vie humaine sans incapacité, l'enjeu aujourd'hui est d'imaginer, de manière complémentaire, comment ajouter de la vie -et du vivre ensemble- aux années.

- **La santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social »**

Pour cela, il est possible de prendre appui sur la définition proclamée par l'Organisation Mondiale de la Santé selon laquelle la santé est *"un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité"*, étant précisé que *"les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé"*. Cette approche globale de la santé peut être traduite par la notion de bien-être « *bio-psycho-social* ».

Dès lors que l'on fonde une politique de santé publique sur cette approche globale, la prise en compte de *la qualité de la vie* des personnes âgées devient aussi importante que celle de leur état physiologique. Toutes les thématiques de « qualité de vie » abordées -sans exhaustivité ici- sont donc susceptibles d'influencer, individuellement et par leurs interactions, l'état de santé des personnes vieillissantes. C'est ce que soulignait déjà le rapport public national *"Une société pour tous les âges" en 1994 : "Le message de prévention doit être centré sur la qualité de vie plus que sur la longévité ou la qualité des organes ou des fonctions qu'ils accomplissent"*.

- **Remettre en question certaines approches aujourd'hui inadaptées du maintien à domicile**

Cette approche systémique de la santé implique de réviser une approche parfois inadaptée du maintien à domicile. Le constat du rapport précité était d'ailleurs sévère à ce sujet et demeure encore d'actualité: *"L'organisation actuelle du maintien*

³ Sénescence : Ensemble des phénomènes non pathologiques qui affectent l'organisme humain à partir d'un certain âge (qui varie selon les sujets) provoquant, par une diminution et une modification des tissus, un ralentissement de l'activité vitale et des modifications physiques, physiologiques et psychiques

⁴ Rapport du Comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées, Ministère de l'emploi et de la solidarité

à domicile n'est plus adaptée à l'évolution des personnes âgées. Le vieillissement et les pertes de capacités physiques et/ou psychiques qu'il entraîne, à des degrés plus ou moins importants, rendent nécessaire la mise en place d'un dispositif coordonné de prise en charge, fondé sur une approche globale de la personne âgée dans son environnement, articulant le volet soins et la réponse sociale et culturelle". D'où l'intérêt d'encourager le développement de services polyvalents de soutien à domicile, en intégrant systématiquement une dimension socioculturelle aux actions menées.

- **Poursuivre l'effort de formation des intervenants au domicile**

Ce qui suppose, en outre, un important effort d'investissement en formation des intervenants concernés afin d'accroître leurs compétences transversales et, d'une manière générale, leur polyvalence et leur capacité à coopérer pour mieux se coordonner entre eux. C'est d'ailleurs ce que font déjà de nombreux services d'aide et de soins à domicile en Bretagne, suivant en cela l'esprit du volet personnes âgées du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

- **Des facteurs de fragilisation à mieux anticiper dans une logique de prévention**

Enfin, d'autres facteurs de fragilisation doivent être soulignés. Lors de l'avancée en âge des personnes, certains accidents de la vie tels que la maladie, les chutes, la perte du conjoint ou de proches, etc., peuvent induire, de manière souvent brutale, une rupture de leur équilibre individuel et social. Ces moments difficiles provoquent souvent des troubles physiologiques et psychologiques qui peuvent les fragiliser, temporairement ou durablement. Leur santé s'en ressent donc inexorablement. Il semble dès lors fondamental de parvenir à une meilleure *anticipation* de ces périodes de rupture pour mieux organiser, collectivement, l'accompagnement des personnes ainsi vulnérabilisées par les événements de vie, pour les sortir de l'isolement et les aider à franchir le cap, avant que le mal-être et les problèmes de santé ne s'installent, c'est là tout l'enjeu de la *prévention*.

Les actions de terrain repérées par la Commission "Qualité de vie" et qui figurent dans le rapport, illustrent que de nombreux acteurs locaux agissent déjà dans cette direction en Bretagne et participent ainsi autant à la bonne santé des personnes vieillissantes qu'à la construction d'une société plus responsable, solidaire et fraternelle.

2.5. Mieux vivre ensemble pour bien vieillir

- **De l'importance de cultiver l'art et le plaisir de vivre ensemble pour « bien vieillir »**

Plusieurs initiatives locales témoignent de l'importance de cultiver l'art et le plaisir d'être, de faire et de vivre ensemble à tout âge. Dans l'ensemble des départements bretons, il existe ainsi un foisonnement d'actions de proximité qui organisent des temps de loisir, de rencontre et de convivialité pour les personnes âgées. Elles contribuent largement à leur bien-être et à leur qualité de la vie et sont aussi,

souvent, l'occasion de mieux faire reconnaître et valoriser leur présence, leur rôle et leur utilité sociale.

- **La probabilité d'être isolé socialement augmente avec l'âge**

Ces actions de proximité sont d'autant plus essentielles à reconnaître et valoriser que, comme le soulignait une récente étude de l'INSEE, le fait de « vivre seul » et la probabilité d'être « isolé⁵ » s'accroissent fortement avec l'âge. Ainsi, en France, on estime que la moitié des personnes vivant seules a plus de 60 ans. S'agissant de l'isolement social, alors que le taux de personnes isolées dans l'ensemble de la population, tous âges confondus, était de 10.8% en 2001, pour les plus de 70 ans, ce taux atteignait 25%. Ces situations d'isolement ne répondent pas seulement à un critère d'âge, en effet, d'autres facteurs d'ordre sociodémographique sont également à prendre en considération. Par exemple, l'INSEE souligne, qu'en général, l'isolement touche davantage les catégories sociales modestes.

- **La vie en couple est en général un facteur de longévité**

Dans une étude plus récente⁶, l'INSEE constate qu'il existe une corrélation entre le fait de vivre en couple et la longévité. Ainsi, à âge donné, les personnes qui vivent en couple risquent moins de décéder que les personnes qui vivent seules. A partir de 80 ans, celles qui n'ont jamais vécu en couple font toutefois exception. En revanche, à tout âge, une séparation ou le décès du conjoint s'accompagne d'une surmortalité, plus accentuée dans les milieux sociaux défavorisés, à laquelle les femmes semblent mieux résister que les hommes.

- **La solitude, souvent aggravée par les accidents de la vie, peut être source de souffrance**

Les liens entre le fait de vivre seul, l'isolement relationnel, et le sentiment de solitude, ainsi qu'entre sentiment de solitude et souffrance sont loin d'être évidents. Pourtant, l'isolement objectif lié au vieillissement associé à certains événements douloureux survenant dans les trajectoires de vie (veuvage, décès de proches, maladie, perte d'autonomie, diminution de revenus, changement de domicile...) fragilisent les personnes âgées et génèrent souvent un sentiment de solitude pouvant lui-même être source de souffrances.

Cette souffrance peut également se traduire, dans certains cas, par une difficulté croissante de l'individu à faire des projets, à désirer le futur, tendance qui est susceptible d'être accentuée par l'isolement relationnel et le manque de stimulations externes. Cette souffrance psychique liée à la solitude, ajoutée aux pertes d'autonomie, peut conduire la personne âgée jusqu'à la dépression, voire dans certains cas extrêmes, accroître le risque suicidaire. L'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB) rappelait récemment en ce sens que « la fréquence des suicides augmente avec l'âge, quel que soit le sexe. Le taux de mortalité masculine

⁵ Pour l'INSEE, une personne est dite isolée lorsqu'elle a eu, pendant une semaine de référence, un nombre de contacts d'ordre privé inférieur ou égal à quatre.

⁶ INSEE, « Les personnes en couple vivent plus longtemps », Insee Première n°1155 - août 2007

par suicide est ainsi multiplié par 6 entre la tranche d'âge des 15-24 ans et celle des 85 ans et plus ».

- **Le lien social de proximité : un important facteur de prévention des ruptures dans les trajectoires de vie**

En amont, la prévention de l'isolement social -et du mal-être qui peut en résulter- passe par la promotion d'une culture du *lien social*, dès le plus jeune âge de la vie, permettant à chacun de maintenir et de développer son "*capital social*" tout au long de l'existence. Dans les périodes de détresse individuelle, plus que jamais, le lien social apparaît en effet comme l'un des éléments essentiels – et parfois même vitaux – pour garder la tête hors de l'eau, se reconstruire et éclairer l'avenir. Pour les aidants professionnels, familiaux ou bénévoles, il est donc fondamental de mobiliser énergiquement et durablement le soutien social de proximité des personnes vieillissantes fragilisées par les accidents de la vie. On comprend dès lors toute la portée de cet axe fort du plan national "Bien vieillir" 2007-2009 intitulé : "*Le vivre ensemble, creuset du bien vieillir*".

Finalement, "bien vieillir", c'est peut être avoir la certitude, quels que soient son état de santé, sa condition sociale et ses ressources, de pouvoir continuer à être reconnu comme un membre à part entière d'une société pour tous les âges.

2.6. Créer, apprendre et transmettre, tout au long de la vie

- **Vie culturelle et « bien vieillir » sont liés**

Déjà, dans son rapport « Vieillir en Bretagne » (1997), le CESR de Bretagne soulignait l'importance de la vie culturelle pour le bien-être des personnes âgées : « *On peut s'interroger sur l'importance des activités culturelles pour l'équilibre de l'individu. Si nous appelons Culture tout ce que l'homme invente pour ETRE, se compléter, pour devenir un individu social, pour communiquer, pour transformer son milieu, pour trouver ses repères et des références qui guident sa vie, alors la Culture n'est pas un luxe, réservée à quelques élites de notre société. La Culture est ce « dans quoi », ce « à travers quoi », ce « pourquoi », chaque homme vit et pense ce qui fait sa condition humaine. Elle appartient à tous. Elle est ce que nous vivons* ». La vie culturelle recouvre donc de très nombreux domaines qui sont susceptibles de contribuer, plus ou moins directement, au « bien vieillir ».

Les enjeux culturels du « bien vieillir » peuvent être abordés selon une double perspective : la transmission et la création. En effet, si chaque être humain est porteur d'un patrimoine culturel à transmettre, il s'inscrit aussi, à tout âge, dans une dynamique d'apprentissage et de création culturelle qui regarde vers l'avenir.

- **Transmettre : « un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle »**

S'agissant de la première perspective, celle de la *transmission*, on peut rappeler cette citation d'un écrivain africain selon laquelle "*un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle*". Ainsi, très souvent, la vie culturelle de la personne âgée est perçue à travers le prisme de la transmission culturelle. Elle est en effet un patrimoine de liens vivants, une histoire de vie, une histoire en vie qui peut éclairer,

donner un sens aux générations présentes et futures. Ce rôle essentiel de passeur de mémoire avait déjà été bien analysé dans le rapport du CESR " Vieillir en Bretagne" : *"La personne âgée est nécessairement un lien entre une société qui est en train de disparaître et une société nouvelle qui se constitue. A ce titre, elle est un témoin d'une période qui s'efface, détentrice d'une richesse dont la connaissance doit être transférée aux générations plus jeunes (...) Elle est riche d'un savoir traditionnel qui touche à tous les aspects de la vie collective (langue, chants, poèmes, récits, musique, danse, cuisine, arts, artisanat, histoire, traditions, rites...)* Cet exercice favorise ainsi la mémoire collective". Peuvent également être mentionnés les jeux traditionnels et contemporains ainsi que le théâtre.

- **Apprendre et créer encore, parce qu'il reste des pages à écrire...**

Selon la seconde perspective, celle de *la création*, il est possible de considérer qu'il reste encore des pages à écrire dans le livre ouvert de la vie. C'est d'ailleurs ce dont témoignent de nombreuses initiatives figurant dans le rapport et auquel le lecteur est invité à se reporter : y compris à un âge avancé, sous réserve d'un degré d'autonomie suffisant, l'être humain demeure potentiellement capable de créer et même de se re-créer. Même pendant la vieillesse, chacun continue ainsi d'instruire et d'enrichir sa singularité, y compris sur le plan spirituel.

- **L'accessibilité culturelle : un enjeu d'inclusion sociale**

Les personnes vieillissantes contribuent, par leur vie culturelle, leurs modes de vie, leurs œuvres, leurs valeurs, voire leurs "contre-valeurs", à l'équilibre général de la société. D'où l'enjeu crucial de développer l'accessibilité motrice, visuelle, sonore, technologique et financière des lieux et supports culturels pour que "le droit de participer à la vie culturelle de son choix", proclamé par l'UNESCO, devienne réalité, quelles que soient les ressources physiques, psychiques, sociales et financières des personnes- quel que soit leur âge. On mesure dès lors l'importance d'une adaptation sans cesse renouvelée de l'offre culturelle, tant en termes de disponibilité horaire que de contenus, afin de répondre aux attentes et désirs aussi pluriels qu'évolutifs des publics d'âge avancé. *L'inclusion culturelle des personnes vieillissantes n'est jamais très éloignée de leur inclusion citoyenne et sociale.*

Conclusion et préconisations

Pour une nouvelle politique des âges de la vie en Bretagne

Au terme de cette réflexion alliée à une enquête de terrain riche de nombreux exemples d'actions montrant qu'il est déjà possible d'agir localement pour « mieux vieillir » en Bretagne, il apparaît qu'au-delà du regard social porté sur la vieillesse, c'est bien la question de *la représentation collective du cheminement des âges de la vie* qui est centrale.

C'est ce que soulignent les philosophes Eric Deschavanne et Pierre-Henri Tavoillot en s'interrogeant sur l'actuelle « confusion des âges » : « *Paradoxe : c'est au moment où, grâce à l'allongement de l'espérance de vie, nous avons le plus de chances de vivre la totalité des âges que les moyens de les concevoir clairement nous font le plus cruellement défaut. Qu'est-ce qu'un enfant ? Pourquoi grandir ? Qu'est-ce qu'un adulte ? Pourquoi vieillir ? Toutes ces questions se sont insensiblement ouvertes avec la modernité, jusqu'à devenir béantes aujourd'hui. Le sens des âges (aussi bien leur direction que leur signification) semble s'être irrémédiablement brouillé (...)* ». Et ces derniers de s'interroger : Se dirige-t-on vers la « *fin des âges* » ou au contraire vers une « *lutte des âges* » ?

Plus probablement, nous vivons une période de mutation de notre rapport individuel et social au temps, un mouvement de *reconfiguration des âges de la vie*. Par exemple, l'allongement de la durée de la vie n'est pas sans conséquence sur l'organisation de la société et sur notre conception même du cycle de la vie. Pour reprendre la formule du philosophe et historien, Marcel Gauchet, désormais « *nous avons à apprendre à vivre avec une autre temporalité de la vie* ».

Pour ce qui concerne plus particulièrement la Région Bretagne, ce n'est pas seulement la formation qui est à repenser « tout au long de la vie », mais bien l'ensemble de ses politiques publiques. Au-delà de l'objectif fondamental d'une meilleure *sécurisation des parcours professionnels*, dans lequel la Région a un rôle éminent à jouer⁷, c'est bien la recherche collective d'une meilleure *sécurisation des trajectoires de vie des citoyens* -à toutes les étapes de leur existence- qui est en jeu.

La qualité de la vie à tout âge -et entre tous les âges- devrait être davantage reconnue comme une cause publique, car, comme en témoignent avec force de nombreuses initiatives locales figurant dans le rapport, le « développement durable de la personne » ne peut reposer sur les seules épaules de l'individu, en particulier lorsque surviennent des ruptures brutales liées aux accidents de la vie.

Alors qu'en ce début de vingt-et-unième siècle se poursuivent la révolution de la longévité et la mutation des âges, bien vieillir à domicile -ou ailleurs- c'est d'abord relever le défi d'un bien vivre ensemble dans une Bretagne pour tous les âges.

⁷ A ce sujet, voir l'étude du CESR de Bretagne "Conjuguer flexibilité et sécurisation des parcours professionnels en Bretagne", septembre 2007

Préconisations du CESR

Les préconisations, présentées ici de manière synthétique, appellent de nombreux prolongements pratiques de la part de l'ensemble des acteurs publics et privés du "bien vieillir" en Bretagne qui pourront très utilement, pour leur mise en œuvre, s'inspirer des initiatives présentées dans le rapport du CESR.

Pour améliorer la qualité de la vie et l'inclusion sociale des personnes vieillissantes vivant à domicile en Bretagne, le CESR recommande au Conseil régional ainsi que, d'une manière générale, à tous les acteurs concernés, y compris à ses propres membres⁸, de se mobiliser et d'œuvrer, par tous moyens appropriés, à la concrétisation des préconisations suivantes :

Préconisations générales :

1. Changer de regard sur le vieillissement : vieillir n'est pas un processus pathologique en soi, c'est le parachèvement de la vie qui continue.

2. Par la mobilisation de tous, avec celle des personnes vieillissantes elles-mêmes, **renforcer les politiques de prévention, d'information et de formation** sur les conséquences individuelles et collectives du vieillissement, ainsi que sur les aides et dispositifs existants.

3. Mieux reconnaître le droit de la personne vieillissante à demeurer le principal auteur et acteur de sa vie et, pour ce faire, autant que possible, privilégier la mobilisation de ses capacités personnelles et la prise en considération de sa parole, de ses désirs, de sa liberté de choix et de sa qualité de citoyen à part entière.

4. A partir de la conjugaison dynamique et ouverte d'approches à la fois globales et spécialisées, **développer la coopération, la coordination, le travail en réseau de l'ensemble des acteurs** susceptibles d'améliorer la qualité de la vie des personnes vieillissantes. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), en développant leurs relais de proximité sur tous les territoires, ont ici un rôle éminent à jouer.

5. Concevoir et adapter toutes les politiques publiques en prenant en compte la reconfiguration des âges de la vie et en recherchant systématiquement le « mieux vivre ensemble » dans *une Bretagne pour tous les âges*.

6. Soutenir et valoriser l'ensemble des initiatives locales allant dans le sens des préconisations du CESR.

⁸ Dans le rapport lui-même, les préconisations du CESR sont détaillées et déclinées par catégorie d'acteurs

Préconisations thématiques :

7. Habitat : Penser l'habitat tout au long de la vie

Dans tous les territoires de la Bretagne, inciter les acteurs publics et privés, y compris les habitants intéressés eux-mêmes, à penser l'habitat tout au long de la vie de manière inclusive, évolutive et durable dans un environnement adapté et accessible à tous. Pour ce faire notamment : initier, développer, soutenir et accompagner les études et actions allant dans le sens des évolutions nécessaires.

8. Mobilité : Agir pour favoriser la mobilité

Agir pour favoriser la mobilité des personnes vieillissantes vivant à domicile, tant sur le plan du maintien des capacités personnelles que sur celui de l'adaptation et de l'accessibilité physique et financière de l'offre de transports sur tous les territoires et entre ces derniers.

9. Services : Privilégier l'écoute, mobiliser les capacités et développer l'accessibilité

- En privilégiant l'écoute des besoins exprimés par les personnes elles-mêmes, mettre en pratique, chaque fois que possible, une culture de « l'être » et du « faire avec » plutôt que du « faire » et du « faire pour » ;
- Si besoin en y associant des aides techniques, humaines et financières, mobiliser les capacités et les ressources individuelles en prenant en compte, systématiquement, le rôle et la place de leur environnement social et familial de proximité, notamment de leurs aidants familiaux et bénévoles ;
- Développer l'accessibilité économique et territoriale d'une offre de services de qualité aux personnes âgées vivant à domicile, en intervenant plus spécialement auprès de celles qui sont socialement isolées, en situation de handicap ou économiquement défavorisées.

10. Santé : Favoriser la prévention et la mise en œuvre d'une qualité de vie

En prenant pour fondement l'approche « bio-psycho-sociale » de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, considérant que la qualité de la vie personnelle, sociale, culturelle et environnementale ainsi que la prévention sont des facteurs de bien-être et de santé durables aussi importants que le bon fonctionnement des organes : favoriser et soutenir l'essaimage des bonnes pratiques et le développement des actions correspondantes.

11. Vivre ensemble : Cultiver le lien social, la solidarité et lutter contre l'isolement

Pour bien vieillir, il faut cultiver -individuellement et collectivement- le lien social, l'art et le plaisir de bien vivre ensemble à tous les âges de la vie. La lutte contre l'isolement social des personnes vieillissantes devrait, bien au-delà du seul principe de précaution sanitaire, être affirmée comme la priorité des priorités de l'ensemble des politiques publiques menées en direction des personnes âgées.

Les souffrances psychiques liées à la solitude, aux sentiments de relégation et d'inutilité sociale peuvent avoir des conséquences tragiques lorsqu'une société se résigne implicitement à l'abandon et au mal-être de ses anciens. D'où l'importance de valoriser et de soutenir publiquement, dans une logique de prévention, toutes les initiatives de solidarité et d'inclusion sociale au plus près des personnes vieillissantes vivant à domicile, notamment lorsque surviennent des accidents de la vie.

12. Culture : Favoriser le rôle de transmission des anciens et mieux reconnaître leur capacité à créer et se cultiver.

Parce qu'une personne vieillissante n'est pas qu'une histoire *de* vie mais encore une histoire *en* vie, favoriser et valoriser le rôle et la vie culturels des anciens, tant du point de vue de la création que de la transmission. Mieux reconnaître leur capacité à apprendre encore, à s'ouvrir au monde, à se cultiver tout en améliorant l'accessibilité financière, motrice, sensorielle et technologique de l'offre culturelle dans toute sa diversité. Donner une plus grande visibilité médiatique aux personnes vieillissantes car leur présence traduit autant l'image que la société *donne d'elle-même* que celle qu'elle *se donne à elle-même*.

Introduction

Introduction générale

Le présent rapport s'inscrit dans la continuité de travaux antérieurement réalisés par le CESR de Bretagne (A). Il prolonge en effet sa réflexion sur les grands enjeux liés à l'allongement de la durée de la vie, au « bien vieillir » et à l'évolution du regard social porté sur la vieillesse (B). A partir d'une méthodologie particulière (C) dont témoigne le plan de l'étude (E), il insiste sur le fait que la Région Bretagne est, elle aussi, concernée par le défi du vieillissement (D).

A Une étude qui prolonge plusieurs travaux du CESR de Bretagne abordant les enjeux du vieillissement

La présente autosaisine s'inscrit dans le prolongement de plusieurs travaux et réflexions du CESR de Bretagne ayant abordé certains enjeux du vieillissement de la population en Bretagne, notamment : « *Vieillir en Bretagne* » (1997), « *Prospective de la démographie en Bretagne à l'horizon 2020* » (1998), « *Contribution régionale au débat national sur la réforme des retraites* » (2003), « *La Bretagne et l'évolution des modes de vie* » (2004), le vœu sur « *Les personnes âgées en Bretagne : problèmes mis en évidence par la canicule* » (2004)...

Parmi les travaux mentionnés, il faut revenir sur le rapport de 1997, « *Vieillir en Bretagne* », qui traitait, de manière générale, le thème du vieillissement, en intégrant aussi bien les personnes âgées vivant à domicile que celles résidant en établissement.

Dès l'introduction du rapport de 1997, le CESR soulignait déjà sa volonté de placer la personne âgée au cœur de sa réflexion en affirmant d'emblée que « *vieillir, c'est d'abord vivre* ». De ce constat découlait notamment le questionnement suivant : « *Comment est-il possible aujourd'hui de mieux vivre en vieillissant ?* ».

A l'époque, il constatait aussi que « *la question du vieillissement de la population mériterait de nombreux prolongements tant le chantier est immense* ». C'est donc en suivant sa propre recommandation qu'il a décidé, dix années plus tard, en février 2007, de remettre l'ouvrage sur le métier en s'inscrivant, de fait, dans une réelle continuité avec l'esprit et le contenu du rapport de 1997.

B Premiers questionnements sur quelques notions liées au vieillissement

- **Qu'est ce que « la vieillesse » ? Qu'est-ce que « vieillir » ?**

Dans son rapport « *Vieillir en Bretagne* » publié en 1997, le CESR de Bretagne soulignait déjà fortement le caractère contingent et relatif de la notion de vieillesse : « *Toutes les approches du vieillissement amènent des regards différents sur cette*

question. Les médecins traitent de l'usure biologique, les démographes mesurent l'âge chronologique, les sociologues évoquent l'absence de rôle social ». Il insistait alors sur le fait que « la vieillesse n'est pas qu'une question d'âge » et que, citant Pierre Bourdieu, « l'âge est une variable biologique socialement manipulable et manipulée ». Le vieillissement pose d'abord la question du rapport de l'individu à la société(...) Ce découpage par âge masque les disparités profondes que révélerait un découpage par catégorie socioprofessionnelle, par lieu d'habitation, par sexe, ainsi que les effets de génération, de parcours et de situation sociale ». En paraphrasant le titre d'un article de ce dernier qui portait sur la jeunesse, on peut également dire que « la vieillesse n'est qu'un mot » et que les regroupements fondés sur l'âge ne doivent pas masquer les différences et inégalités sociales⁹.

En 1999, Paulette Guinchard-Kunstler, dans son rapport « Vieillir en France », contribuait à cette prise de conscience de la relativité de la vieillesse : « De nos jours, la vieillesse est associée à une période de fragilité physique, psychologique et sociale. On ne peut que déplorer cette évolution (...). Le vieillissement, processus naturel, constitue un élément inhérent à la personne humaine. Il a ceci de particulier qu'il est l'aboutissement de toute une vie, et que de ce fait il est chargé d'histoire, de l'expérience de ce que chacun a vécu. C'est un temps où chaque homme, où chaque femme, en raison du changement de statut social, du changement dans son corps, de l'évolution de ses capacités physiques et intellectuelles, de la diminution de son réseau social, se retrouve confronté à la nécessité de se forger une nouvelle image de soi, exercice parfois difficile dans une société où la vieillesse n'a pas sa place, où le corps jeune, sportif, dynamique est seul valorisé, où c'est surtout le travail qui est source de reconnaissance. Tout au long de sa vie, chacun doit apprendre à accepter de vivre des pertes, des séparations, des changements (...) : parce que proche de la mort, ce travail prend une dimension particulière dans cette période de la vie ».

Plus récemment, le Plan national « Bien vieillir » 2007-2009, prenait principalement pour point d'ancrage le vieillissement vu sous l'angle physiologique : « Le vieillissement est l'effet général du temps sur un organisme biologique. Ce processus diminue les réserves fonctionnelles au niveau de la plupart des systèmes physiologiques entraînant ainsi une vulnérabilité à de nombreuses maladies. Les processus de la sénescence sont encore largement mal connus (...). »

« Vieillir » est donc un processus temporel qui doit être abordé de manière systémique, car ses causes et ses effets, sont autant biologiques, psychologiques que sociaux.

De ce qui précède, il résulte que la définition de la vieillesse est un acte éminemment politique au sens où elle a des conséquences importantes sur les représentations et l'organisation du vivre ensemble aux différents âges de la vie.

⁹ Entretien avec Anne-Marie Métailié, paru dans « Les jeunes et le premier emploi », Paris, Association des Ages, 1978, pp. 520-530. Repris in Questions de sociologie, Éditions de Minuit, 1984. Ed. 1992 pp.143-154

- **La notion de « personne âgée » a-t-elle encore un sens ?**

Au sens littéral du terme, nous sommes tous, depuis notre venue au monde, des personnes « âgées », et même des personnes âgées fortement « dépendantes » les unes des autres. Ainsi, un nouveau-né n'est-il pas, lui aussi, une personne dotée d'un âge, c'est-à-dire « une personne âgée », de surcroît fortement « dépendante » ?

Faire une étude sur les « personnes âgées » pourrait donc, sous cet angle, apparaître comme un non sens, sauf à étudier l'ensemble de la population de la Bretagne.

Que vaut encore ce *critère d'âge* avec l'allongement constant de la durée de la vie, sans incapacité ? De quels *âges de la vie* parle-t-on ? Pourquoi cloisonner ainsi une société entre d'une part des « personnes âgées », d'autre part celles qui, comme par enchantement, ne le seraient apparemment pas ?

Il y a une cinquantaine d'années, le concept de "troisième âge" désignait les personnes âgées de plus de 60 ans. On était « vieux » vers 65 ans. Actuellement, dans les représentations collectives, l'âge de la vieillesse paraît débuter vers 75 ans. Si l'on parvient à faire reculer la perception de cet âge vers 80 ans aux alentours de 2040, alors, seront considérées comme « vieux » les personnes dépassant ce seuil. Dès lors, selon cette perspective, il se pourrait que, en termes d'imaginaire social, on ne perçoive pas plus de « vieux » à cette date que trente ans plus tôt ! En effet, les années d'espérance de vie gagnées jusqu'à présent sont le plus souvent vécues comme des années d'« avant-vieillesse ».

« Avancée en âge » ou « vieillissement » ?

Dans son rapport « Prospective de la démographie de la Bretagne à l'horizon 2020 » (1998), la Section Prospective du CESR de Bretagne insistait déjà sur la distinction importante entre les notions d'« avancée en âge » et de « vieillissement »¹⁰.

« (...) On doit prendre en compte par conséquent une distinction nouvelle entre avancée en âge et vieillissement (...) Selon Pierre Bourdelais¹¹, « l'application de la notion de vieillissement à l'analyse du passé a conforté en retour l'utilisation de catégories d'âge obsolètes qui contribue à rendre anachronique notre perception des personnes âgées » (...) Fixer à 60 ans l'âge de la vieillesse dans le prolongement de la tradition des pratiques institutionnelles (âge de la retraite) et des données de séries statistiques ne semble plus satisfaisant dans la mesure où les progrès réalisés en matière de santé ont déplacé les seuils d'âge de la dépendance et de l'inactivité en allongeant l'espérance de vie et en reculant les limites de l'avancée en âge sans incapacité.

L'autonomie physique et économique, la place sociale et le potentiel d'activité, de socialisation et de contribution à la vie collective des personnes de plus de 60 ans et particulièrement dans la tranche d'âge des 60/75 ans ne sont plus comparables à ce qu'ils étaient ne serait-ce qu'en 1960. »

¹⁰ Extraits de la page 192 du rapport.

¹¹ Pierre Bourdelais, historien, « Le nouvel âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population », 1993, Ed. Odile Jacob, p 11

Et si la vieillesse n'était au final que la continuité de la vie ? Et non la moindre, puisqu' elle en constitue, en quelque sorte, le parachèvement.

Même si ces questionnements sont en filigrane dans l'ensemble du rapport, il faut bien s'entendre sur une définition commune de la notion de « personne âgée ». Malgré les réserves mentionnées, **sont dénommées « personnes âgées », dans le présent rapport, les habitants de la Bretagne de 60 ans et plus.** Ce critère d'âge est, nous l'avons dit, très réducteur et incertain, mais il faut tenir compte du fait que le rythme d'évolution du langage et de nombreuses pratiques statistiques et institutionnelles, n'ont pas encore suivi celui de la révolution de la longévité.

Un autre travers doit être souligné : la notion de « personnes âgées » peut donner l'apparence d'une homogénéité de population. Or, il y a autant d'hétérogénéité chez « les personnes âgées » que dans le reste de la société française.

- **Peut-on, et doit-on, définir « la qualité de la vie » ?**

La Commission « Qualité de vie, Culture et Solidarités » a choisi de placer au cœur du présent rapport la notion de « qualité de la vie ». Plusieurs séances de travail ont été consacrées, en amont de l'étude, à la recherche d'une définition de ce concept : que peut, en effet, signifier la « qualité de la vie » pour une personne vieillissante ?

En premier lieu, pour aborder cette question, il faut faire preuve de modestie et de prudence car la définition de la qualité de la vie relève d'abord, dans une démocratie respectueuse des droits fondamentaux des citoyens, de la liberté individuelle de ces derniers. Toute définition *urbi et orbi* ou *erga omnes* de la « qualité de la vie » porte en elle des germes de sectarisme, voire de totalitarisme. C'est donc d'une main tremblante qu'il faut aborder la question de la qualité de la vie des personnes âgées, sauf à leur dénier le droit d'être les acteurs et les auteurs de leur propre vie.

En second lieu, ces prudences étant posées, fallait-il pour autant renoncer à considérer la « qualité de la vie » des personnes vieillissantes ? Si, en ce qui concerne la définition de la notion, le dernier mot revient à l'individu, la société n'a-t-elle pas, elle aussi, une part de responsabilité dans l'accès de *tous*, notamment de ses membres les plus fragiles ou vulnérables, à certains moyens permettant d'atteindre une certaine « qualité de la vie » ?

En troisième lieu, s'il est une responsabilité collective pour l'accès à certains éléments de qualité de vie, il peut donc sembler légitime, pour une collectivité publique, de rechercher à créer, démocratiquement, les conditions favorables à leur diffusion dans la société.

La Commission « Qualité de vie » du CESR de Bretagne a donc recherché, dans cette étude, non pas à donner une définition de la qualité de la vie des personnes âgées, mais plutôt à identifier *certaines éléments* susceptibles de favoriser, individuellement ou par leurs interactions, un meilleur accès de tous au bien-être personnel et social, à tout âge.

Parmi les nombreux facteurs de qualité de vie repérés, la Commission a décidé d'étudier plus particulièrement **six thématiques de qualité de vie : l'habitat, la mobilité, les services, la santé, le vivre ensemble et la culture**. Il faut, d'une part, insister sur le caractère non exhaustif de cette liste, d'autre part, sur la nécessaire approche systémique de ces éléments de qualité de vie. En effet, sur ce dernier point, il convient de prêter autant d'attention aux interactions existantes entre ces six thématiques qu'à leurs spécificités propres : la qualité de la vie résulte d'une synergie de facteurs individuels, collectifs, environnementaux... Ainsi, par exemple, la santé a des incidences sur le vivre ensemble et réciproquement. De même, les services contribuent à un habitat de qualité et à la santé des personnes, etc.

- **Qu'est-ce que « bien vieillir » ?**

Le même type de questionnement et de prudence s'impose pour la notion, devenue courante, du « bien vieillir ».

En titrant son rapport « Bien vieillir en Bretagne », le CESR de Bretagne ne prétend ni apporter de recettes miracles, ni surtout, définir ce que serait pour chaque individu un « bien vieillir ». Si c'était le cas, Big Brother ne serait sans doute pas très loin...

L'idée du « bien vieillir » est proche de celle de « qualité de vie ». Ainsi, la vieillesse n'est pas seulement à considérer comme *un risque* relevant de la seule Sécurité sociale, elle peut aussi être *une chance de qualité de vie* qu'il revient autant aux individus, aux citoyens qu'à leurs représentants de faire advenir.

Et si la vieillesse était autant un beau risque à *courir* qu'un risque à *couvrir* ?

- **Allongement de la durée de la vie et accès de tous au « bien vieillir »**

Alors que les premières générations de « baby-boomers » arrivent à l'âge de la retraite et que, régulièrement, s'allonge la durée de la vie, *la qualité de la vie* des personnes âgées ayant la capacité et la volonté de vivre à domicile en Bretagne devient un enjeu majeur.

Face à cet enjeu, un défi non moins important doit être souligné : celui de l'égal accès de *toutes* les personnes âgées au droit à une vie de qualité, quels que soient leurs niveaux de ressources. En effet, pour aborder et traverser cette période de la vie, certaines situations socio-économiques demeurent une source durable d'inégalités.

Tandis que de nombreuses initiatives et politiques publiques et privées traduisent déjà une forte mobilisation de nombreux acteurs pour anticiper et satisfaire au mieux les besoins présents et à venir des personnes âgées, force est de constater que, pour l'instant, l'attention collective semble comme presque exclusivement focalisée sur les grands défis sanitaires, médico-sociaux et financiers liés au vieillissement général de la population, celui-ci étant considéré, à titre principal, comme l'une des grandes questions pour les politiques publiques actuelles et à venir.

Si ces grands défis sont majeurs et paraissent effectivement les plus urgents à anticiper, les ébauches de réponses actuellement apportées sont-elles pour autant suffisantes pour prendre aussi en compte la qualité de la vie des personnes âgées qui ont le désir de continuer à *bien vivre* à domicile en reculant le plus tardivement possible leur entrée éventuelle en établissement ?

Au-delà des services « classiques » d'aide et de soins dont le rôle est indispensable pour rendre possible la vie quotidienne à domicile, quelles sont les actions qui permettent déjà, ou les innovations qui permettraient demain, d'améliorer encore, dans leur cadre de vie, la qualité de la vie, le bien-être individuel et social des personnes âgées vivant à domicile en Bretagne ?

Après avoir *ajouté des années à la vie, comment ajouter de la vie aux années* ?

- **Bien vieillir à domicile : un chez soi qui est aussi un « être à soi »**,

« Vie à domicile », « maintien à domicile », « aide à domicile », « soutien à domicile »... De quel « domicile » parle t-on ? Qu'est-ce que le « domicile » ?

Pour Bernard Ennuyer, sociologue, « *il semble que le maître mot soit le rapprochement domus-dominus : maison et maître (sse) de maison qui renvoie le domicile aussi bien à une notion d'appartenance à une famille, qu'à celle d'être maître ou maîtresse de maison, c'est-à-dire d'être « maître chez soi* ». Le domicile nous ramène, donc, à sa double inscription collective et individuelle. C'est à la fois un lieu collectif d'inscription juridique, sociale, familiale, un lieu d'identité sociale, mais aussi un lieu de souveraineté et d'identité personnelle et notamment un lieu d'identité psychique¹² ». Il est à la fois "un repère et un repaire".

Quitter son domicile représente donc, la plupart du temps, non seulement un déracinement géographique et matériel, mais surtout un déracinement psychologique et social d'un lieu de vie chargé d'histoire. Ainsi, quelle qu'en soit la raison, « *le changement de domicile, est un des grands traumatismes de la vie parce qu'il soulève des émotions, bien plus que des objets et de la poussière*¹³ ».

Guy Villaros, auteur de l'ouvrage « *Inventer sa retraite* »¹⁴, traduit bien cet attachement affectif au domicile : « *Je réalise, comme jamais auparavant, que c'est le toit qui abrite et garde au chaud tout le cœur de ma vie, l'écrin de mes souvenirs les plus intimes, le témoin muet et la mémoire de notre bonheur, petites et grandes joies, de nos soucis et de nos difficultés (...) l'âme de ces vieilles pierres, une chaleur qui ne se dissipe pas font de ce vaste appartement un lieu qui n'a jamais engendré la tristesse.* »

En ce sens, le domicile, c'est autant un *chez soi* qu'un *être à soi*. Le désir d'une vie à domicile n'est donc pas qu'un simple attachement aux lieux et aux choses, c'est aussi une relation à l'être et aux êtres. Chercher à s'y maintenir, c'est, pour de nombreuses personnes, vouloir conserver un espace privé inviolable et inaliénable

¹² Bernard Ennuyer, « Repenser le maintien à domicile », Dunod, 2006, pp18-33

¹³ idem

¹⁴ Guy Villaros, « Inventer sa retraite », Editions de l'Atelier, 2005, p32

d'intimité et de liberté individuelle. L'enjeu n'est donc pas seulement de demeurer en son *bien*, mais surtout, de préserver ses *liens* à soi-même, aux autres et au monde. Le domicile peut, sous cet angle, être perçu comme une amarre à la vie.

Cette vision quelque peu idéalisée du « domicile », ne doit toutefois pas faire oublier qu'il peut aussi, dans certains cas extrêmes, devenir, faute d'ouverture et d'entourage bienveillant, un lieu d'isolement relationnel et d'enfermement sur soi, voire même de maltraitance. C'est alors qu'un hébergement institutionnel, dans de bonnes conditions, peut apparaître comme une terre d'asile bien plus préférable.

Enfin, il faut insister sur le fait que, malgré les aides publiques et sociales existantes, il n'est pas encore donné à tous d'avoir les moyens physiques, psychiques, humains, techniques ou financiers d'un maintien à domicile pour y vivre et y mourir sereinement et dignement.

- **Pourquoi avoir retenu les personnes âgées vivant à domicile ?**

Trois raisons ont présidé à la décision de centrer ce rapport sur la qualité de la vie des personnes âgées *vivant à domicile*.

En premier lieu, on observe que la très grande majorité des personnes âgées vivent à domicile en Bretagne. En effet, c'est le cas de 9 personnes âgées de 60 ans et plus sur dix, et cette proportion atteint même 98% pour la tranche d'âge des 60-74 ans, situation très proche des taux nationaux.

En second lieu, la Commission « Qualité de vie, Culture et Solidarités » n'a pas choisi d'étudier ici la situation spécifique des personnes âgées confrontées à la grande dépendance nécessitant une prise en charge institutionnelle permanente en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. D'une part de nombreux rapports existent déjà sur ce thème, d'autre part elle s'est réservée la possibilité de le faire ultérieurement, dans le cadre éventuel d'une future autosaisine, tant il paraît important aujourd'hui de ne plus opposer domicile et établissement, mais au contraire de rechercher des *passerelles* permettant de *sécuriser, en douceur, les trajectoires de vie des personnes vieillissantes*.

Enfin, en troisième lieu, cette restriction du champ d'étude aux personnes âgées vivant à domicile s'explique aussi par la contrainte de temps pesant sur la réalisation de l'étude. La durée de six mois ne paraissait pas en effet suffisante pour pouvoir étudier, de manière exhaustive, l'ensemble des situations et enjeux du vieillissement en Bretagne, travail qui avait d'ailleurs déjà été réalisé par le CESR en 1997.

C Nature et méthodologie de l'étude

- **Une étude de nature exploratoire**

La présente étude a un caractère exploratoire. Elle reflète de manière non représentative et non exhaustive l'ensemble des actions entreprises pour améliorer la qualité de la vie des personnes âgées vivant à domicile en Bretagne. Le but n'était pas en effet de réaliser un état des lieux général, et encore moins un annuaire

régional de « bonnes pratiques », mais de mettre en perspective, à partir d'un nombre limité d'initiatives et d'actions, en partie innovantes, certains moyens susceptibles de contribuer à améliorer cette qualité de la vie.

Bien d'autres actions, services, tout aussi exemplaires et remarquables, concourent, sur tous les territoires de la Bretagne, à améliorer la qualité de la vie des personnes âgées vivant à domicile.

Contrairement à l'étude de 1997, sont exclues du champ de ce rapport les personnes âgées confrontées à un degré de dépendance nécessitant une prise en charge permanente en établissement social, médico-social ou sanitaire (logements-foyers médicalisés ou non, maisons de retraite, hôpitaux...) et celui de celles qui, pour des raisons personnelles, ont fait le choix de vivre en établissement.

En revanche, est parfois abordée, la situation de personnes âgées vivant dans des logements de type intermédiaire (petites résidences individuelles ou semi-collectives de proximité...) ou, le cas échéant, bénéficiant de certains services temporaires liés à un établissement et ayant pour but de favoriser, à terme, leur maintien ou leur retour à domicile.

- Une démarche qui valorise quelques expériences locales et leur mise en perspective

La présente étude s'inspire, quant à sa méthode, de certains aspects du travail « 50 CLES pour l'emploi en Bretagne » réalisé par le CESR en 2006. Réalisée sur une durée de 6 mois, entre février et juillet 2007, elle a permis, par la mobilisation des conseillers économiques et sociaux membres de la Commission « *Qualité de vie, Culture et Solidarités* », de repérer et de valoriser des initiatives ou services locaux contribuant, parmi d'autres, en Bretagne, à améliorer la qualité de la vie des personnes âgées vivant à domicile.

Au-delà de cette démarche d'inspiration empirique, qui a donné lieu à de nombreuses visites de terrain dans les quatre départements de la Bretagne, plusieurs auditions, contributions écrites et recherches ont permis de mettre en perspective de nombreux enjeux plus généraux qui éclairent, en retour, ces actions particulières.

Au total, pendant toute la durée de l'étude, c'est près d'une centaine d'acteurs qui a été rencontrée, organisateurs et personnes âgées, les deux se confondant d'ailleurs parfois.

- Comment les initiatives présentées dans le rapport ont-elles été sélectionnées ?

A partir de la grille des six thématiques retenues, les membres de la Commission « *Qualité de vie, Culture et Solidarités* » ont recherché, dans les quatre départements bretons, sans objectif d'exhaustivité, quelques initiatives et actions contribuant à améliorer la qualité de la vie des personnes âgées en Bretagne.

Pour sélectionner ces initiatives quatre critères principaux ont été retenus :

- *elle est innovante et améliore la qualité de la vie et le bien-être des personnes âgées vivant à domicile ou en transition entre le domicile et l'établissement ;*
- *elle est fondée sur une approche valorisante des personnes âgées et elle favorise leur inclusion citoyenne et sociale ;*
- *elle contribue à lutter contre l'isolement et la solitude des personnes âgées ;*
- *elle est exemplaire, transposable et il est possible de recueillir une information de qualité sur celle-ci, y compris par la rencontre de ses organisateurs et, si possible, de quelques personnes âgées bénéficiaires ;*

A l'issue des recherches menées, il est apparu que certaines actions contribuaient fortement à la qualité de la vie des personnes sans être pour autant entièrement innovantes. Le critère d' « innovation » est donc finalement passé au second plan, la Commission décidant de se recentrer sur celui de « qualité de vie ».

D La Région Bretagne est aussi concernée par le vieillissement

Même s'il faut rappeler que les principales politiques publiques en direction des personnes âgées relèvent en France de la compétence des Conseils généraux, de l'Etat, des Organismes de protection sociale, ainsi que de l'échelon communal voire intercommunal (communautés de communes et communautés d'agglomération notamment), la Région est également concernée par l'enjeu majeur du développement, sur les territoires, des *services à la population* contribuant à améliorer la qualité de la vie des personnes âgées souhaitant vivre à domicile en Bretagne.

En effet, l'intérêt régional de ces actions, en partie innovantes, apparaît comme manifeste dans une optique de *développement durable et solidaire* de la Bretagne. Il concerne aussi, plus ou moins directement, certaines de *ses compétences transférées ou choisies* : culture et patrimoine (dont langues), innovations technologiques (Pôle de compétitivité « Images et réseaux » par exemple), innovations économiques et sociales, développement économique, transports, politiques et contractualisations territoriales (avec les 21 Pays notamment), plans et schémas prospectifs, formation tout au long de la vie (formations sanitaire et sociale notamment et autres formations professionnelles), actions ciblées et partenariales de prévention en santé publique, politique de soutien à l'économie sociale...

Il faut en outre souligner, dès cette introduction, le rôle très important d'autres acteurs intervenant auprès des personnes âgées : les familles, l'entourage au sens large, les associations (salariés et bénévoles) et autres organismes privés, les entreprises...

E Le plan du rapport

La première partie du rapport présente quelques éléments de contexte sur le vieillissement en Bretagne. Après avoir souligné l'importance cruciale du regard philosophique et social porté sur la vieillesse (chapitre 1), elle donne, en s'appuyant sur des travaux existants, quelques points de repères statistiques sur la situation présente et à venir des personnes âgées de 60 ans et plus en Bretagne (chapitre 2).

La seconde partie du document aborde les six thématiques de qualité de vie dont relèvent, *souvent simultanément*, les actions locales sélectionnées : l'habitat (chapitre 1), la mobilité (chapitre 2), les services (chapitre 3), la santé (chapitre 4), le vivre ensemble (chapitre 5) et la culture (chapitre 6). Chaque thématique fait l'objet d'une mise en perspective introductive, d'une présentation synthétique des actions afférentes et d'une liste de préconisations.

Enfin, on trouvera, *en annexe*, plusieurs documents complémentaires, dont la synthèse d'une enquête réalisée par le CESR de Bretagne sur les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) en Bretagne.

Première partie

Éléments sur le contexte du vieillissement en Bretagne

Introduction

Cette première partie du rapport a pour objectif d'apporter quelques éléments de réflexions et de cadrage, avant de traiter, dans la deuxième partie, les six grandes thématiques de qualité de vie retenues et les actions qui y sont associées.

Dans un premier chapitre est abordée la question du regard social porté sur la vieillesse, tant du point de vue philosophique que psychologique. Il en appelle à une nouvelle éthique du regard sur le vieillissement (chapitre 1).

Le second chapitre présente quant à lui quelques données statistiques sur les personnes âgées de 60 ans et plus en Bretagne. Il apporte un éclairage sur leur démographie ainsi que sur les territoires et trajectoires du vieillir en Bretagne (chapitre 2).

Chapitre 1

Pour une nouvelle éthique du
regard sur le vieillissement

INTRODUCTION

- 1. « Vieillir : une chance ou un naufrage ? De la relégation à l'entourage »**
- 2. Faire face à l'angoisse de mort et changer de regard pour mieux vivre le vieillissement**

Le regard social porté sur la vieillesse, les personnes vieillissantes et le processus de vieillissement est un enjeu central.

Cet enjeu, qui est aussi un défi à relever par l'ensemble de la société, a été très clairement mis en lumière lors de l'audition de Marie-Odile Bruneau, philosophe, qui a soulevé cette problématique essentielle : « Vieillir : un chance ou un naufrage ? De la relégation à l'entourage » (1), ainsi que lors de celle de M. Pierre-Yves Malo, psychologue clinicien, qui a notamment soutenu qu'il fallait s'efforcer, pour mieux vivre le vieillissement, de faire face à l'angoisse de mort et de changer de regard (2).

1. « Vieillir : une chance ou un naufrage ? De la relégation à l'entourage »¹⁵

Les développements qui suivent sont une synthèse réalisée par le CESR de Bretagne s'appuyant en grande partie sur l'intervention de Mme Marie-Odile Bruneau, philosophe, lors de son audition le 13 février 2007. On trouvera le texte intégral de la contribution écrite remise par cette dernière dans les annexes figurant à la fin du rapport.

Ainsi, la vieillesse renvoie à des réalités objectives telles que les diminutions de capacités ou l'allongement de la durée de vie, la vieillesse en soi ne va pas de soi, ce qui a fait dire à Pierre Bourdieu, que *"l'âge est une variable biologique socialement manipulée et manipulable"*.

La vieillesse est une notion relative : il n'y a pas *une* mais *des* vieillesse dont le sens évolue selon les temps, les lieux, les sociétés, les personnes et surtout selon le regard porté sur les personnes vieillissantes, *"la vieillesse est avant tout une représentation sociale variable et subjective"*.

Si la vieillesse est d'abord une question de *regard*, quel est-il ? On observe une forme de regard dual sur les "vieux". Ainsi, alors que les jeunes retraités, à leur entrée dans le "troisième âge", paraissent socialement valorisés, tel n'est pas le cas du "quatrième âge" souvent perçu comme problématique. Il y aurait donc d'un côté une « vieillesse qui va bien » et de l'autre « une vieillesse qui va mal ».

Pourquoi cette dramatisation sociale du grand âge ? Selon le psychiatre, Jean Maisondieu, les anciens sont souvent le miroir de ce que l'on a peur de devenir et qui parfois nous semble insupportable. Ainsi, notre regard sur les personnes âgées serait *le reflet de nos peurs* : peur de la mort, de la déchéance, du rejet social, de la solitude... A l'extrême, ce regard social dévalorisant peut aller jusqu'à produire de la démence chez celui qui est ainsi regardé, *"dévisagé"* au lieu d'être *"envisagé"*.

La qualité de vie de la personne âgée est aussi dépendante de la qualité du regard porté sur elle en tant qu'autre et que semblable *"qui compte pour quelqu'un et qui vaut la peine de vivre"*.

L'enjeu ainsi mis en lumière est celui d'une approche *éthique* de la personne vieillissante, c'est-à-dire de sa reconnaissance en tant que *personne*. Par personne, il faut ici entendre un être unique porteur d'une dignité considérée comme une fin et dont je suis responsable, se définissant non seulement en soi mais aussi dans sa relation à autrui. Incarnée dans un corps et dans une société où elle doit pouvoir trouver sa place, capable d'initiative et d'autonomie malgré ses dépendances, la personne a aussi une vie intérieure et spirituelle. Ce sont tous ces paramètres, tout autant que le confort, l'hygiène, la santé qui contribuent à sa qualité de vie.

¹⁵ Marie-Odile Bruneau, philosophe, Audition du 13/02/2007

Si le respect de la dignité des personnes vieillissantes est avant tout *une éthique du regard*, il faut aussi reconnaître que certaines valeurs spécifiques portées par elles participent de l'équilibre social. En effet, elles incarnent souvent, par leur état ou leur mode de vie, des "*contre-valeurs*" *stabilisatrices* qui s'opposent aux valeurs dominantes : frugalité contre consumérisme, lenteur contre vitesse, faiblesse contre puissance, disponibilité aux choses et aux êtres contre fuite en avant dans l'agitation quotidienne...

La recherche d'une approche éthique de la vieillesse doit reposer à la fois sur l'estime de soi, la sollicitude pour autrui et la contribution à des institutions justes (Paul Ricoeur).

Dans l'approche de la personne vieillissante, il faut aussi prendre en considération le fait que des idées et comportements trop exclusivement sécuritaires et hygiénistes à son égard peuvent non seulement porter atteinte à sa dignité mais encore à sa liberté. Or, *il n'y a pas de vie et de liberté sans risque...* Quels que soient leurs intérêts sécuritaires ou sanitaires, ces attitudes peuvent induire une véritable négation de la personne en tant qu'individu responsable, une aggravation de sa mise en dépendance, au nom de ses dépendances, qui va dans le sens de l'exclusion sociale. Cette négation de la personne est à la source de nombreux phénomènes de maltraitements physiques ou symboliques de la part de l'entourage, or l'on sait que c'est au domicile que la maltraitance des personnes âgées est la plus fréquente.

Il faut aussi aborder la question de la solitude des personnes vieillissantes et de leur isolement. En effet, dans nos sociétés *individualistes*, même s'il ne faut pas idéaliser les sociétés *holistiques*, l'homme se retrouve souvent esseulé, face à lui-même, une sorte "d'être sans appartenance" (Gilles Lipovetski). Solitude et isolement deviennent alors des sources de souffrance pour la personne âgée en manque d'entourage : "*Ce qui rend la vieillesse plus difficile à vivre aujourd'hui, c'est la conjonction entre l'évolution de notre société individualiste (...) et le nombre de plus en plus important de personnes très âgées à qui on ne reconnaît plus leur place dans ce monde (...)*". La lutte contre l'esseulement commence là aussi par un changement de regard, témoin de la conviction "*que les vieux méritent de vivre, d'être respectés et aimés pour eux-mêmes et qu'ils ont encore quelque chose à nous apprendre de l'humanité*".

Mais, si la solitude peut être source de souffrance, la proximité et la promiscuité aussi, car l'homme a également besoin d'un espace de solitude, élément de sa liberté et de son ressourcement intérieur. Des relations trop "fusionnelles" peuvent induire de la maltraitance au domicile comme en établissement. A cet égard, il semble qu'il faille être autant attentif aux besoins relationnels des personnes vivant à domicile qu'à l'aspiration à une certaine forme de solitude de celles qui vivent en établissement. D'ailleurs, si l'on part des besoins de la personne vieillissante, la dichotomie existante entre le domicile et l'établissement semble de moins en moins pertinente. Où qu'elle réside, la question essentielle est bien celle du regard, un regard qui peut la rabaisser et l'exclure ou au contraire l'élever et l'inclure *dans l'humanité*, quelles que soient ses capacités.

2. Faire face à l'angoisse de mort et changer de regard pour mieux vivre le vieillissement

Les réflexions qui suivent sont une synthèse réalisée par le CESR s'appuyant en grande partie sur les réflexions et questionnements soulevés lors de l'audition de M. Pierre-Yves Malo¹⁶, psychologue clinicien au CHU de Rennes, service de médecine gériatrique, Président de l'association « Psychologie et vieillissement », membre de la commission « Personnes âgées » de la Fondation de France.

- **Faire face à l'angoisse de mort**

L'approche psychologique de la personne âgée implique de prendre en compte simultanément cette dernière et son entourage, notamment familial.

La dimension psychologique est importante, voire souvent prépondérante, dans le soutien à domicile. En effet, la vie à domicile ne peut être réduite à une approche exclusivement physiologique des besoins de la personne tant les rapports avec son entourage social sont essentiels pour lutter contre l'isolement et améliorer son bien-être général.

Si l'on considère la notion d'*autonomie psychologique*, on observe chez les personnes âgées, comme dans le reste de la population, des situations personnelles diverses. Alors que certaines, contre vents et marées, vont garder un bon niveau d'autonomie, au sens où elles demeurent capables, dans la plupart des cas, de « choisir elles-mêmes leurs propres lois », d'autres connaissent un degré d'autonomie plus fragile face aux aléas de la vie, en particulier lors de moments de rupture augmentant leur vulnérabilité.

La question de l'*angoisse de mort* est ici centrale. Comment apprivoiser la mort ? Il semble qu'un travail intérieur sur sa propre mort soit nécessaire au cours du vieillissement car un rapport tourmenté à sa propre finitude peut devenir une source de dysfonctionnement psychologique et existentiel majeur avec l'avancée en âge. C'est alors que peuvent se développer, dans certains cas, des troubles psychologiques de types obsessionnels phobiques, anxieux ou dépressifs...

Par exemple, lorsqu'à la suite d'une chute, des soins de suite sont nécessaires, on peut, chez certains sujets, observer un véritable « effondrement par effet miroir », une submersion par l'angoisse de mort qui peut être source d'épisodes dépressifs ou anxieux majeurs. C'est le phénomène de « cascade psychologique » : l'individu n'arrive plus à faire face...

Autre exemple : le décès de leurs propres parents renvoie souvent les enfants à leur propre finitude, c'est alors que certains syndromes dépressifs peuvent apparaître : repli sur soi, désocialisation progressive, fermeture culturelle... On peut alors assister à une sorte de « bétonnage névrotique » par une mise à distance de son réseau relationnel : familles, proches, amis...

¹⁶ Audition du 13 mars 2007 au CESR de Bretagne.

- **Changer de regard sur le vieillissement et sur soi pour mieux être**

Comment parvenir à mieux anticiper et prévenir ce genre de situations très douloureuses ?

Il semble que le « multi-investissement » social de l'individu soit susceptible, dans de nombreux cas, de prévenir certaines formes de vieillissement psychopathologique. D'où l'importance de cultiver, à tout âge, son « capital social » de proximité pour renforcer une sorte d'« équilibre multipolaire » fondé sur l'ouverture aux autres et au monde.

Cet équilibre personnel à construire et à re-construire sans cesse est aussi lié à la capacité d'anticipation de l'individu, à son aptitude à « rester en projet », à demeurer en mouvement, à cultiver son élan vital. Il s'agit de bâtir une véritable « force projective existentielle » pour faire face à son propre vieillissement en conservant confiance dans sa capacité à « générer un après ».

Or, pour parvenir à ce développement durable de sa capacité de projet, force est de constater que la société, en général, n'aide pas vraiment. En effet, le regard social communément porté sur le vieillissement est souvent frappé de tristesse et de dramatisation, la vieillesse étant considérée davantage comme un naufrage que comme un accomplissement. On observe par exemple que le discours sur le sens de la vie et de la mort est très peu présent dans les media. En ce sens, on constate également que la désaffection d'un grand nombre de personnes pour la vie spirituelle et religieuse a souvent laissé la place à une « ère du vide », de nombreux individus se retrouvant esseulés et angoissés devant les questions existentielles. Il semble aujourd'hui plus difficile de « mettre des mots » sur les maux et sur la mort dans une société marquée par les excès d'un certain « jeunisme » ambiant.

Le vieillissement, vu en tant que « problème », n'est pourtant que le fruit d'une construction sociale trop exclusivement focalisée sur les facteurs pathologiques qui lui sont associés. Plus que jamais donc, il semble qu'il faille favoriser un changement du regard sociétal sur la vieillesse, en particulier en redonnant un sens, une valeur aux personnes vieillissantes, en reconnaissant mieux leur rôle et leur utilité sociale.

Représentations du vieillir, estime de soi et santé

Selon Monique Membrado¹⁷, sociologue au CNRS, « *la capacité à faire face ou le sentiment d'inutilité peuvent être prédictifs d'une vieillesse vécue sous le signe du bien-être ou de la souffrance. Une enquête a ainsi démontré le lien entre le sentiment d'inutilité éprouvé à un moment par les vieilles personnes et la détérioration rapide de leur état de santé. Par celles décédées en un intervalle de quatre ans, on comptait celles qui avaient manifesté ce sentiment corrélé à une faible estime de soi.* »

Ainsi, le regard de l'autre modifie aussi la perception de sa santé : « *C'est dans la combinaison des regards des autres et du regard sur soi que s'effectuent avec plus ou moins de bonheur les formes de négociation avec le vieillir.* »

Un autre point doit être abordé dans l'approche psychologique de la personne âgée : celui du *droit au risque*. L'association « Psychologie et vieillissement » a mené d'importantes réflexions sur ce thème d'où il ressort notamment que « si on n'accepte pas le vieillissement et la mort, à tout âge, alors on n'accepte plus la prise de risque ». D'où une certaine tendance contemporaine à « vouloir mettre les vieux sous cloche » au nom du principe de précaution. Ce phénomène de « non acceptation du risque » par l'entourage de la personne âgée peut alors induire des formes de chantage affectif, d'infantilisation - au nom toujours de la sécurité. Cette angoisse sécuritaire de l'entourage, ce déni du « droit au risque » pour les personnes âgées ne va pas dans le sens d'un meilleur soutien de la vie à domicile. A cet égard, on observe parfois des ententes de circonstance entre les enfants et certains médecins traitants prônant, au nom de la protection de la personne contre elle-même, son entrée en institution – en oubliant d'ailleurs bien volontiers que le risque est aussi une réalité en établissement.

La question doit alors être soulevée : *qui* cherche t-on vraiment à sécuriser, à protéger ? Comment continuer à entendre la parole en soi de la personne âgée sur *son projet de vie* ? Au nom de la sécurité des personnes, jusqu'où faut-il ne pas aller trop loin pour préserver leur liberté et respecter leur dignité d'être humain ?

C'est encore la question du regard sur la vieillesse qui se trouve ici posée avec force : regard de mort sur la vie ou regard de vie sur la mort ? Requiem par anticipation ou hymne à la vie qui continue, malgré tout, grâce à tout, avec et parmi tous ?

¹⁷ Citée par Florence Raynal dans l'article « Quand les représentations influent aussi sur la santé », dans ASH n° 2496, 2 mars 2007, pp35-36

Chapitre 2

Éléments sur la démographie, les territoires et les trajectoires du vieillir en Bretagne

INTRODUCTION

1. Le contexte démographique des personnes âgées en Bretagne

1.1. Combien sont-elles aujourd'hui ?

1.1.1. La Bretagne, région de l'Union européenne

1.1.2. La Bretagne, région française

1.1.3. La population âgée en Bretagne

1.2. Combien seront-elles demain ?

1.2.1. Une démographie bretonne dynamique, un vieillissement accentué

2. Les territoires et les trajectoires du vieillir en Bretagne : de fortes disparités géographiques

2.1. Où résident-elles aujourd'hui ?

2.1.1. Où habite-t-on après 60 ans en Bretagne ?

2.1.2. Mobilité résidentielle : les territoires ont des niveaux d'attractivité très différentes

2.1.3. La vie à domicile et l'habitat individuel prédominent nettement

2.1.4. Les personnes âgées vivant en établissement

2.2. Où résideront-elles demain ?

3. Quels sont leurs revenus ?

3.1. *Les revenus fiscaux ne donnent qu'une vision partielle des revenus disponibles ou potentiels*

3.2. *Les montants mensuels moyens des retraites versées aux résidents bretons : des différences flagrantes selon les sexes*

3.3. *L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en Bretagne : un taux de bénéficiaires plus élevé qu'en France métropolitaine et des disparités géographiques*

3.3.1. Qu'est-ce que l'APA ?

3.3.2. L'APA en Bretagne

4. Quelques éléments sur le travail de soutien familial envers les personnes âgées en situation de handicap à domicile

Introduction

Quelle est la situation des personnes âgées de 60 ans et plus en Bretagne aujourd'hui ? Quelle sera-t-elle demain ?

Les quelques données présentées dans ce second chapitre sont une première approche du contexte démographique (1), de la répartition territoriale (2) et de la situation financière de cette population (3). Enfin, sur la base de travaux de Simone Pennec, sociologue, est abordée la situation des aidants des personnes âgées en situation de handicap à domicile (4).

Avertissement : Ces données sont principalement issues des travaux de l'INSEE mais elles n'ont pas toutes les mêmes dates de référence. De même, les tranches d'âge considérées ne sont pas toujours identiques.

1. Le contexte démographique des personnes âgées en Bretagne

Les personnes âgées en Bretagne : combien sont-elles aujourd'hui (1.1) ? Combien seront-elles demain (1.2) ?

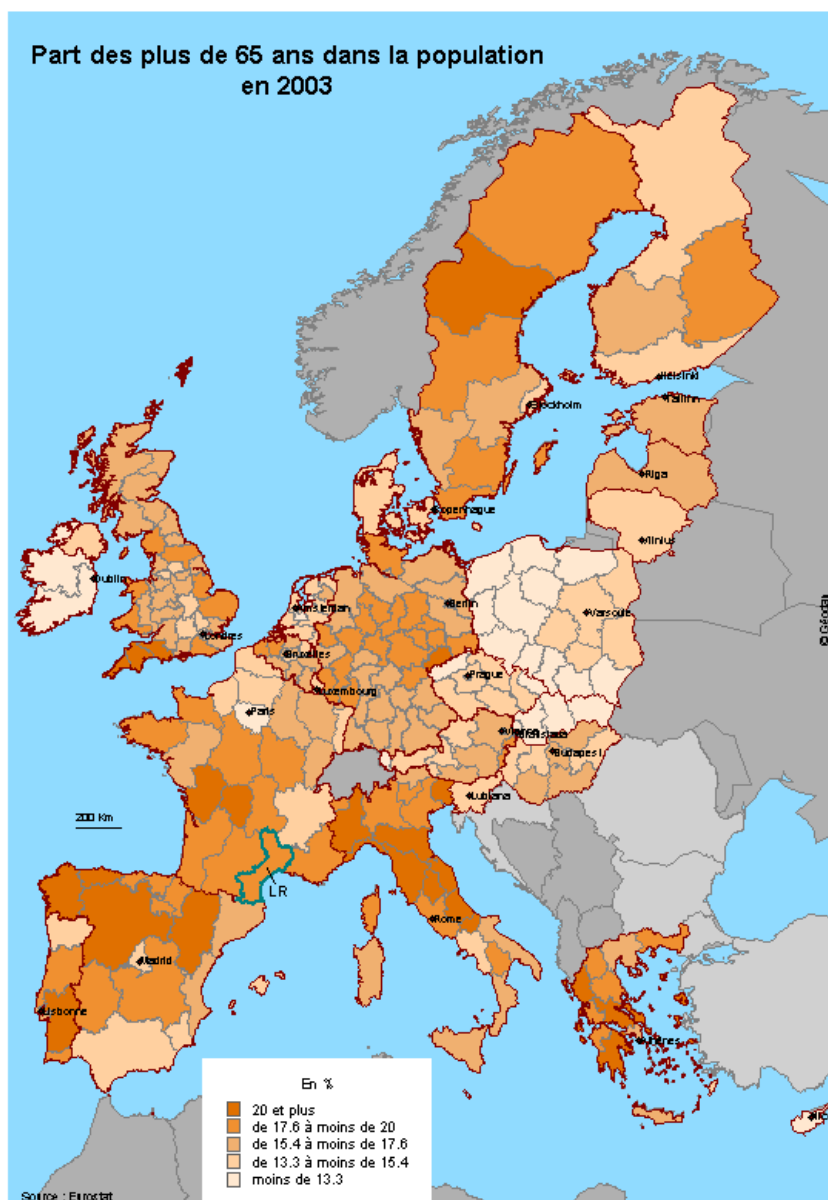
1.1. Combien sont-elles aujourd'hui ?

1.1.1. La Bretagne, région de l'Union européenne

- **Part des plus de 65 ans dans la population**

Si l'on considère la part des plus de 65 ans dans la population régionale en 2003¹⁸, la carte présentée ci-après, élaborée par Eurostat, l'Office Statistique des Communautés européennes, permet de situer la Bretagne parmi les régions européennes connaissant un vieillissement assez prononcé de leur population (entre 17.6% et 20%).

Carte 1. Part des plus de 65 ans dans la population en 2003



Source : Eurostat

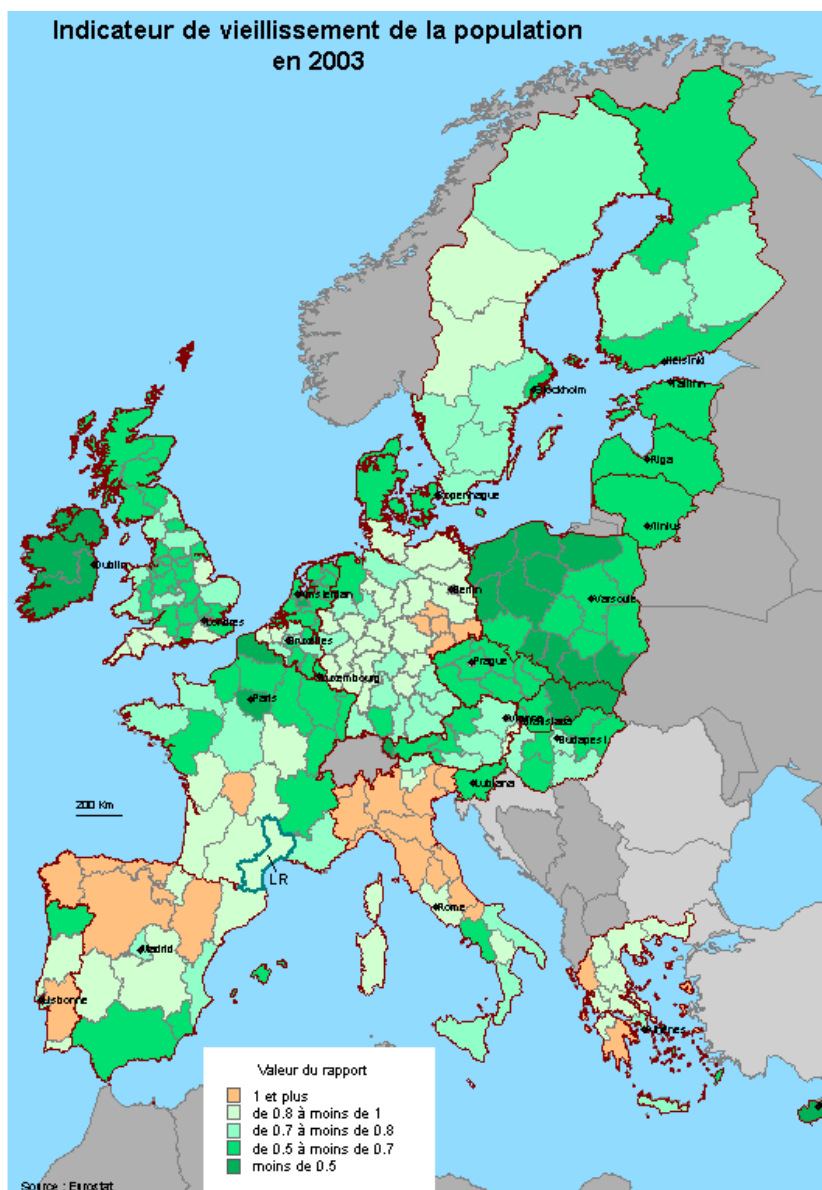
¹⁸ Selon Eurostat : Pourcentage des personnes de 65 ans et plus, au 1er janvier 2003 dans la population totale. Il s'agit de l'âge en années révolues (âge au 31 décembre)

- **Indicateur de vieillissement de la population**

L'indicateur de vieillissement est, selon la définition donnée par Eurostat, le rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et plus et le nombre de personnes de moins de 20 ans, au 1er janvier 2003. Plus cet indicateur est élevé, plus il est révélateur d'un niveau de vieillissement important.

La Bretagne, dont cet indicateur se situe entre 0.7 et 0.8, apparaît, relativement aux autres régions européennes, comme faisant partie des régions médianes présentant encore un certain équilibre entre l'effectif des seniors et celui des jeunes.

Carte 2. Indicateur de vieillissement de la population en 2003



Source : EUROSTAT

1.1.2. La Bretagne, région française

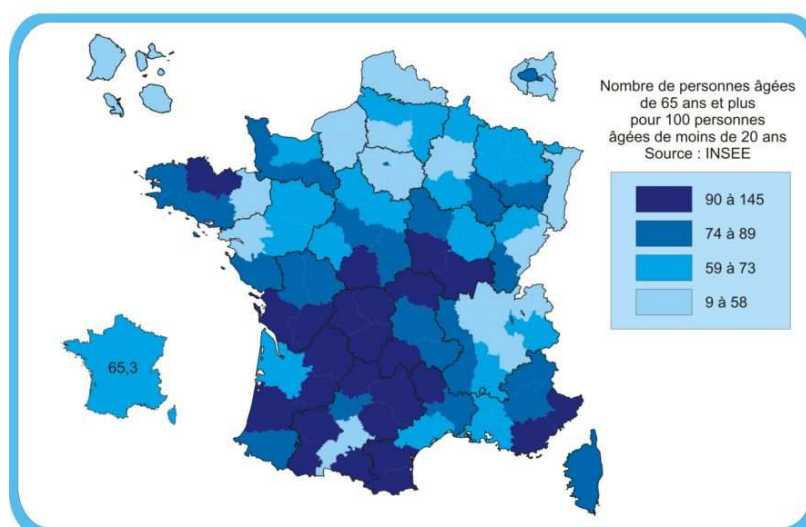
Pour l'INSEE, **l'indice de vieillissement**¹⁹ est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Plus l'indice est élevé, plus le déséquilibre entre seniors et jeunes est prononcé.

La Bretagne fait partie des régions où cet indice est élevé et qui sont en grande partie situées à l'Ouest d'une ligne Lille-Montpellier.

Au 1^{er} janvier 2004, l'indice de vieillissement de la Bretagne était de 75.3 contre 65.3 en France métropolitaine²⁰.

Toutefois, on observe une situation assez contrastée entre les quatre départements bretons. Les Côtes d'Armor se distinguent avec un indice très élevé, 93.4, alors qu'au contraire, l'Ille-et-Vilaine, avec 58.1 connaît un vieillissement relativement moins prononcé. Le Morbihan et le Finistère se situent entre les deux, avec des indices respectifs qui sont assez élevés : 80.4 et 79.4. Nous verrons un peu plus loin que les disparités démographiques sont également substantielles entre les territoires d'un même département.

Carte 3. Indice de vieillissement au 1^{er} janvier 2004



Source : INSEE

¹⁹ L'indice de vieillissement de l'INSEE ne doit pas être confondu avec l'indicateur de vieillissement d'Eurostat (voir point précédent)

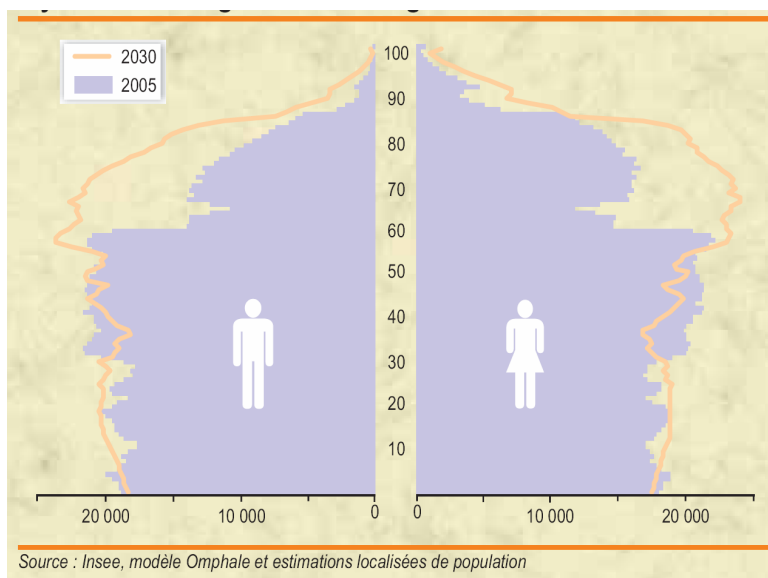
²⁰ DRASS, STATISS 2006, « Les régions françaises »

1.1.3. La population âgée en Bretagne

- **Une pyramide des âges de la population de la Bretagne dont la structure est très proche de celle de la France métropolitaine.**

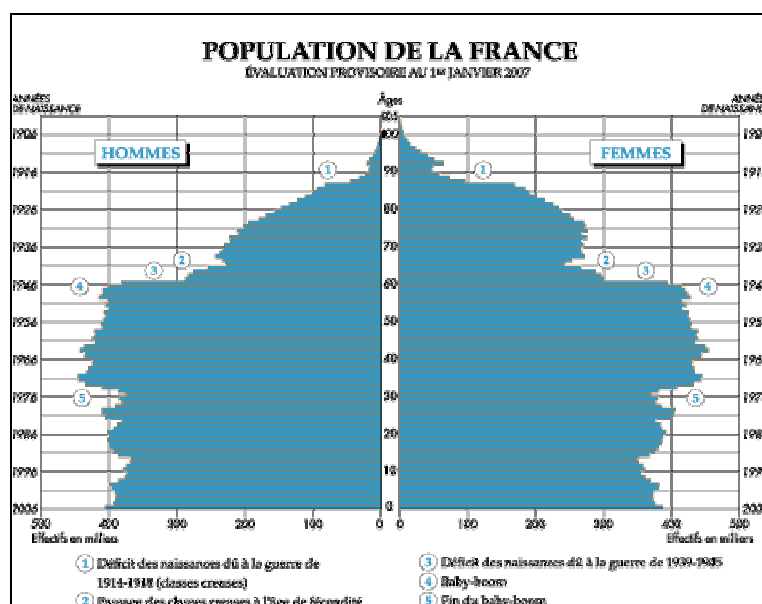
La juxtaposition de la pyramide des âges de la population de la Bretagne en 2005 avec celle de la France métropolitaine en 2007 révèle des structures par âge et par sexe très proches dans l'un et l'autre cas.

Graphique 1. Pyramide des âges de la Bretagne en 2005 et projections en 2030



Source : INSEE Bretagne, Octant n° 108 – Mars 2007

Graphique 2. Population de la France – Evaluation provisoire au 1^{er} janvier 2007



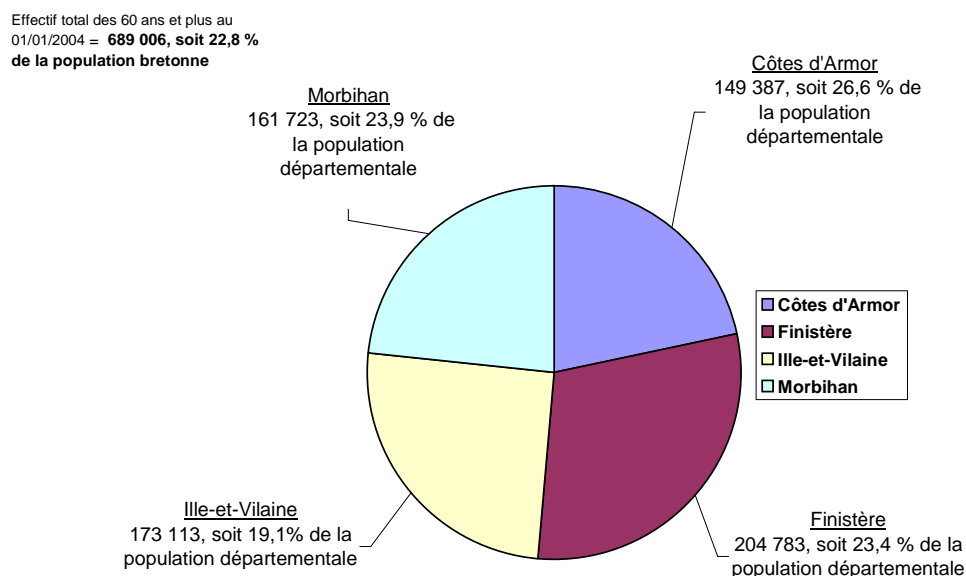
- **Quelques repères chiffrés sur la population âgée en Bretagne**

Au 1^{er} janvier 2004, selon les estimations de l'INSEE, la Bretagne comptait 3 020 885 habitants, dont 689 006 avaient 60 ans ou plus. Ces derniers représentaient donc 22.8% de la population régionale contre 20.7% en France métropolitaine.

A cette même date, en Bretagne, parmi les 60 ans et plus, **les femmes étaient beaucoup plus nombreuses que les hommes** : 403 807 contre 285 199. Elles représentaient ainsi **58.6%** de l'ensemble de cette population.

Le graphique ci-après illustre la répartition départementale de l'effectif de la population des 60 ans et plus en Bretagne.

Graphique 3. Répartition départementale de l'effectif de la population des 60 ans et plus en Bretagne au 1^{er} janvier 2004



Source : INSEE Bretagne, exploitation CESR de Bretagne

Enfin, alors que l'espérance de vie à la naissance était en 2002 de 75.8 ans pour les hommes et 82.9 ans pour les femmes en France métropolitaine, elle était légèrement plus faible en Bretagne : 74.5 ans pour les hommes et 82.7 ans pour les femmes. On observe certaines disparités départementales, comme l'illustre le tableau ci-dessous, surtout pour les hommes.

Tableau 1. Espérance de vie à la naissance en Bretagne et en France métropolitaine en 2002

| Espérance de vie à la naissance | Côtes d'Armor | Finistère | Ille-et-Vilaine | Morbihan | Bretagne | France Métropolitaine |
|---------------------------------|---------------|-----------|-----------------|----------|----------|-----------------------|
| Hommes | 74,2 | 73,6 | 76 | 74,1 | 74,5 | 75,8 |
| Femmes | 82,5 | 82,3 | 83,2 | 82,7 | 82,7 | 82,9 |

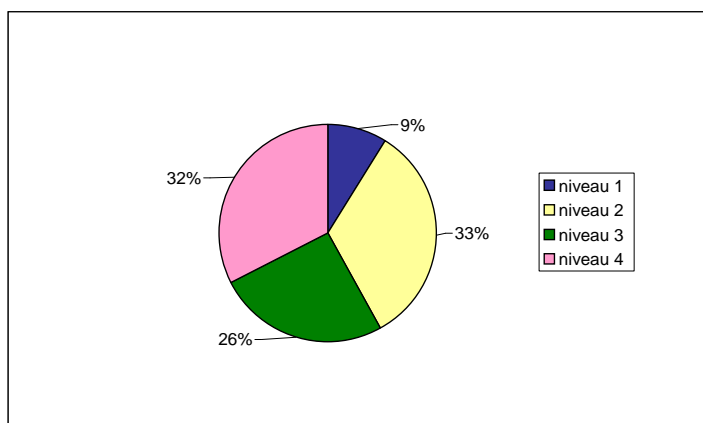
Source INSEE, Etat civil 2002

• Population âgée et « dépendance » en Bretagne

Selon l'INSEE, une personne âgée de plus de 60 ans peut être qualifiée de « dépendante », si elle n'est pas capable, sans aide, d'effectuer certains actes de la vie quotidienne du fait de son état de santé physique et/ ou psychique. Il s'agit plus précisément, si l'on se réfère à la grille « Autonomie Gérontologique – Groupes Iso Ressources » (AGGIR²¹), des personnes classées en GIR 1 à 4 (le GIR 1 étant le niveau de dépendance le plus élevé).

D'après l'enquête de l'INSEE « Handicap-Incapacité-Dépendance » (HID), **les personnes âgées « dépendantes » (GIR 1 à 4) étaient 47 000 au 1^{er} janvier 2007**, dont 63% avaient 80 ans ou plus. Si l'on estime à environ 700 000 le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus à cette date, alors **la part des personnes âgées « dépendantes » était de 6.7%**.

Graphique 4. Répartition des 47 000 personnes âgées « dépendantes » en Bretagne par niveau de GIR en 2007

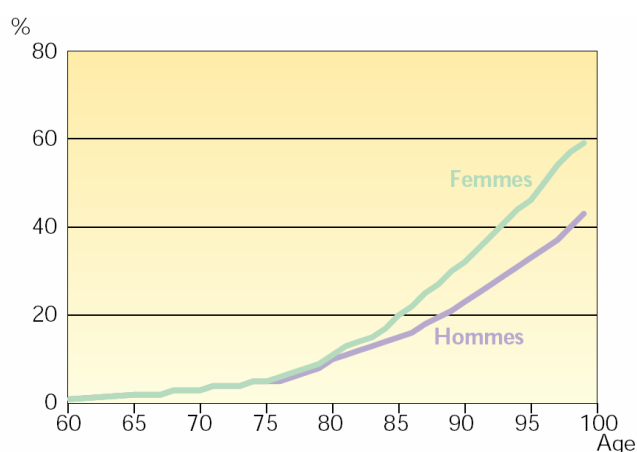


Source : INSEE Bretagne

Jusqu'à 80 ans, la parité femmes-hommes dans la dépendance est à peu près respectée. En revanche, à partir de cet âge, compte tenu notamment de leur plus grande longévité, les femmes âgées dépendantes deviennent trois fois plus nombreuses que les hommes.

²¹ Pour une définition de la grille AGGIR, voir encadré page suivante

Graphique 5. Taux de prévalence de la dépendance par âge en 1999



(Source : INSEE (HID) – DRESS, champ : personnes atteintes d'incapacités physiques lourdes (groupes GIR 1 à 4))

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique- Groupe Iso-Ressources)²²

La grille AGGIR classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne.

- **Le GIR 1** comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- **Le GIR 2** est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.
- **Le GIR 3** regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
- **Le GIR 4** comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problème de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- **Le GIR 5** est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- **Le GIR 6** regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

²² D'après CREA de Bretagne/CROSMS – DRASS /Evaluation annuelle 2006 Personnes âgées – Mai 2007 - p29

1.2. Combien seront-elles demain ?

Les dernières projections démographiques publiées par l'INSEE en 2007²³, prenant pour point de départ les estimations de la population au 1^{er} janvier 2005, mettent en évidence l'ampleur des bouleversements démographiques attendus d'ici à 2030 et 2050, en particulier celui du vieillissement général de la population.

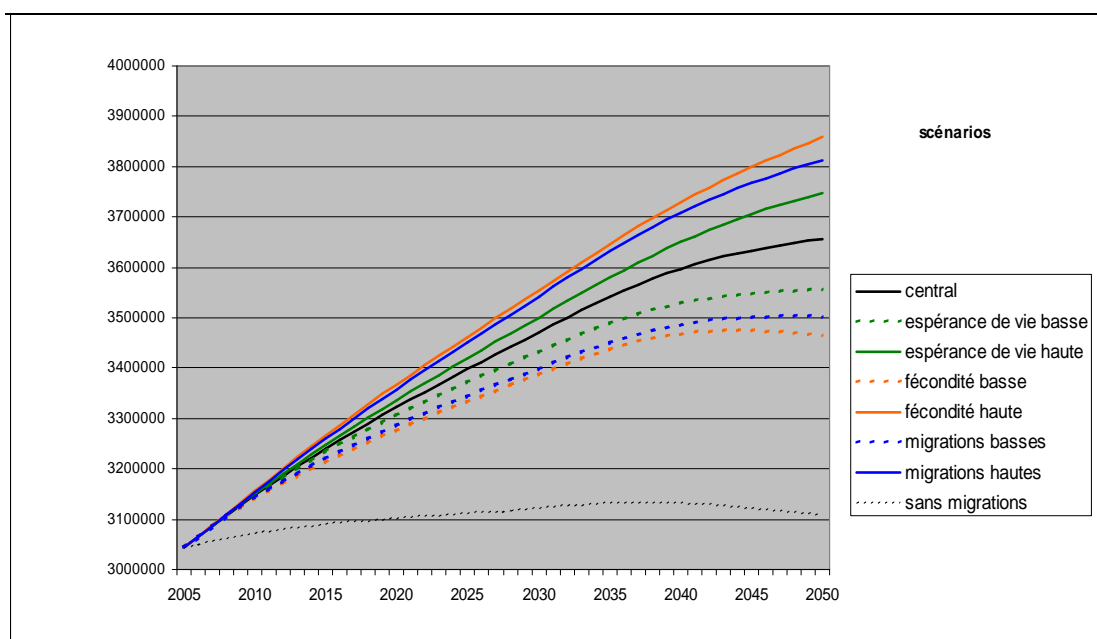
1.2.1. Une démographie bretonne dynamique, un vieillissement accentué

- **Le solde migratoire est le principal moteur de la croissance démographique régionale**

D'ici à **2050**, la population totale de la Bretagne passerait de 3.1 millions d'habitants à **3.7 millions**, soit une hausse d'environ 20% sur la période. Cette croissance démographique aurait pour principal moteur le *solde migratoire* tandis que le *solde naturel*, traditionnellement positif, deviendrait quant à lui de plus en plus négatif.

Le graphique ci-après illustre ce dynamisme démographique selon différentes hypothèses en matière d'espérance de vie, de fécondité et de migrations.

Graphique 6. Évolution de la population en Bretagne d'ici 2050



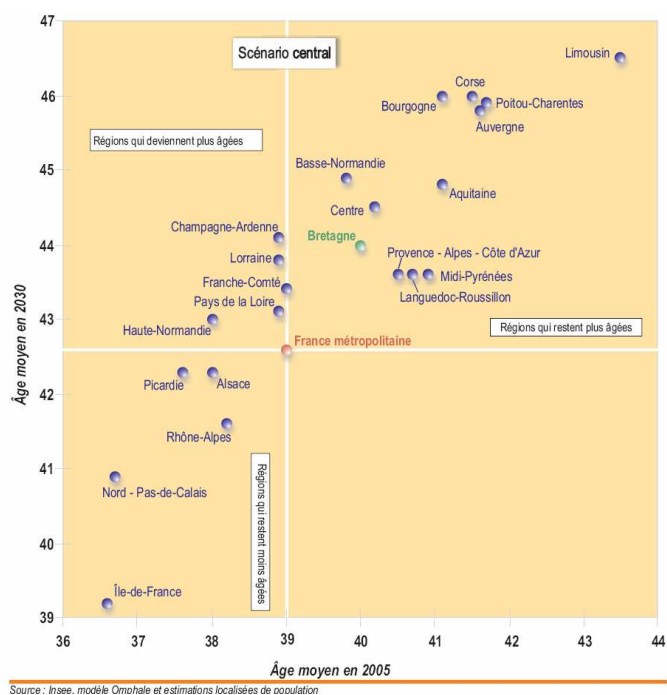
Source : INSEE Bretagne

²³ Octant n°108, Mars 2007 et Audition de l'INSEE par le CESR de Bretagne le 3 avril 2007

- **La population bretonne est en moyenne plus âgée que celle de la France métropolitaine**

Selon ces projections, la Bretagne resterait plus âgée que la France métropolitaine à l'horizon 2030. En effet, alors que l'âge moyen en Bretagne était de 40 ans en 2005, soit déjà d'une année supérieure à celui de la France métropolitaine, selon le scénario central, en 2030, la région demeurerait encore plus âgée : 44 ans contre 42.6 ans.

Graphique 7. La Bretagne resterait plus âgée que la France à l'horizon 2030



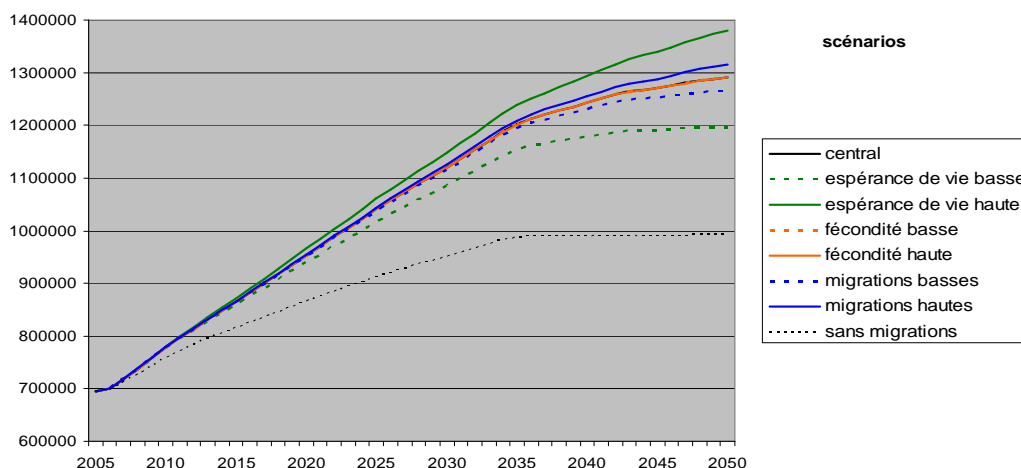
Source : Insee, modèle Omohale et estimations localisées de cooulation

Source : INSEE, Octant n° 108, Mars 2007, p 7

- **Une très forte hausse du nombre de personnes âgées d'ici 2050**

En premier lieu, alors que le nombre d'habitants de 60 ans et plus était d'environ 700 000 en 2005, cet effectif doublerait pratiquement en 2050 puisqu'il atteindrait 1 300 000. A noter que la moitié de la hausse résulterait, comme déjà souligné, du solde migratoire.

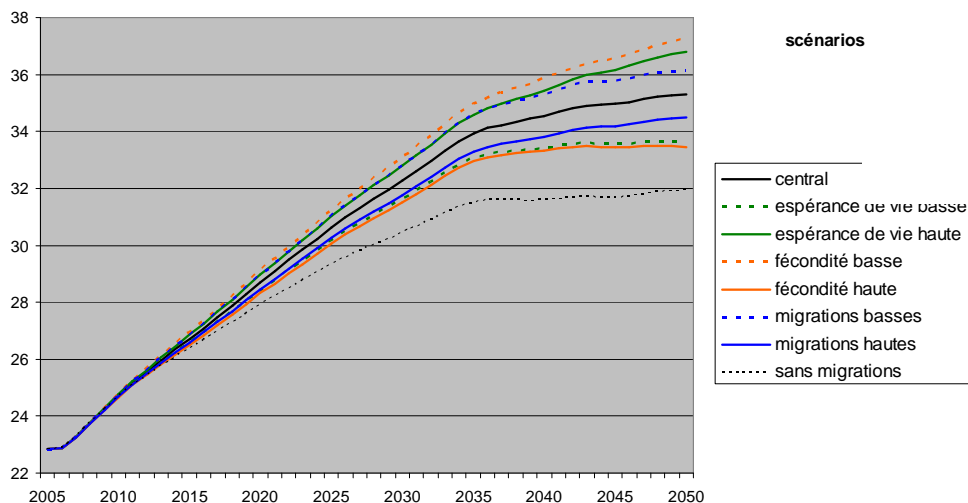
Graphique 8. Les 60 ans et plus dans la population bretonne d'ici 2050



Source : INSEE Bretagne

En second lieu, si l'on considère la part des plus de 60 ans dans la population, on observerait, là aussi, un vieillissement prononcé de la population. Ainsi, alors que cette proportion était de 22.8% en 2005, elle devrait augmenter fortement jusqu'en 2035, puis plus lentement ensuite. En 2050, plus d'un habitant sur trois aurait 60 ans ou plus.

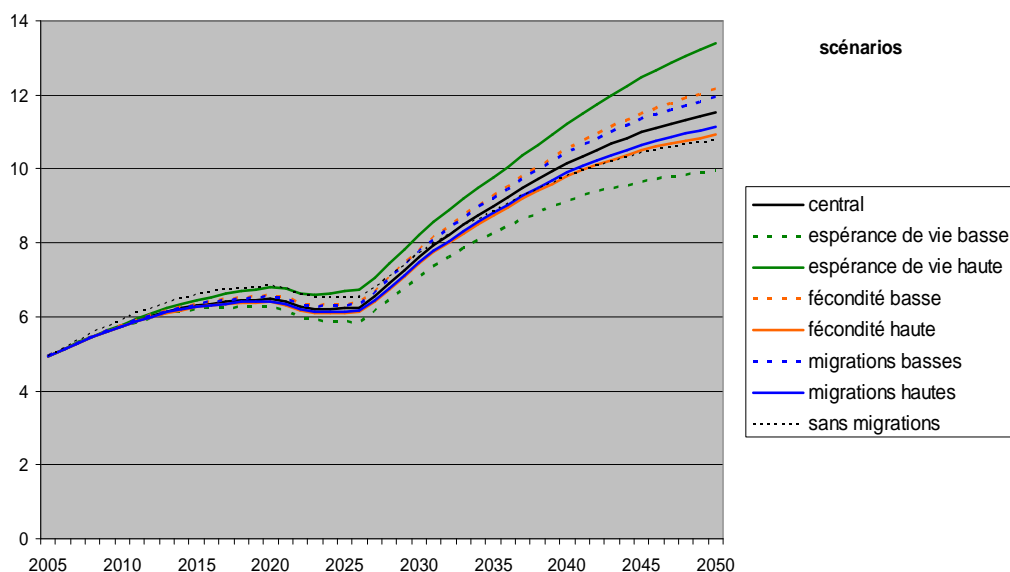
Graphique 9. Part des 60 ans et plus dans la population bretonne d'ici 2050



Source : INSEE Bretagne

Cette hausse serait encore plus forte pour le « quatrième âge », c'est-à-dire pour les personnes de 80 ans et plus. Alors que l'effectif de cette tranche d'âge était de 150 000 personnes en 2005, il doublerait presque pour atteindre 264 000 d'ici à 2030, puis 420 000 personnes en 2050 (scénario central). Tandis que la part des habitants de 80 ans et plus était de 4.9% en 2005, elle augmenterait lentement jusqu'en 2026 pour atteindre 6.3% et devrait ensuite quasiment doubler en un quart de siècle.

Graphique 10. Part des 80 ans et plus dans la population bretonne d'ici 2050



Source : INSEE Bretagne

« Anticiper l'impact du vieillissement sur l'évolution politique et sociale »

Dans son rapport « *Prospective de la démographie de la Bretagne à l'horizon 2020* » (1998)²⁴, le CESR soulignait l'enjeu « d'anticiper l'impact du vieillissement sur l'évolution politique et sociale » :

« Une faible croissance démographique peut être associée à une moindre « pression créatrice », atténuée par le ralentissement de la rotation des hommes, une diminution des débats et remises en question suscités par la confrontation des âges, que ce soit dans le champ de l'économie, de la culture ou de l'organisation. On sait par ailleurs qu'une entrée plus tardive dans la vie active contribue à la progression de l'abstention électorale, elle peut entraîner une sous-représentation de l'opinion des plus jeunes (...) Parallèlement, la croissance des classes d'âges plus élevées liée au phénomène du vieillissement « par le haut » (...) pousse à une sur-représentation des plus âgés, qui est encore accentuée par leur comportement électoral plus stabilisé.

En présence de conflits d'intérêts emportant des options divergentes selon l'âge, on pourrait donc assister à une montée des tensions entre plus jeunes et plus âgés liée à l'expression dominante des intérêts des plus âgés. Ces conflits pourraient se manifester autour des questions relatives aux systèmes de solidarité intergénérationnelle, qu'il s'agisse du mode de financement des retraites ou des prestations sociales et de santé (...) ».

²⁴ p 188

2. Les territoires et les trajectoires du vieillir en Bretagne : de fortes disparités géographiques

Si l'on s'intéresse à présent à la répartition territoriale des personnes âgées en Bretagne, des éléments de réponse peuvent être apportés aux deux questions suivantes : Où résident-elles aujourd'hui (2.1) ? Où résideront-elles demain (2.2) ?

2.1. Où résident-elles aujourd'hui ?

L'INSEE Bretagne a publié en juin 2002, un numéro de sa revue Octant²⁵ consacré aux lieux de résidence des personnes âgées de plus de 60 ans en Bretagne à partir des données du recensement de 1999. Les cartes et analyses ci-après sont essentiellement issues de ces travaux.

2.1.1. Où habite-t-on après 60 ans en Bretagne ?

- **De fortes disparités territoriales**

Dans un premier temps, l'INSEE analyse les lieux de résidence des personnes de 60 ans et plus : « Au sein même de la région, le vieillissement de la population présente des disparités géographiques. Deux approches différentes permettent de les mesurer. La première considère *la proportion* de personnes âgées dans la population. Elle montre **une forte concentration des populations âgées dans le centre de la Bretagne** qui s'explique par le manque de jeunes sur l'espace rural ainsi que sur le littoral. L'autre approche considère le *nombre* de personnes âgées par commune de résidence. Elle met en **avant l'importance des populations âgées dans les principales villes, et aussi tout au long du littoral, et leur moindre présence au centre de la région**".

Les cartes de l'INSEE reproduites ci-après montrent que les communes rurales sont habitées par une population plus âgée, **mais que la majorité des personnes de 60 ans et plus est citadine. Ainsi, en 1999, 62% de cette population vivait en ville.**

Tableau 2. Population âgée et type de commune

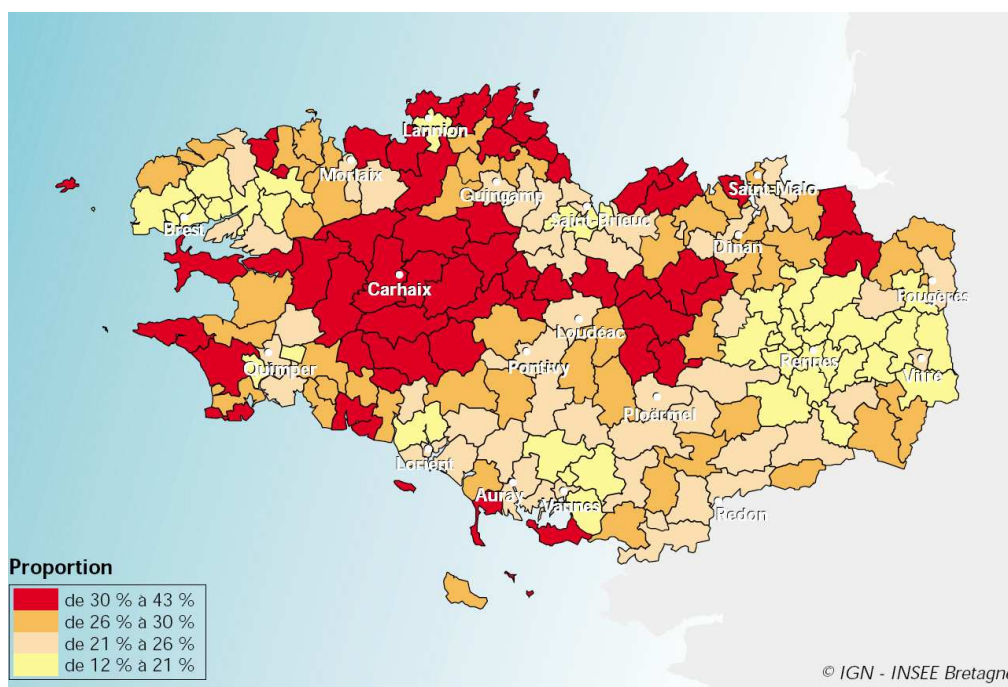
| | Population de 60 ans et plus | Part des 60 ans et plus | Population de 80 ans et plus | Part des 80 ans et plus |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Région | 691 752 | 23,8 | 123 129 | 4,2 |
| dont : communes urbaines | 429 415 | 22,9 | 80 649 | 4,3 |
| communes rurales | 262 337 | 25,4 | 42 480 | 4,1 |

Source : INSEE, recensement 1999

Source : INSEE, Octant n°90, juin 2002, p 4

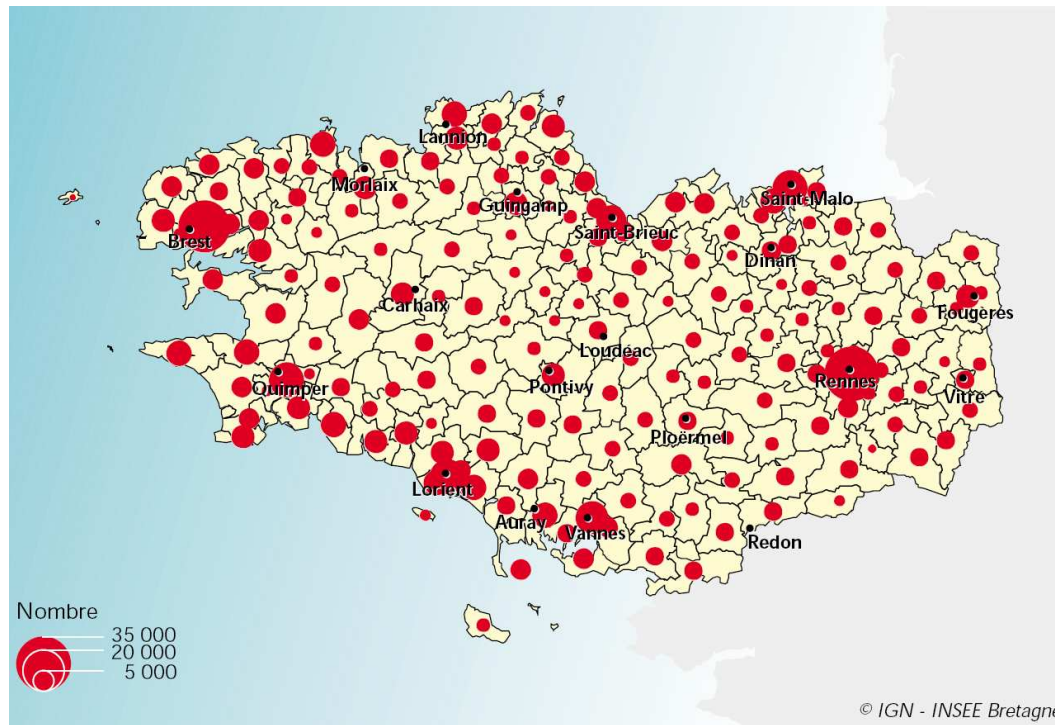
²⁵ Octant n° 90, juin 2002, pp4-8

Carte 4. Proportion de personnes de 60 ans et plus par canton en Bretagne en 1999



Source : INSEE, Bretagne, RP 1999, Octant n° 90, juin 2002, p 5

Carte 5. Nombre de personnes de 60 ans et plus par canton en Bretagne en 1999

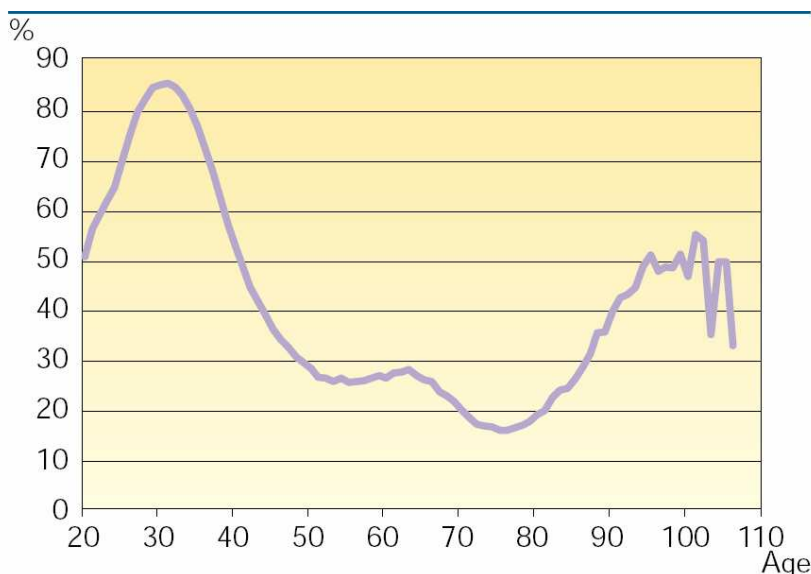


Source : INSEE, Bretagne, RP 1999, Octant n° 90, juin 2002, p 5

2.1.2. Mobilité résidentielle²⁶ : les territoires ont des niveaux d'attractivité très différents

Selon l'INSEE, **l'ensemble des communes urbaines et des communes côtières, qui hébergent le plus grand nombre de personnes âgées, sont également les plus attractives**, puisqu'elles accueillent plus fréquemment les personnes nouvellement installées en région. Ainsi les migrations dites de retraite (ayant lieu à l'occasion du passage à la retraite) modifient la répartition spatiale du troisième âge. D'autres déplacements internes à la région se développent plutôt après 80 ans et reflètent un besoin d'adaptation de l'habitat aux conditions de vie.

Graphique 11. Part des personnes ayant changé de logement entre 1990 et 1999 selon l'âge en 1999



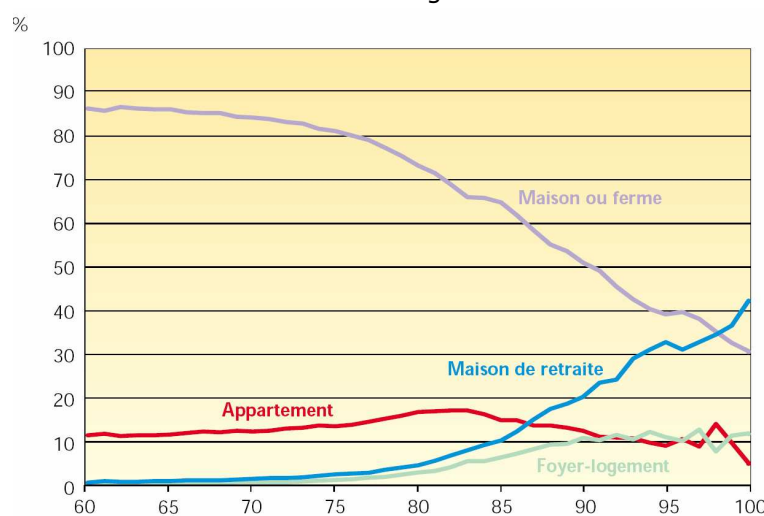
Source : INSEE, RP 1999, champ : Bretagne, Octant n° 90, juin 2002 p 5 - Lecture : 86% des bretons de 30 ans recensés en 1999 ont changé de logement dans les années 1990.

2.1.3. La vie à domicile et l'habitat individuel prédominent nettement

D'après l'INSEE, en 1999, **80% des personnes de 60 ans et plus résidaient en maison individuelle ou en ferme**, tandis que 13% habitaient un appartement dans un immeuble collectif et à peine plus de 4% séjournèrent en maison de retraite ou en foyer-logements. Les 3% restant étaient recensés dans diverses collectivités : hôpital, communauté religieuse... Cette répartition relève de multiples choix qui dépendent largement de l'âge des personnes, de leur sexe et de leur position matrimoniale.

²⁶ A ce sujet, voir notamment l'étude "Mobilité des populations et territoires de Bretagne, à l'horizon 2030", septembre 2007

Graphique 12. Répartition des 60 ans et plus selon le type de logement en 1999 en Bretagne



Source : INSEE Bretagne, RP 1999, Octant n° 90, juin 2002, p 7

La CRAM de Bretagne, dans son dernier Schéma Directeur Régional d'Action Sociale²⁷, souligne la part importante des personnes âgées vivant à domicile : « **La région Bretagne, comme les autres régions françaises, compte un taux de personnes âgées de plus de 70 ans à domicile supérieur à 90%** (91.36% en moyenne dont 93.48% pour les hommes et 89.24% pour les femmes). Cet écart s'explique essentiellement par des différences de comportement entre les hommes et les femmes concernant le recours à un hébergement spécifique (foyer-logements et maison de retraite). A 90 ans, la fréquence à ce recours atteint 24% chez les hommes et 39% chez les femmes.

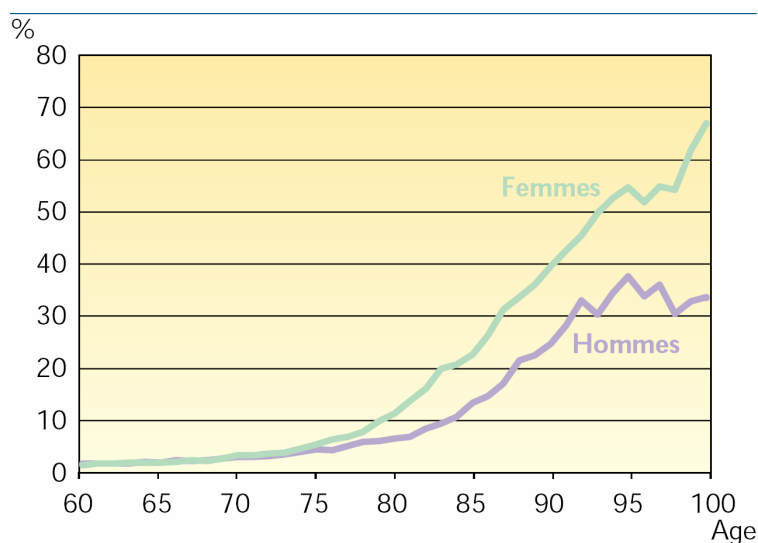
Tableau 3. Part des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile en Bretagne et en France métropolitaine en 1999

| Part des personnes âgées vivant à domicile en 1999 | 60-74 ans | 75-79 ans | 80 ans et plus |
|--|-----------|-----------|----------------|
| En Bretagne | 98.17% | 95.51% | 83.24% |
| En France métropolitaine | 98.37% | 96.43% | 84.00% |

Source : CRAM Bretagne, SDAS 2005/2008, Diagnostic territorial

²⁷ CRAM Bretagne, Schéma Directeur d'Action Sociale 2005/2008 – Diagnostic territorial

Graphique 13. Proportion d'habitants de 60 ans et plus séjournant en « institution²⁸ » par sexe en Bretagne en 1999



Source : INSEE, RP 1999, champ Bretagne, Octant n° 90, juin 2002, p7

2.1.4. Les personnes âgées vivant en établissement

Les personnes âgées vivant en établissement ne sont pas incluses dans le périmètre de la présente étude, toutefois, afin de compléter les données qui précèdent, il peut être intéressant d'ouvrir brièvement une fenêtre sur cette réalité du vieillissement en Bretagne.

Déjà riches d'enseignements, il serait sans doute intéressant que ces données domicile/établissement puissent être territorialisées à un niveau plus détaillé.

²⁸ Institutions selon l'INSEE : foyer logements, maison de retraite, hôpital, établissements de court ou long séjour...

« Les personnes âgées vivant en établissement »

d'après l'état des lieux figurant dans le Diagnostic territorial du Schéma Directeur Régional d'Action Sociale de la CRAM Bretagne pour les années 2005-2008

En Bretagne, près d'une personne sur dix âgée d'au moins 75 ans réside en maison de retraite ou en unité de soins longue durée (15 % des personnes de 85/89 ans sont en institution et 40 % pour les 95 ans et plus).

Le choix d'un habitat en établissement peut être un échappatoire à la solitude. Les statistiques montrent que le comportement de recours à un habitat spécifique dépend fortement de la situation matrimoniale. Parmi l'ensemble des habitants de 60 ans et plus, 24% des célibataires, 13% des veufs (ves), 6% des divorcés et seulement 1% des personnes mariées ont recours à ce type d'habitat. On peut supposer que les couples mariés gardent plus longtemps leur domicile dans la mesure où les conjoints s'entraident en cas d'incapacité physique. D'autre part, les célibataires sont moins souvent hébergés ou aidés par leur famille et la solitude peut alors influencer plus nettement leur choix.

La Bretagne comptait, au 1^{er} janvier 2004, près de 630 structures d'hébergement pour personnes âgées (maisons de retraite, logements-foyers, unités de soins longue durée), offrant une capacité d'accueil d'environ 43 000 places. Le taux d'équipement de 168 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est supérieur au taux observé au niveau national (140 pour 1000).

Cependant, des écarts existent en Bretagne selon le type d'hébergement : pour les maisons de retraite, le taux s'établit à 92 places pour 1 000 (comparable au taux national), par contre la Bretagne se caractérise par un meilleur équipement en termes de logements-foyers : 51 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 32 sur la France entière.

En ce qui concerne les unités de soins de longue durée, la Bretagne présente aussi un taux d'équipement plus important, 24 lits pour 1 000 contre 17 au niveau national.

Il existe des différences départementales assez marquées : les départements bénéficiant de taux d'équipement élevés en places en maisons de retraite sont moins équipés en places en logements-foyers (Ille-et-Vilaine et Finistère) et inversement, les départements les plus dotés en places en logements-foyers dans la région sont les moins équipés en places en maisons de retraites (Côtes d'Armor et Morbihan). L'Ille-et-Vilaine présente le plus fort taux d'équipement avec 185 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, lié à un équipement nettement plus élevé en places de maisons de retraite : 119 pour 1 000.

Au 31 décembre 2005, en Bretagne, 259 établissements pour personnes âgées ont obtenu le statut d'EHPAD (Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes), soit 45% des établissements bretons médicalisés. 59 conventions tripartites ont été signées en 2005 entre les établissements, les DDASS et les Conseils Généraux pour opérer la transformation en EHPAD des maisons de retraite, logements-foyers et unités de long séjour : 18 conventions en Côtes d'Armor, 21 dans le Finistère, 7 en Ille-et-Vilaine et 13 dans le Morbihan".

Tableau 4. Tableau comparatif des équipements en établissements pour personnes âgées de la région Bretagne au 1^{er} janvier 2004

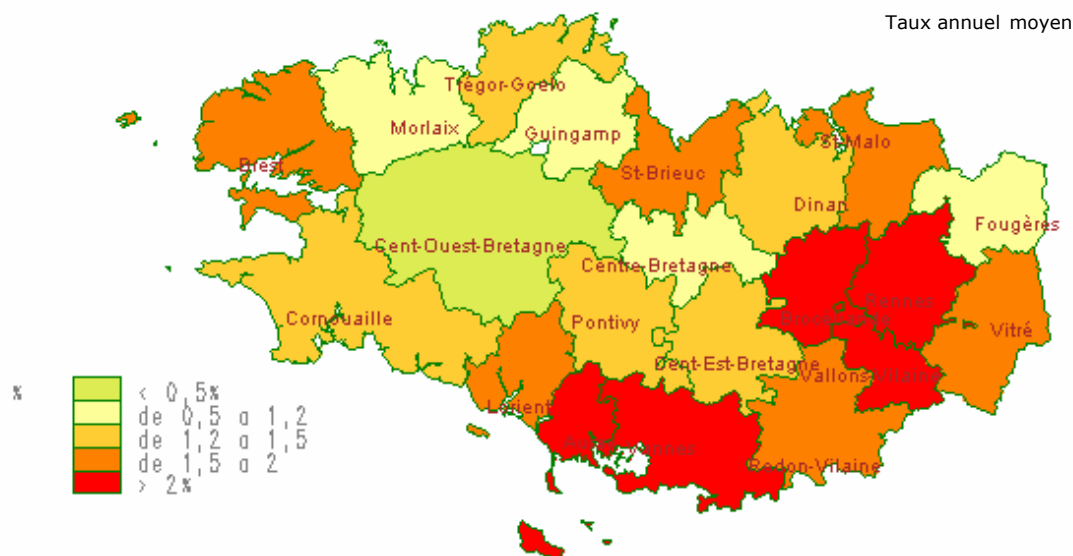
| | Côtes d'Armor | Finistère | Ille-et-Vilaine | Morbihan | Bretagne | France métropolitaine |
|--|---------------|-----------|-----------------|----------|----------|-----------------------|
| <i>Maison de retraite</i> | | | | | | |
| Nbre établissements | 53 | 82 | 98 | 59 | 292 | 6 426 |
| Nbre de lits | 3 960 | 7 750 | 7 570 | 4 390 | 23 670 | 432 397 |
| Dont : section de cure médicale | 883 | 2 107 | 986 | 595 | 4 571 | 84 202 |
| Dont lits EHPAD | 1 233 | 2 589 | 3 070 | 2 117 | 9 009 | 187 015 |
| <i>Logements foyer</i> | | | | | | |
| Nbre établissements | 82 | 49 | 59 | 75 | 265 | 3 000 |
| Nbre de logements | 4 090 | 2 770 | 2 460 | 3 670 | 12 980 | 156 027 |
| Dont section de cure médicale | 57 | 283 | 107 | 189 | 636 | 4 475 |
| Dont lits EHPAD | 887 | 197 | 741 | 556 | 2 381 | 9 403 |
| <i>Hébergement temporaire</i> | | | | | | |
| Nbre de lits | 243 | 266 | 177 | 88 | 774 | 8 085 |
| <i>Accueil de jour</i> | | | | | | |
| Nbre de places | 8 | 30 | 10 | 2 | 50 | 1 455 |
| <i>Soins de longue durée</i> | | | | | | |
| Nbre de lits | 1 410 | 1 710 | 1 66 0 | 1 360 | 6 150 | 78 969 |
| Dont lits EHPAD | / | 270 | / | 243 | 513 | 10 381 |

Source : DRASS, enquête EHPA – Tableau extrait du « Diagnostic Territorial du SDAS de la CRAM Bretagne », p 19

2.2. Où résideront-elles demain ?

Selon les projections de l'INSEE publiées en juin 2002, prenant pour point de départ les résultats du recensement de la population de 1999, tous les Pays devraient connaître une augmentation en nombre de leur population âgée de 60 et plus à l'horizon 2030. Cette « gérontocroissance » connaîtrait toutefois des amplitudes variables selon les territoires. Elle serait particulièrement significative dans les Pays de Rennes, Vannes, Brest et Cornouaille, comme l'illustre la carte ci-après.

Carte 6. Variation de la population de 60 ans et plus, scénario central

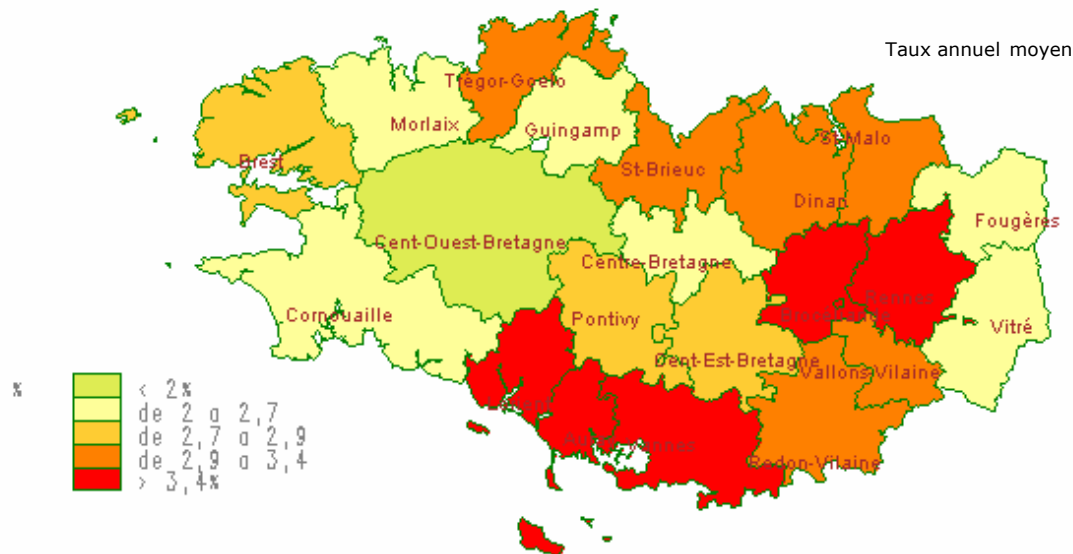


© IGN-INSEE Bretagne

Source : INSEE Bretagne, « Projections démographiques- Trois scénarios pour la Bretagne et ses Pays », juin 2002, p78

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à l'évolution en nombre des habitants de 80 ans et plus d'ici à 2030, on observerait une augmentation généralisée et une concentration géographique encore plus prononcée comme l'illustre la carte ci-dessous. Les variations attendues les plus fortes pour ce « quatrième âge » concerneraient à nouveau les Pays de Rennes, Brest, Cornouaille et Vannes.

Carte 7. Variation de la population de 80 ans et plus, scénario central



© IGN-INSEE Bretagne

Source : INSEE Bretagne, « Projections démographiques- Trois scénarios pour la Bretagne et ses Pays », juin 2002, p80

3. Quels sont leurs revenus ?

3.1. Les revenus fiscaux ne donnent qu'une vision partielle des revenus disponibles ou potentiels

Sur la base des *déclarations fiscales* des ménages, l'INSEE parvient à mesurer les *revenus fiscaux* des personnes âgées de plus de 60 ans, sachant qu'en 2004, 429 000 ménages avaient une *personne de référence* située dans cette tranche d'âge. L'exploitation de ces déclarations permet d'évaluer les *revenus déclarés* (salaires, revenus non salariaux, pensions de retraite, pensions alimentaires...) mais elle ne donne pas une vision globale des *revenus disponibles* (*notamment des aides sociales reçues*) et encore moins de la valeur du *patrimoine* détenu par les ménages. **Concernant le patrimoine, cette donnée est pourtant essentielle si l'on veut pouvoir mesurer les ressources potentielles des personnes âgées**, car un patrimoine peut être rendu « liquide » afin d'améliorer leurs revenus monétaires et donc leurs niveaux de vie globaux, voire pour pouvoir emprunter à un âge avancé par la voie, par exemple, d'un crédit hypothécaire.

Ces limites étant posées, les données de l'INSEE permettent toutefois d'avoir une première approche des revenus des personnes âgées de 60 ans et plus en Bretagne.

D'une manière générale, **le revenu mensuel médian de ces dernières est compris entre 970€ et 1 450€**. Il diminue avec l'âge et est plus faible pour les personnes vivant seules, comme l'illustre le tableau ci-après.

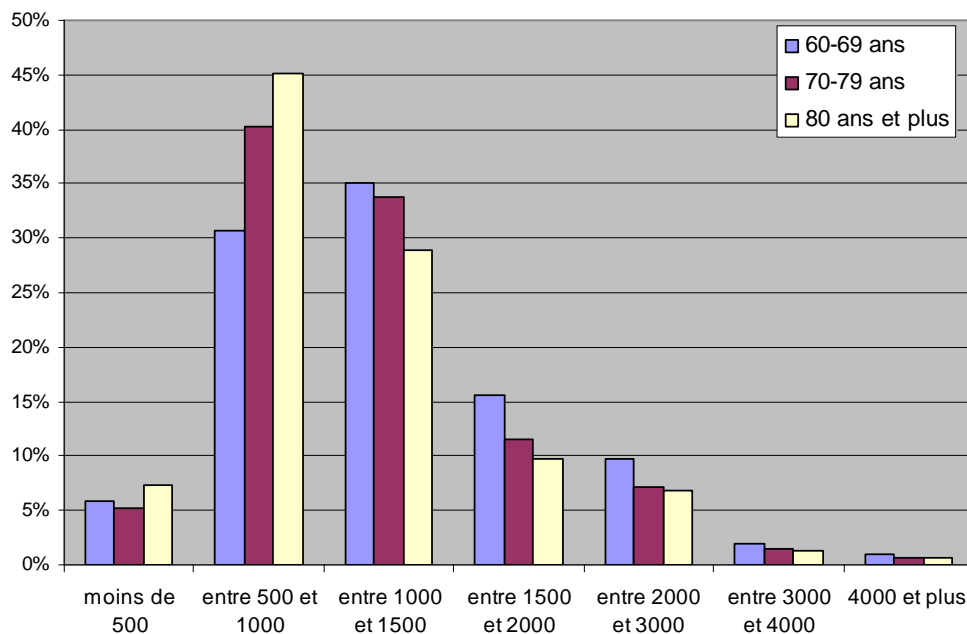
Tableau 5. Revenu fiscal mensuel médian des ménages dont la personne de référence a 60 ans ou plus en Bretagne en 2004

| | Personne vivant seule | Personne vivant à deux |
|----------------|-----------------------|------------------------|
| 60 à 69 ans | 1 150 € | 1 450 € |
| 70 à 79 ans | 1 040 € | 1 220 € |
| 80 ans et plus | 970 € | 1 150 € |

Source : INSEE Bretagne

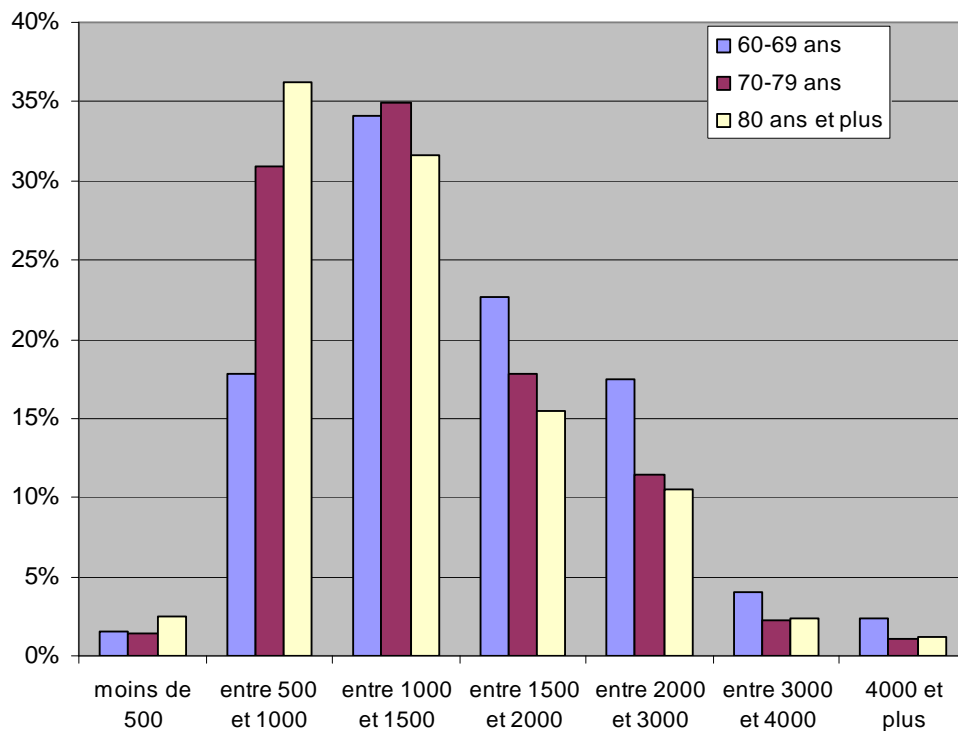
Cette différence de revenus fiscaux moyens entre les personnes vivant seules et celles vivant à deux, au profit de ces dernières, apparaît également assez nettement dans les représentations graphiques suivantes.

Graphique 14. Revenu fiscal mensuel des personnes vivant seules



Source : INSEE Bretagne, revenus fiscaux, 2004

Graphique 15. Revenu fiscal mensuel des personnes vivant à deux



Source : INSEE Bretagne, revenus fiscaux, 2004

3.2. Les montants mensuels moyens des retraites versées aux résidents bretons : des différences flagrantes selon les sexes

Précisions sur les statistiques transmises par la CRAM Bretagne

Lorsque la CRAM parle des « retraités résidant en Bretagne quelle que soit la Caisse débitrice », elle entend les retraités du Régime général de la Sécurité sociale, plus précisément ceux qui ont fait leur carrière majoritairement au régime général. Parmi ces retraités, il y a ceux qui dépendent de la CRAM de Bretagne proprement dit (87% à 88%) et ceux qui dépendent de la CNAV (8%) ou des autres CRAM (4% à 5%).

Les 525 256 retraités comptabilisés au 31 mars 2007 sont donc les retraités du Régime Général âgés de 60 ans et plus percevant une pension vieillesse. Ces derniers représentent 70% de la population totale âgée de 60 et plus résidant en Bretagne et 5,11% des retraités du Régime général en France (11 300 000 environ au 31/12/2006)

Les autres régimes MSA, RSI, Fonctions publiques d'Etat, territoriale, hospitalière, et quelques autres régimes spéciaux concernent 30% de cette population, soit 215 000 retraités résidant en Bretagne âgés de 60 ans et plus percevant une pension vieillesse. Il faut préciser en effet que les montants mensuels moyens des retraites versées par la CRAM ne correspondent qu'à la "retraite de base de la Sécurité sociale" et que de nombreux retraités perçoivent une retraite complémentaire.

D'après les données de la CRAM Bretagne²⁹, qui ne concernent que les retraites de base du Régime général (voir encadré ci-après), **les retraités résidents bretons**, quelle que soit la caisse débitrice, étaient au nombre de **525 256 au 31 mars 2007**. L'effectif des retraitées femmes, 309 596, était nettement supérieur à celui des retraités hommes, 215 660.

Dans une logique de prévention, la CNAV recentre son action sociale sur le « mieux vieillir » des retraités les plus fragiles

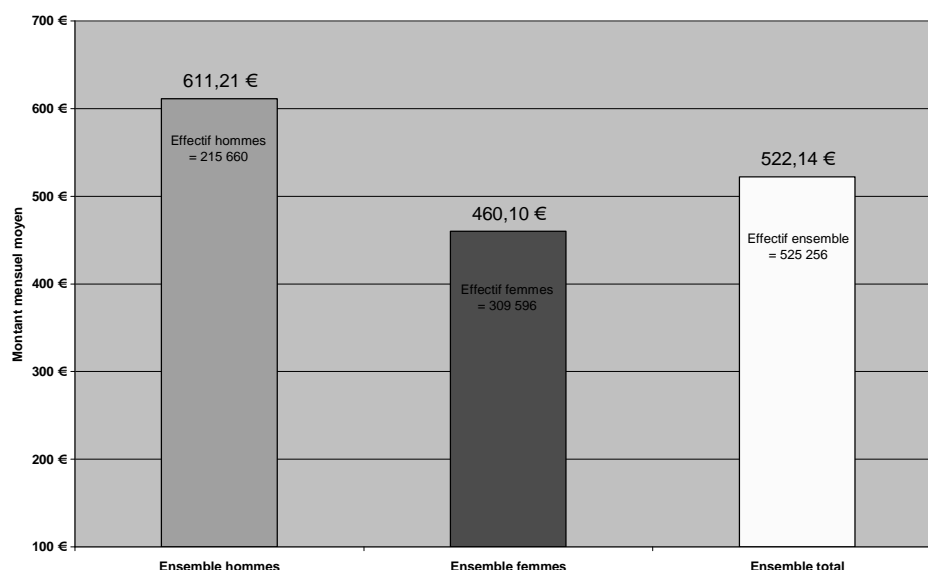
Depuis le début des années 2000, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) a recentré son action sociale dans le sens d'un effort porté sur la prévention de la perte d'autonomie et du lien social des retraités relevant des GIR 5 et 6, en particulier sur ceux apparaissant comme les plus fragiles du fait notamment de leur niveau de ressources, de leur isolement social, de leur avancée en âge, de leur état de santé ou de leurs conditions de vie.

La CNAV entend ainsi contribuer, à partir d'un « capital santé » donné, à un « mieux vieillir » par l'amélioration des conditions d'existence de ses retraités, en complémentarité et souvent en synergie avec les aides et prestations dont ce public est par ailleurs bénéficiaire dans le cadre de l'assurance maladie et des programmes nationaux de santé public.

²⁹ L'ensemble des données par tranche d'âge et par département figure en annexe du rapport

Alors que **le montant mensuel moyen des pensions**³⁰, incluant les *droits directs* et les *droits dérivés*, était de **522.14€** à cette date, on observe là aussi des situations différentes selon les sexes. Bien qu'étant plus nombreuses, **les retraitées femmes perçoivent un montant mensuel moyen très inférieur à celui des hommes : 460.10 € contre 611.21 €**. On observe toutefois une réduction récente et très progressive de cet écart : entre 2005 et 2006, l'évolution du montant moyen mensuel des pensions versées est ainsi passé de 551,85€ à 568,61€ pour les hommes, soit une progression de +3,04%, et pour les femmes, sur la même période, celui-ci passe de 417,86€ à 432,77€, soit une croissance très légèrement supérieure de +3,57% ... Toutes choses égales par ailleurs, à ce rythme, il faudrait presque 60 ans pour que les pensions versées aux femmes soient au même niveau que celles des hommes...

Graphique 16. Montants mensuels moyens des retraites pour l'ensemble des droits (droits directs + droits dérivés) en Bretagne au 31 mars 2007



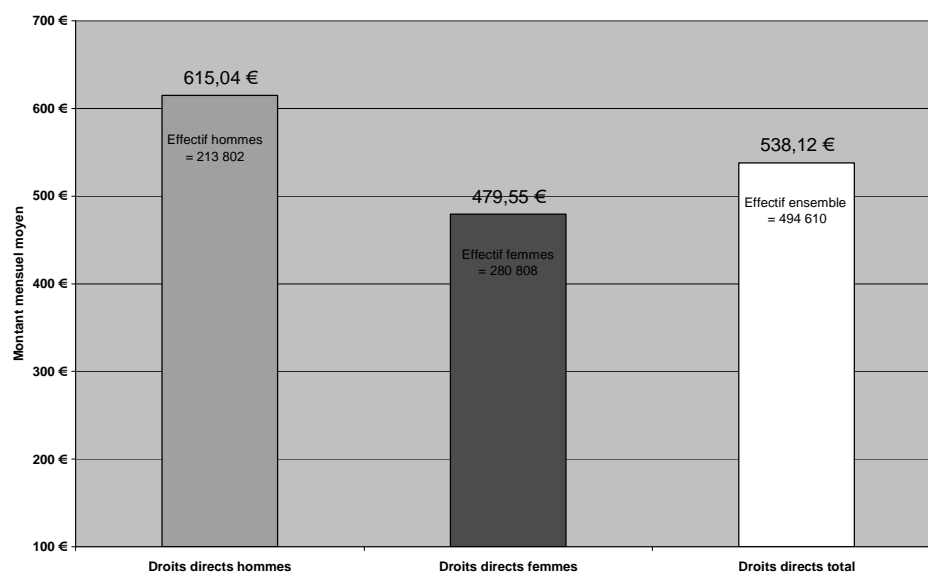
Source : CRAM Bretagne

Si l'on distingue à présent les *droits directs* et les *droits dérivés*³¹, on retrouve, pour les premiers, les disparités par sexe déjà signalées, tandis que les seconds sont marqués, d'une part par la prépondérance du nombre de femmes (28 788) sur celui des hommes (1 858), d'autre part par la faiblesse des montants mensuels moyens des retraites : 270,35€ pour les femmes et 170,02€ pour les hommes.

³⁰ Montant mensuel moyen : prestation de base assortie d'éventuels compléments de pension (en euros courants au 31/03/2007)

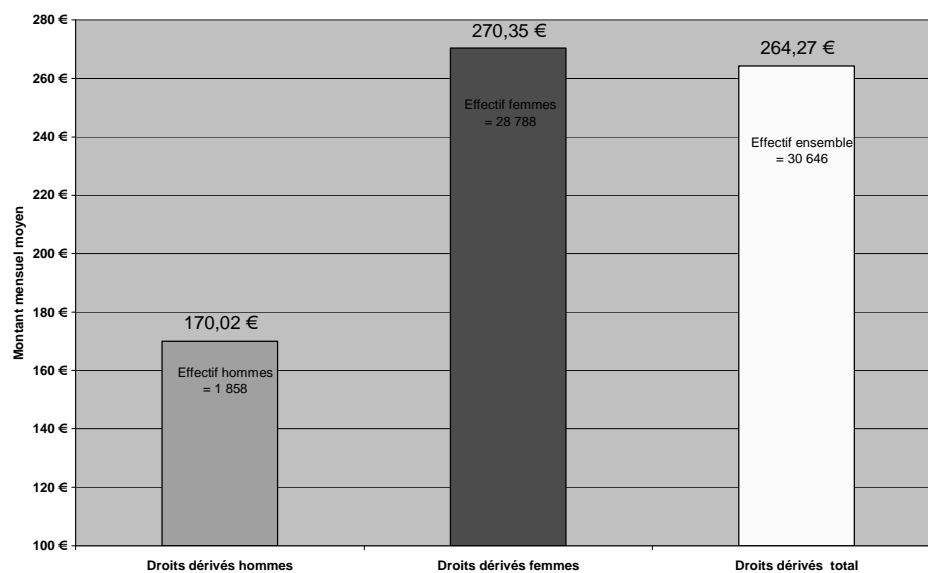
³¹ Répartition selon l'avantage principal : droit direct (ou personnel) ; droit dérivé (réversion servie seule sans avantage personnel au régime général)

Graphique 17. Montants mensuels moyens des retraites en droits directs en Bretagne au 31 mars 2007



Source : CRAM Bretagne

Graphique 18. Montants mensuels moyens des retraites en droits dérivés en Bretagne au 31 mars 2007



Source : CRAM Bretagne

3.3. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en Bretagne : un taux de bénéficiaires plus élevé qu'en France métropolitaine et des disparités géographiques

3.3.1. Qu'est-ce que l'APA ?

Instituée par la loi n° 2001-647 du 20 Juillet 2001³², l'APA a pour objectif de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie soit de rester à *domicile* tout en recevant l'aide dont elles ont besoin, soit de les aider à régler les frais liés à la dépendance *en établissement*. Elle est attribuée aux personnes présentant une perte d'autonomie correspondant aux *GIR 1 à 4* de la grille nationale Autonomie Gériatrie Groupe Iso-Ressources (AGGIR).

Peuvent bénéficier de l'APA, toute personne résidant en France, âgée de plus de 60 ans, *sans condition de ressources*. Les montants de l'APA font toutefois l'objet d'une modulation selon les ressources des bénéficiaires.

L'APA est une prestation en nature personnalisée : elle est donc affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire. Ainsi, l'APA peut être mobilisée pour financer toute une palette de services tels que l'aide ménagère, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les aides techniques (pour la part non couverte par la sécurité sociale) ou l'adaptation du logement et de l'environnement matériel.

L'APA attribuée dans le cadre du *maintien à domicile* repose sur l'élaboration d'un *plan d'aide personnalisé* prenant en compte tous les aspects de la situation de la personne âgée (degré d'autonomie, environnement familial et social...). Une fois le plan accepté par le bénéficiaire, le montant des aides figurant dans le plan va servir de base au calcul de l'allocation qui sera versée. L'APA sert à financer toutes les dépenses figurant dans le plan (rémunération de services à domicile et aides techniques) qui, une fois mises en œuvre, permettront au bénéficiaire de l'APA de continuer à vivre chez lui.

Les sommes versées au titre de l'APA ne font pas l'objet d'une récupération sur la succession du bénéficiaire, ni sur les donations.

3.3.2. L'APA en Bretagne

Les données, graphiques et commentaires qui suivent sont issus du rapport « *Evaluation annuelle du CROSMS 2006 de l'évolution de l'équipement au regard de l'état des besoins tel qu'il ressort des schémas départementaux et des schémas et*

³² La loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

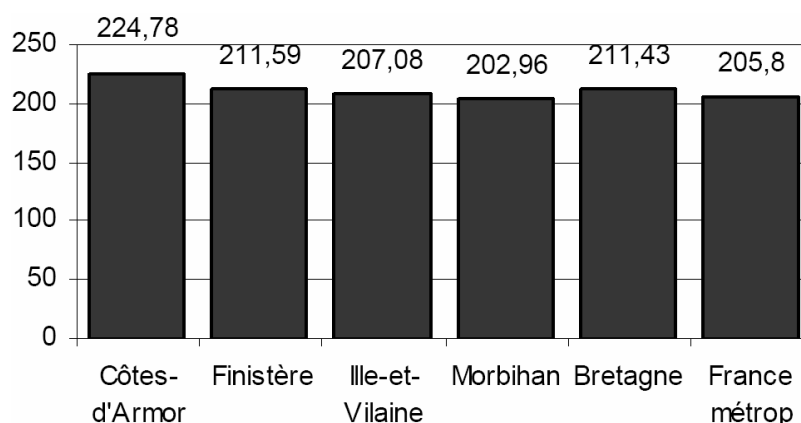
synthèses régionaux, Fenêtre personnes âgées » réalisé par le CREAI Bretagne en Mai 2007³³.

Tout d'abord, il faut relever que **la Bretagne présente un taux plus élevé de bénéficiaires de l'APA que celui de la France métropolitaine**. Ainsi, la Bretagne comptait près de 58 000 bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2006, soit 211 bénéficiaires pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, taux supérieur à la moyenne nationale (206). Cette « surreprésentation » est à mettre en regard de l'état de santé des bretons, de la composition socioprofessionnelle des personnes âgées bretonnes, des circuits d'information, de la place des aidants naturels en Bretagne.

Ensuite, on peut observer que **des disparités géographiques existent entre les départements**. En effet, cette surreprésentation est forte dans les Côtes d'Armor (225) où les indicateurs de vieillissement et de mortalité sont les plus élevés, et moindre en Ille-et-Vilaine (207), où ces mêmes indicateurs sont plus favorables.

Selon une étude nationale réalisée par la DREES, le taux de bénéficiaires de l'APA à la fin 2003 variait, de 1 à 3 selon les départements : 95 pour 1 000 dans l'Essonne à 305 pour 1000 dans l'Ariège, avec une moyenne de 170 pour 1 000. Selon ces travaux, les disparités constatées s'expliquent notamment par l'importance de la population rurale, la proportion de personnes touchant le minimum vieillesse, la part des agriculteurs et des ouvriers dans la population active (population ayant, à âge égal, deux fois plus d'incapacités à la mobilité que les cadres). Les facteurs liés à la politique des départements, à savoir le nombre de places en établissements pour personnes âgées et l'importance de l'aide sociale que les départements attribuaient aux plus de 65 ans avant la mise en place de l'APA, expliquent 5 % des variations.

Graphique 19. Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31 décembre 2006



Source : CREA I de Bretagne/CROSMS – DRASS /Évaluation annuelle 2006 Personnes âgées – Mai 2007, p - 9 (version provisoire) – Données APA issues de la DREES et population de 75 ans et plus estimée au 01/01/2005 –

³³ Version mise en ligne sur le site de la DRASS Bretagne, consultée le 18/07/2007 : <http://bretagne.sante.gouv.fr/pages/2social/crosms/seances/en-cours/8juin07/evaluation06pa.pdf>

Tableau 6. Nombre de bénéficiaires de l'APA

| | 31.12.03 | 31.12.04 | Au 31.12.05 (p) | Au 31.12.06 |
|-----------------|----------|----------|--------------------|-------------|
| Côtes-d'Armor | 11445 | 12645 | 13964 | 13710 |
| Finistère | 14419 | 15829 | 16475 | 17458 |
| Ille-et-Vilaine | 11446 | 12204 | 13105 | 14044 |
| Morbihan | 10895 | 11282 | 11910 | 12760 |
| Bretagne | 48205 | 51960 | 55454 | 57 972 |

(p) : données provisoires en cours de validation

Source : CREA I de Bretagne, op.cit

Au 30 septembre 2006³⁴, **48% des bénéficiaires bretons de l'APA vivaient à domicile contre 60% au niveau national.** Seul le Finistère enregistrait un nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile supérieur au nombre de bénéficiaires en établissement (55%). Ce constat est à mettre en perspective avec l'offre à domicile plus développée dans ce département (densité d'Infirmiers diplômés d'Etat). A l'inverse, l'Ille-et-Vilaine, présentait la proportion la plus faible de bénéficiaires de l'APA à domicile (42%) et se situait en dernière position pour la densité d'Infirmiers diplômés d'Etat.

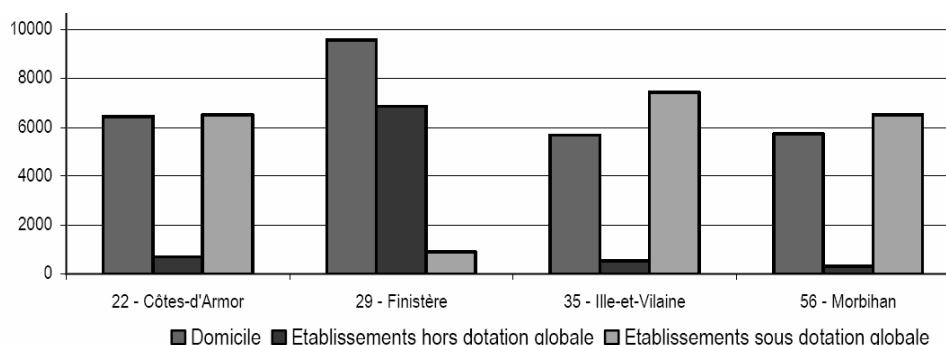
Tableau 7. Répartition départementale des bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement en Bretagne au 30 septembre 2006

| Situation au 30 septembre 2006 | Domicile | Etablissements hors dotation globale | Etablissements sous dotation globale | Total | % domicile |
|--------------------------------|---------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|
| Côtes d'Armor | 6 446 | 719 | 6 498 | 13 663 | 47,18 |
| Finistère | 9 576 | 6 852 | 885 | 17 313 | 55,31 |
| Ille-et-Vilaine | 5 688 | 537 | 7 434 | 13 659 | 41,64 |
| Morbihan | 5 730 | 316 | 6 500 | 12 546 | 45,67 |
| Bretagne | 27 440 | 8 424 | 21 317 | 57 181 | 47,99 |

Source : CREA I Bretagne, op.cit

³⁴ Répartition au 31/12/2006 non disponible pour l'ensemble des départements (au 31/12/2006, la Bretagne comptait 28 167 bénéficiaires de l'APA à domicile et 21 317 bénéficiaires de l'APA en établissement en dotation globale – Source : <http://www.platoss-bretagne.fr/>). Pour une actualisation des données APA, voir aussi le site de la DREES, <http://www.sante.gouv.fr/drees/apa/sommaire.htm>

Graphique 20. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le lieu de vie au 30 septembre 2006



Source : enquête trimestrielle de la Drees auprès des conseils généraux, données brutes non redressées

Source : CREAI Bretagne, op.cit

Tableau 8. Répartition des bénéficiaires de l'APA par catégorie de GIR et par domiciliation au 31 décembre 2006

| | A domicile | | | | | | en établissements hors dotation globale | | | | | |
|-----------------|------------|-------|-------|-------|-------------|-----------|---|-------|-------|-------|-------------|-----------|
| | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR inconnu | En-semble | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR inconnu | En-semble |
| Côtes-d'Armor | 120 | 1332 | 1421 | 3626 | 0 | 6499 | 96 | 327 | 121 | 169 | 0 | 713 |
| Finistère | 350 | 1963 | 2240 | 5130 | 0 | 9683 | 829 | 3256 | 966 | 1838 | 1 | 6890 |
| Ille-et-Vilaine | 130 | 1016 | 1544 | 3366 | 0 | 6056 | 83 | 220 | 98 | 153 | 0 | 554 |
| Morbihan | 165 | 1069 | 1033 | 3662 | 0 | 5929 | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A |
| Bretagne | 765 | 5380 | 6238 | 15784 | 0 | 28167 | | | | | | |

Source : enquête trimestrielle de la Drees auprès des conseils généraux, données brutes non redressées
#N/A : non disponible

Source : CREAI Bretagne, op.cit

4. Quelques éléments sur le travail de soutien familial envers les personnes âgées en situation de handicap à domicile

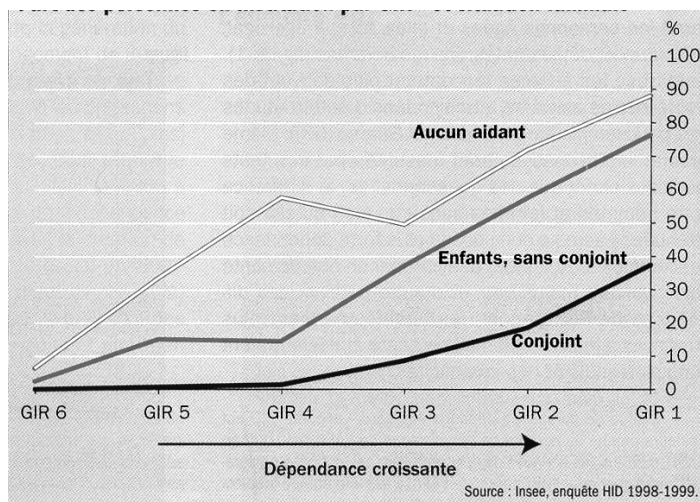
A partir des travaux de Mme Simone PENNEC³⁵, Sociologue à l'Université de Bretagne Occidentale, auditionnée pour la présente étude, il est possible d'apporter quelques éléments de réflexion sur le rôle des aidants familiaux, femmes et hommes, auprès des personnes âgées en situation de handicap à domicile :

La proximité du soutien familial est un élément déterminant pour le maintien à domicile. Ainsi, bien plus que l'aide des enfants, c'est surtout la présence d'un conjoint aidant qui retarde considérablement l'entrée en institution des personnes âgées. Le conjoint joue en quelque sorte le rôle "d'amortisseur de

³⁵ "Le travail de soutien familial envers les personnes âgées en situation de handicaps à domicile" - Intervention de Mme Simone PENNEC au colloque "Santé, inégalités et ruptures sociales" - La Rochelle - 06-07/12/2006 - Audition au CESR de Bretagne, le 13 février 2006

dépendance". Par exemple, moins de 40% des personnes en GIR 1 (très dépendantes) ayant un conjoint sont en institution alors que ce taux atteint 90% pour celles n'ayant aucun aidant.

Graphique 21. Part des personnes en institution par GIR et situation familiale



(Source : INSEE)

- **Les aidants familiaux sont majoritairement des femmes**, ce qui apparaît encore plus nettement dans le cas de l'aide aux hommes âgés, surtout lorsqu'il s'agit de soins personnels. Dans ce dernier cas, les conjointes sont en première ligne et les enfants... plus en retrait. Ce phénomène de féminisation se retrouve aussi chez les aidants professionnels. A ce sujet, il faut souligner que le comportement des « aidés » n'est pas neutre en la matière. En effet, il n'est pas rare que l'aide professionnelle masculine soit plus facilement tolérée en institution qu'à domicile.

Tableau 9. Les aidants familiaux : âge et genre

| « Aidants » | Genre | Âge moyen |
|-------------|-------------|-----------|
| Conjoints | 60 % femmes | 70 ans |
| Descendants | 70 % femmes | 51 ans |

Tableau à partir de HID 99, Insee, Drees, *Études et Résultats*, n° 142.

Tableau 10. Lien familial et nature de l'aide apportée

| Activités | Femmes | Hommes | Conjoint(e)s | Enfants | Filles, belles-filles | Fils, gendres |
|--------------------------------|--------|--------|--------------|---------|-----------------------|---------------|
| Soins personnels | 46 % | 26 % | 49 % | 24 % | | |
| Tâches ménagères | 65 % | 45 % | 71 % | 46 % | 55 % | 25 % |
| Défense des droits et intérêts | 50 % | 50 % | 30 % | 50 % | 49 % | 54 % |
| Gestion du budget | 50 % | 50 % | 48 % | 66 % | | |

- **Plus on s'élève dans l'échelle sociale, plus on a recours à l'aide professionnelle.**

Tableau 11. Appartenance sociale; aide familiale et services professionnels

| Catégories socioprofessionnelles | Total proches | Proches exclusivement | Proches et professionnels | Professionnels exclusivement | Total professionnels |
|---|---------------|-----------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------|
| Cadres et professions intellectuelles supérieures | 61 % | 30 % | 31 % | 39 % | 70 % |
| Professions intermédiaires | 71 % | 40 % | 31 % | 29 % | 60 % |
| Employés | 75 % | 41 % | 34 % | 25 % | 59 % |
| Artisans, commerçants, chefs d'entreprise | 77 % | 47 % | 30 % | 23 % | 53 % |
| Agriculteurs exploitants | 89 % | 55 % | 34 % | 11 % | 45 % |
| Ouvriers | 83 % | 59 % | 24 % | 17 % | 41 % |
| Total | 79 % | 50 % | 29 % | 21 % | 50 % |

Tableau à partir de HID 99, Insee, Drees, *Études et Résultats*, n° 142.

- **La majorité des proches aidants d'âge actif sont en activité** (les 2/3 environ) avec des différences d'activité selon qu'ils sont rémunérés APA ou non. Ainsi, ceux qui bénéficient de l'APA sont en majorité à temps partiel (45%) ou sans activité (38%) alors que ceux qui ne sont pas rémunérés APA sont majoritairement à temps plein (59%) ou sans activité (30%).

- **On constate un différentiel plus ou moins prononcé entre le nombre d'heures d'aide à domicile déclaré et celui effectivement rémunéré par l'APA.** Très importante pour les proches cohabitant (13h déclarées contre 2h rémunérées), cette différence est à l'inverse presque nulle dans le cas des aidants professionnels.

Deuxième partie

Des enjeux et des
initiatives pour « bien
vieillir » en Bretagne

Introduction

Après avoir, dans la première partie du rapport, présenté quelques éclairages sur le contexte du vieillissement à domicile en Bretagne, la deuxième partie aborde successivement les six thématiques de qualité de vie retenues pour cette étude, à savoir : l'habitat (chapitre 1), la mobilité (chapitre 2), les services (chapitre 3), la santé (chapitre 4), le vivre ensemble (chapitre 5), la culture (chapitre 6).

Chaque thématique est déclinée en trois temps : une mise en perspective (section 1), les actions et initiatives sélectionnées (section 2), les préconisations particulières découlant principalement de ces dernières (section 3).

Sur les modalités de sélection des initiatives, nous invitons le lecteur à se reporter à l'introduction générale du rapport. Il peut toutefois être utile d'appeler de nouveau ce dernier à la *prudence* quant à l'interprétation des développements qui suivent, pour plusieurs raisons :

- Les initiatives sélectionnées pour chaque thématique ne sont que partiellement représentatives et non exhaustives. Bien d'autres actions exemplaires, innovantes et remarquables existent en Bretagne pour améliorer la qualité de la vie des personnes âgées vivant à domicile ;
- Celles-ci sont présentées de manière très synthétique et, pour des données plus précises, nous invitons le lecteur intéressé à contacter directement les organisateurs de ces dernières (cf. liste des contributions, auditions et rencontres en fin de rapport) ;
- Les préconisations présentées en section 3, pour chaque thématique, découlent principalement des initiatives sélectionnées. Elles doivent donc être essentiellement interprétées à cette aune. Leur portée peut donc, à certains égards, être considérée comme limitée –mais, non moins intéressante. Ainsi, par exemple, les préconisations sur la santé sont en grande partie le fruit de l'analyse des actions présentées en section 2. Il y a donc souvent un « effet de loupe » sur certains thèmes. L'objectif de l'étude n'était pas d'aborder tous les enjeux liés à la santé des personnes âgées mais de donner quelques coups de projecteurs sur des initiatives, en partie innovantes, et d'en extraire quelques préconisations.
- Autre élément très important : toutes les actions classées dans une thématique comportent de nombreux liens avec les cinq autres thématiques. Ainsi, certaines initiatives classées dans la thématique « vivre ensemble » auraient très bien pu, sous un autre angle, être placées au niveau de la thématique « santé ». C'est le cas par exemple pour les « accueils de jours » recevant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Si ces derniers sont présentés dans le « vivre ensemble », c'est que la Commission a souhaité valoriser cette dimension de l'initiative. **Il est donc aussi important de considérer les interactions entre les différentes actions et thématiques que de les analyser individuellement, la qualité de vie résultant presque toujours d'une synergie de facteurs pluridimensionnels.**

Tableau 12. Tableau récapitulatif des initiatives sélectionnées

| Chapitres | Initiatives | |
|-------------------|--------------------|--|
| 1-Habitat | 1 | Pavillons locatifs sociaux adaptés en centre bourg à Ploudaniel (Finistère) : un urbanisme pour vivre ensemble à tout âge |
| | 2 | Une action de formation de la CAPEB 35 pour sensibiliser les artisans du bâtiment aux spécificités du marché de l'accessibilité, de l'adaptation et de l'adaptabilité des logements aux personnes à mobilité réduite |
| | 3 | L'ergothérapie : une approche globale de la santé et de l'autonomie de la personne |
| | 4 | Pact Arim 22 : élaboration d'une programme local pour le maintien à domicile des personnes âgées sur le territoire de la Communauté de Communes de Callac-Argoat dans les Côtes d'Armor |
| | 5 | Pact Arim 35 : information sur l'adaptation et la prévention des risques de chute liés au vieillissement |
| | 6 | Pact Arim 29 : préparation du retour à domicile après hospitalisation et actions de sensibilisation à la qualité de la vie dans l'habitat |
| | 7 | Pact Arim 56 : Domiciles collectifs partagés pour personnes désorientées |
| | 8 | Projet de "Maison des Babayagas" à Brest – Association "Rien sans elles" |
| | 9 | RenneSolidaire – Logement intergénérationnel entre étudiants et retraités |
| | 10 | Mutuelles de Bretagne – Réalisation d'une résidence sociale intergénérationnelle à Morlaix |
| 2-Mobilité | 1 | Transport à la demande "Distribus" de Lamballe Communauté |
| | 2 | Convention entre Fougères Communauté et des entreprises de taxi pour la mise en place d'un transport à la demande en milieu rural |
| | 3 | Service d'Accompagnement Social à la Mobilité mis en place par la FEDE UNA 22 |
| | 4 | Les ateliers de la route mis en place par le CLARPA 56 |
| 3-Services | 1 | Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Pays de Ploërmel |
| | 2 | Expérimentation NTIC et maintien à domicile – France Télécom, CG22, CG 35, Custos, Présence verte |
| | 3 | Accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au "Village des services" de l'ADMR des Dolmens JRS à Janzé |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| 4-Santé | 1 | Service de prévention par les Activités Physiques Adaptées – Mutualité Française des Côtes d'Armor |
| | 2 | Prévention des chutes par le biais d'une pièce de théâtre "Juliette au pays des embûches" – Mutualité Française Bretagne |
| | 3 | Service de garde itinérante de nuit – Mutuelle de Bretagne |
| 5-Vivre ensemble | 1 | Le réseau "Voisin'âge" des quartiers de St Marc et de l'Europe à Brest |
| | 2 | Le "Club du grand large" de Quiberon |
| | 3 | Les rencontres culturelles et les voyages organisés par le "Collectif Retraités" de la Confédération Syndicale des Familles d'Ille et Vilaine |
| | 4 | Accueil de jour itinérant mis en place par l'ASSAD du Pays de Redon et Vilaine |
| | 5 | "Bistrot Mémoire" de Rennes : un groupe de parole au cœur de la cité pour les personnes âgées désorientées et leurs aidants – ASPANORD, Maison de retraite St Cyr de Rennes et autres partenaires |
| 6-Culture | 1 | "Quêteurs de mémoire" en Finistère – Conseil général du Finistère |
| | 2 | "L'outil en main" de Vitré ou la transmission intergénérationnelle de savoir-faire artisanaux liés aux métiers du patrimoine |
| | 3 | Bibliothèque sonore de Vitré – Association des "Donneurs de Voix" |
| | 4 | Cours d'initiation à l'informatique organisés par l'Université du Temps Libre de Loudéac |

Chapitre 1

Habitat

SECTION 1. Pour un habitat inclusif et évolutif tout au long de la vie

1. Un habitat inclusif : des lieux de vie qui favorisent l'inclusion territoriale, sociale et citoyenne des personnes âgées vieillissantes
2. Un habitat évolutif : penser l'habitat tout au long de la vie

SECTION 2. Exemples d'actions

1. Pavillons locatifs sociaux adaptés en centre bourg à Ploudanier (Finistère) : un urbanisme pour vivre ensemble à tout âge
2. Une action de formation de la CAPEB 35 pour sensibiliser les artisans du bâtiment aux spécificités du marché de l'accessibilité, de l'adaptation et de l'adaptabilité des logements aux personnes à mobilité réduite
3. L'ergothérapie : une approche globale de la santé et de l'autonomie de la personne
4. Pact Arim 22 : Élaboration d'un programme local pour le maintien à domicile des personnes âgées sur le territoire de la Communauté de Communes de Callac-Argoat dans les Côtes d'Armor
5. Pact Arim 35 : Information sur l'adaptation et la prévention des risques de chute liés au vieillissement
6. PAct Arim 29 : Préparation du retour à domicile après hospitalisation et actions de sensibilisation à la qualité de la vie dans l'habitat
7. Pact Arim 56 : Domiciles collectifs partagés pour personnes désorientées
8. Projet de « Maison des Babayagas » à Brest – Association « Rien sans elles »
9. RenneSolidaire – Logement intergénérationnel entre étudiants et retraités
10. Mutuelles de Bretagne – Réalisation d'une résidence sociale intergénérationnelle à Morlaix

SECTION 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées

1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne
2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional

Section 1.

Pour un habitat inclusif et évolutif tout
au long de la vie

Pour favoriser la qualité de la vie des personnes âgées vivant à domicile, l'habitat doit être à la fois inclusif (1) et évolutif (2).

1. Un habitat inclusif : des lieux de vie qui favorisent l'inclusion territoriale, sociale et citoyenne des personnes âgées vieillissantes

1.1. Préférer la notion d'habitat à celle de logement

La notion d'habitat, plus globale que celle de logement, favorise une approche transversale et systémique des lieux et conditions de vie des personnes âgées. En effet, si l'on s'intéresse à la qualité de la vie, le logement ne peut être considéré indépendamment de son environnement de proximité : accessibilité des lieux et des services à la population (ex : commerces du quotidien, services de santé...), intégration urbaine, économique, sociale, culturelle...

Appréhender globalement l'habitat des personnes vieillissantes, son intégration à la vie de la cité, c'est sortir des catégorisations techniciennes, des spécialisations stigmatisantes, des approches institutionnelles trop cloisonnées qui induisent des phénomènes de fragmentation de l'habitat, de ségrégation « socio-spatiale et générationnelle »³⁷.

Cette approche par l'habitat permet aussi de relativiser l'opposition usuelle entre le domicile et l'établissement en privilégiant la notion de « lieux de vie ». Elle favorise la prise en considération des « entre-deux résidentiels », la recherche d'un « continuum résidentiel », d'une certaine « fluidité de l'habitat » de nature à *sécuriser les trajectoires du vieillir*.

1.2. Qu'est-ce qu'un habitat « adapté » ou « adaptable » ?

A partir de la définition de l'habitat énoncée dans le point précédent, il est possible de préciser la notion d'« habitat adapté ». Un habitat peut-être dit « adapté » lorsque le logement, son accessibilité, son environnement dans toutes ses dimensions, -incluant notamment le cadre de vie, les transports, l'entourage et l'ensemble des services de proximité-, permettent de répondre, par des aménagements collectifs ou individuels, techniques et humains, aux besoins d'autonomie, de confort, et aux projets de vie particuliers de ses habitants. Cette définition est volontairement ouverte : il y a autant de possibilités « d'habitat adapté » que de situations personnelles des habitants, celles-ci étant, de surcroît, évolutives avec le temps et variables selon les territoires.

D'où l'importance de la notion d'*adaptabilité* de l'habitat, incluant le logement et son environnement : celui-ci doit, dès le départ, être conçu de manière globale et anticipatrice, *pour pouvoir être adapté*, à moindre coût, le plus rapidement possible,

³⁷ Jean Ollivro

sans ruptures traumatisantes, aux évolutions des besoins, attentes et degrés d'autonomie des habitants, tout au long de leur vie. Cette adaptabilité de l'habitat inclut la possibilité, pour les personnes, de changer de logement afin de sécuriser leurs trajectoires de vie, en particulier lorsque la perte d'autonomie ou d'autres événements de vie rendent cette mutation résidentielle préférable au maintien dans le logement antérieur.

Pour les acteurs des politiques locales de l'habitat, il faut donc s'interroger sur la question de savoir s'il vaut mieux, économiquement et socialement, privilégier l'adaptation des logements anciens ou plutôt la diversification de l'offre de logements par des constructions neuves, intégrées à leur environnement urbain, permettant de répondre aux itinéraires résidentiels évolutifs des habitants. Ces deux options peuvent d'ailleurs être complémentaires selon les situations locales.

Enfin, à l'heure du développement durable, il faut lier les travaux d'adaptation de l'habitat des personnes âgées à la question d'une meilleure maîtrise des charges de fonctionnement du logement. Les investissements dans "l'éco-construction" ou "l'éco-rénovation" (récupération des eaux pluviales, réduction de la consommation d'eau potable, amélioration de la performance énergétique par un renforcement de l'isolation thermique, l'utilisation d'énergies renouvelables, etc.) permettent en effet de sécuriser budgétairement les personnes âgées les plus fragiles économiquement, en particulier par une réduction et un meilleur contrôle de leurs dépenses énergétiques (fioul, gaz, électricité...). De nombreux bailleurs sociaux investissent déjà en ce sens aujourd'hui en Bretagne.

1.3. Les personnes âgées vivent très majoritairement à domicile

Alors que l'âge moyen d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France est de plus en plus tardif – autour de 85 ans –, il faut souligner, comme cela a déjà été fait dans la première partie du rapport, que les personnes âgées vivent très majoritairement à domicile. En 1999, tel était le cas de 90% des septuagénaires, 80% des octogénaires et 70% des nanogénaires. On comprend dès lors tout l'enjeu d'une offre de logements suffisante et adaptée ainsi que la prise en compte de la qualité de la vie à domicile.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, l'occupation des logements devient plus longue et, ipso facto, la rotation du parc immobilier, moindre. Le vieillissement de la population a des conséquences manifestes sur l'accroissement du nombre de ménages et la réduction de leur taille. En effet, selon l'INSEE³⁸, « les personnes seules sont le plus souvent des personnes âgées : plus de la moitié d'entre elles ont 60 ans ou plus, alors que 18% ont moins de 30 ans. La proportion de personnes seules d'une génération donnée passe de 18% pour les sexagénaires à 30% pour les septuagénaires, atteignant un maximum avec plus de 40% pour les octogénaires. » Or, on estime que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans vivant seules devrait augmenter de plus de 70% d'ici à 2030³⁹.

³⁸ INSEE Premières n° 788, juillet 2001, « 7.4 millions de personnes vivent seules en 1999 ».

³⁹ Francine Benguigui, Ministère de l'Équipement et des Transports.

Ces phénomènes sociodémographiques devraient donc avoir des conséquences majeures sur la situation du marché du logement en général : l'offre actuelle n'est en effet pas adaptée, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, aux besoins de la population future. Si des politiques publiques très volontaristes ne sont pas menées pour pallier cette insuffisance de l'offre, l'actuelle crise du logement, déjà patente, risque de s'aggraver sur un marché de plus en plus tendu économiquement et socialement.

1.4. Un risque élevé d'aggravation de la fracture générationnelle entre territoires

Si l'on considère à présent la dynamique de la répartition territoriale des personnes vieillissantes, la situation apparaît comme très contrastée à l'échelle de la Bretagne.

Comme le résume le géographe Jean Ollivro, « *en Bretagne, la géographie des vieux risque, en 2030, d'être une géographie urbaine et périurbaine. Elle serait aussi, à plus grande échelle, une géographie littorale*⁴⁰. »

Ce dernier précise cette tendance en soulignant qu'**il ne faut pas confondre « vieillissement » (croissance en valeur relative du poids des anciens par rapport aux jeunes) et « gérontocroissance » (augmentation en valeur absolue du nombre d'anciens) d'un territoire**. Ainsi, si l'on se projette à l'horizon 2030, il faut « *selon les scénarios prévisionnels, fortement différencier les zones vieillissantes de celles connaissant une forte gérontocroissance. Dans le premier cas, on risque de dénombrier 23% d'habitants ayant plus de 70 ans dans les pays ruraux éloignés des villes et dans les zones littorales peu urbaines. La proportion atteindrait 28,8% dans le Pays de Dinan et 25% dans le Pays de Saint-Malo (...). Au contraire, le Pays de Rennes ne compterait que 13.5% de personnes âgées de plus de 70 ans (...). Selon les prévisions, le profil démographique des différents Pays ne va cesser, en valeur relative, de se différencier, opposant schématiquement une poignée de ville jeunes (...) au reste du territoire breton. Toutefois et de façon inverse, ce seront précisément ces villes qui connaîtront une gérontocroissance accusée. Si l'on suit les prévisions, la moitié des personnes supplémentaires ayant plus de 70 ans en 2030 serait présente sur quatre Pays seulement : Rennes, Vannes, Brest et Quimper*⁴¹. »

Les enjeux liés à l'habitat des personnes vieillissantes seront donc à différencier selon les territoires de la Bretagne. Ils devront aussi prendre en compte, d'une part les phénomènes de mobilité résidentielle des retraités et personnes vieillissantes, d'autre part certaines tendances socioculturelles qui peuvent différer selon la dominante urbaine ou rurale des trajectoires résidentielles : approche du vivre ensemble, accès aux services du quotidien, recherche de sécurités matérielles, relationnelles, affectives, de solidarités de voisinage, situations d'isolement et sentiments de solitude, etc.

⁴⁰ Jean Ollivro, Intervention pour Côte d'Armor Développement- Rapport d'activités 2006 du CAD 22- Annexe 6, pp 60-67.

⁴¹ Jean Ollivro, Op.cit

Un aménagement des villes souvent inadapté selon le CLEIRPPA⁴²

« Pour une personne âgée, la diminution des capacités engendre un accroissement des difficultés à se maintenir dans un logement qui apparaît de plus en plus inadapté : éloignement des services, obstacles au déplacement, isolement physique ou psychologique.

Par ailleurs, l'aménagement des villes, particulièrement les projets de restructuration des centres, ne prend pas toujours en compte la partie âgée de la population. Les questions de déplacement, de stationnement sont envisagées essentiellement sous l'angle de la piétonisation ou de la réhabilitation sans prendre en compte l'accroissement des difficultés que cela engendre pour la population âgée. De ce fait, celle-ci peut être amenée à migrer vers des établissements ou vers d'autres quartiers périphériques où elle risque d'être confrontée à d'autres problèmes comme l'insécurité (...).

L'aménagement urbain peut ainsi faciliter la rencontre nécessaire entre générations et maintenir entre elles le lien social primordial pour la structuration de chacun : le parcours de vie que représentent les différents âges est une donnée essentielle à la fois pour la société et pour l'individu. Il importe que les programmes urbanistiques prennent en compte cette dimension. »

Ainsi, faute de politiques publiques très volontaristes, la fracture générationnelle pourrait s'aggraver non seulement entre les quartiers d'une même ville, mais encore, de manière plus aigue, entre les territoires de la Bretagne.

1.5. Les inégalités socioéconomiques entre personnes vieillissantes ont des conséquences sur les possibilités d'accès à un habitat adapté et sécurisé

Le processus du vieillissement prolonge et souvent accentue les inégalités socioéconomiques préexistantes éloignant de fait les possibilités d'un égal accès de tous à un habitat adapté, confortable et sécurisé.

Si les aides existent en ce sens, de nombreux observateurs soulignent la complexité des circuits financiers existants, source d'allongement des délais d'adaptation des logements. Il faut aussi mettre en exergue la disparité de ces aides qui varient fortement selon les régimes de protection sociale des intéressés.

Mais pour que l'habitat soit réellement inclusif pour les personnes vieillissantes, il faut des politiques publiques anticipatrices orientées à la fois par une approche globale et une vision prospective de l'évolution des trajectoires et des territoires de vie. Car, pour être réellement inclusif, l'habitat doit être pensé, toujours en amont, selon une perspective évolutive fondée sur la notion centrale d'*adaptabilité* de l'habitat.

⁴² Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Âgées (CLEIRPPA), www.cleirppa.asso.fr/SPIP-v1-8/arcg.php3?id_article=7, article consulté le 31 janvier 2007

Il faut également prendre en compte, dans les politiques publiques, la situation particulière des personnes âgées isolées, à faibles ressources, et qui ne disposent pas des moyens d'information sur les aides existantes, en particulier en milieu rural.

2. Un habitat évolutif : penser l'habitat tout au long de la vie

2.1. La nécessité d'une approche globale, dynamique et prospective de l'habitat

Comment sécuriser les trajectoires résidentielles des personnes vieillissantes ? Comment éviter ou limiter les traumatismes « bio-psycho-sociaux »⁴³ provoqués par des ruptures résidentielles trop brutales liées à des événements de vie douloureux : chute, hospitalisation, perte du conjoint, maladie, apparition de handicaps...?

Trop souvent, on observe un manque total d'anticipation de ces situations critiques, tant de la part des personnes concernées que de leur entourage ou de la collectivité. Cette difficulté à se projeter dans l'avenir, accentuée par une certaine « logique de conservation » tournée vers le passé à l'opposé d'une « logique de projet », à imaginer un habitat évolutif tout au long de la vie, ne fait qu'aggraver les situations de détresse des personnes qui ne peuvent plus, en l'état, vivre à domicile. Faute d'une anticipation suffisante, les adaptations de l'habitat sont alors fréquemment réalisées dans l'urgence, sous contrainte, en état de panique psychologique... et financière. C'est d'ailleurs ce que souligne Francine Benguigui, chargée de mission au Ministère de l'Équipement : « 9% des personnes âgées de 60 à 69 ans, 19% des 70-79 ans et 46% des octogénaires sont fragiles. La mobilité ou l'adaptation du logement sont loin de suivre l'évolution de la fragilité : 10% des octogénaires ont changé de logement et 13% l'ont adapté. Les travaux menés à partir de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) de l'INSEE montrent clairement que les comportements qui anticipent une perte d'autonomie ou l'apparition d'un handicap sont peu fréquents, les déménagements s'effectuant sous la contrainte lorsque le besoin s'en fait sentir⁴⁴ ».

Un récent sondage témoigne également de cette difficulté générale à anticiper les conséquences du vieillissement sur son habitat. Alors que près d'un français sur deux déclare avoir une mauvaise opinion des maisons de retraite, principalement en raison de leur coût élevé (1500 €/mois en moyenne), ils sont seulement 6% à redouter de devoir, un jour, quitter leur maison⁴⁵. A partir de cette ambivalence générale, on peut mesurer le chemin qu'il reste à parcourir pour que l'adaptabilité et l'accessibilité de l'habitat deviennent, enfin, un impératif pour tous, des locataires aux propriétaires, des concepteurs de l'espace urbain aux maîtres d'ouvrage, des maîtres d'œuvre aux autres professionnels du bâtiment, etc. Pour l'ensemble des acteurs concernés par l'habitat, il est un urgent besoin de sensibilisation et de formation en ce domaine.

⁴³ Définition de la santé selon l'OMS

⁴⁴ Francine Benguigui, Intervention pour le CAD 22 – Rapport d'activités 2006 du CAD 22 – Annexe 7- pp68-71

⁴⁵ Sondage TNS SOFRES « Les Français et le grand âge », avril 2007

Cette « politique de l'autruche », qui semble avoir prévalu pendant de nombreuses années, présage d'un coût très élevé des aménagements et adaptations futurs tant dans l'habitat collectif que dans l'habitat individuel, mais aussi pour les déplacements de proximité, l'accès aux commerces, aux services de santé, aux services publics, aux lieux publics et privés en général...

2.2. Innover dans l'habitat transitionnel pour sécuriser les parcours résidentiels

Lorsque la perte d'autonomie devient trop importante, le coût « bio-psycho-social » et financier d'une entrée en établissement, se révèle souvent très élevé pour la personne âgée qui doit, souvent sans espoir de retour possible, quitter son domicile. C'est alors que la vieillesse peut devenir synonyme de naufrage personnel et social.

Pourtant, depuis quelques années, de nombreuses solutions innovantes voient le jour en Bretagne comme ailleurs, pour aménager, le plus humainement possible, les « entre-deux » résidentiels : logements intermédiaires, temporaires, petites unités de vie, accueils de jour, séjours en famille d'accueil...

Ces « habitats transitionnels » sont de nature à sécuriser les trajectoires de vie des personnes vieillissantes, à limiter les conséquences traumatisantes d'une rupture trop brutale ou irréversible avec la vie à domicile.

2.3. L'adaptation de l'habitat aux conséquences du vieillissement : un enjeu de développement économique pour la Bretagne

Penser le caractère évolutif de l'habitat peut représenter une chance pour le développement économique de la Bretagne, tant dans le secteur des services à la personne que dans les activités du bâtiment et des travaux publics.

Qu'il s'agisse de l'habitat individuel ou collectif, les marchés de l'aménagement urbain, commercial, de l'adaptation des logements, etc., représentent un potentiel énorme en termes d'activité économique. D'où l'intérêt, pour les entreprises implantées en Bretagne d'investir massivement dans ces secteurs porteurs et d'accentuer leur effort de R&D pour imaginer les innovations et les solutions d'avenir qui permettront aux personnes qui le souhaitent de bien vieillir et bien vivre à leur domicile, le plus longtemps possible.

A côté des activités du BTP, celles liées par exemple au Pôle de compétitivité « Images et réseaux » sont concernées. La « gérontocroissance », loin de n'être qu'un phénomène démographique ou une charge pour la collectivité, peut donc aussi, par certains aspects, être considérée, sous l'angle économique, comme une formidable opportunité.

Ainsi, il apparaît souhaitable que l'Agence Economique de Bretagne, comme le Conseil régional, soutiennent fortement les innovations de la filière gérontologique, notamment les « gérontechnologies » : technologies de l'information et de la communication, domotique...

2.4. La qualité de vie dans l'habitat passe aussi par l'adaptation des personnes vieillissantes elles-mêmes

Pour pouvoir demeurer à leur domicile le plus longtemps et dans les meilleures conditions possibles, les personnes âgées, leur entourage, les collectivités publiques, les organismes de protections sociale, les associations, etc., ne peuvent compter exclusivement sur l'adaptation de l'environnement des personnes ou sur une offre de services extérieurs : l'adaptation de l'habitat passe aussi par la stimulation des capacités de chacun, à faire face, à prévenir et à compenser ses pertes d'autonomie par diverses stratégies, y compris d'autoévaluation, aides techniques ou humaines.

Cette mobilisation des ressources des personnes elles-mêmes peut emprunter différentes voies : responsabilisation en matière de prévention santé, anticipation des besoins futurs d'adaptation de l'habitat, y compris sur les plans patrimonial et financier, effort d'apprentissage de l'usage de nouvelles technologies permettant de conserver son autonomie, développement du "capital social" personnel (entretien d'un réseau social de proximité...), "autostimulation" de ses capacités cognitives, gestion personnelle du stress, pratique d'activités physiques adaptées, maintien d'une vie culturelle, de la curiosité et de l'ouverture au monde et aux autres, etc. L'enjeu est ici de valoriser *le développement personnel tout au long de la vie* et d'inciter les individus à puiser, *en eux*, dans la mesure du possible, les ressources de leur énergie vitale.

Dans cette optique, il paraît souhaitable de rechercher des synergies entre d'une part la responsabilité de la collectivité et d'autre part la responsabilité individuelle. Il en va aussi de la reconnaissance et de la dignité des personnes vieillissantes en leur qualité de sujet.

2.5. L'adaptation de l'habitat est une problématique commune à l'ensemble des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap, âgées ou non

Même s'il faut refuser toute assimilation simplificatrice entre personnes âgées et personnes en situation de handicap, l'âge n'étant pas en soi un handicap, force est de reconnaître que de nombreuses passerelles existent entre certaines situations des personnes âgées usuellement qualifiées de « dépendantes » et les personnes en situation de handicap. Ces liens qui se vérifient dans de nombreux domaines de la vie, en particulier dans celui de l'habitat, doivent être davantage mis en lumière afin de créer des synergies au bénéfice de tous.

En effet, comme l'ont souligné plusieurs personnes auditionnées par le CESR, le problème n'est pas tant celui de l'adaptation de l'habitat aux personnes vieillissantes que celui, plus général, de l'adaptation de l'habitat aux personnes en situation de manque d'autonomie. Par exemple, une prise de courant rehaussée est aussi utile pour prévenir la chute d'une personne âgée que pour être accessible à une personne paraplégique ou même prévenir les risques d'électrocution des jeunes enfants. On pourrait multiplier les exemples illustrant ce bénéfice mutuel d'un habitat adaptable, adapté et accessible : remplacement d'un palier par un plan incliné, pose de rampes

d'escaliers, aménagement de salles de bains, de cuisines, élargissement des portes et espaces circulants...

En ce sens, la segmentation de certaines politiques publiques entre d'un côté le secteur du handicap et, de l'autre, celui des personnes âgées dépendantes interroge fortement. A côté des « Maisons Départementales des Personnes Handicapées », verra-t-on prochainement, en plus des Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (CLIC), des « Maisons des personnes âgées dépendantes » ? Pourquoi ne pas créer plutôt, en remettant en cause le critère d'âge, des « Maisons de l'autonomie⁴⁶ » ou les services et personnels seraient mutualisés au bénéfice du plus grand nombre, limitant de fait l'effet stigmatisant d'un excès de spécialisation sur des publics cibles tout en optimisant l'usage des fonds publics et sociaux ?

Pour favoriser l'émergence d' « une société pour tous les âges », il paraît urgent d'engager ou de poursuivre une réflexion dans chaque département sur le décloisonnement institutionnel et psychologique des secteurs du handicap et celui de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il se trouve, c'est une chance, que les Conseils généraux sont les chefs de file dans ces deux domaines...

Ces enjeux concernent également les acteurs de l'économie sociale qui, à côté des pouvoirs publics ou avec eux, contribuent à de nombreuses actions de solidarité envers les publics fragilisés.

Conclusion

Lorsqu'on évoque la qualité de vie des personnes vieillissantes et leur maintien à domicile, la première question qui se pose est celle de l'habitat. Que l'on demeure en ville ou en milieu rural, il est nécessaire d'analyser si le logement est adapté, accessible, sécurisé et permet aux personnes âgées de maintenir un réseau de relations garant de leur qualité de vie.

Des études et des actions sont à promouvoir pour généraliser, dans les territoires de la Bretagne, ces politiques et les mettre en œuvre afin d'anticiper les évolutions et de faciliter les projets et aménagements. Il faudra, de plus, veiller aux moyens mobilisables. Les collectivités bretonnes sensibilisées au bien vieillir qui souhaiteraient développer et mener des politiques publiques ont en majorité des *moyens financiers et d'ingénierie limités*.

⁴⁶ Le Département du Morbihan va déjà en ce sens et, à terme, les MDPH ont sans doute vocation à devenir des « Maisons de l'autonomie » intégrant la dimension « personnes âgées dépendantes ». Les MDPH peuvent d'ailleurs déjà conclure des partenariats avec les CLIC (article L146-6 du Code du travail et de l'action sociale issu de la LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées).

À travers les exemples et les initiatives que nous avons rassemblés ci-après, le Conseil économique et social a souhaité mettre en évidence le rôle des collectivités locales, des professionnels du logement, des acteurs du secteur paramédical, des acteurs de l'économie sociale, voire des personnes âgées elles-mêmes pour aborder ce premier sujet : l'habitat.

Les quelques actions présentées ci-après témoignent, de manière non exhaustive, de l'existence en Bretagne de nombreuses initiatives locales cherchant à créer, par une approche globale et anticipatrice, les conditions d'un habitat à la fois inclusif et évolutif, permettant de sécuriser tant les trajectoires de vie que les parcours résidentiels des habitants, contribuant ainsi à leur qualité de vie.

Section 2.

Exemples d'actions

1. Pavillons locatifs sociaux adaptés en centre bourg à Ploudaniel (Finistère) : un urbanisme pour vivre ensemble à tout âge

1.1. Description synthétique

Ploudaniel est une commune à dominante rurale d'environ 4000 habitants située à proximité de Landerneau dans le Nord-Finistère. Connaissant une croissance démographique mesurée mais régulière depuis le milieu des années 1970, du fait notamment de l'arrivée de jeunes ménages, elle est d'emblée confrontée à la problématique de la mixité des âges. Les habitants les plus âgés, souvent d'anciens agriculteurs, aspirent aux commodités et à la sécurité d'une vie en centre bourg.

C'est dans ce contexte qu'est apparu le besoin de créer, au cœur de la cité, des logements intermédiaires facilitant les transitions douces entre l'ancien domicile, devenu inadapté, et des structures d'hébergement collectif de type MARPA ou hôpital local. En partenariat avec la société HLM « Armorique Habitat », le Conseil général du Finistère, l'Hôpital local de Lesneven, la Chambre de Commerce et d'Industrie de Brest, la Caisse des Dépôts et Consignations et EDF, la Commune de Ploudaniel a donc décidé la réalisation, rue du 1^{er} Maître J. Ségalen, de 10 pavillons locatifs sociaux. Livrés en 2003, ces agréables maisons T3, dotées de garages et de petits jardins privatifs, jouxtent la MARPA. Accessibles et adaptées au degré d'autonomie de leurs habitants (espaces de circulation, prises de courant...) retardant de fait une éventuelle entrée en établissement, les logements sont de taille suffisante pour offrir un certain confort de vie et y accueillir, occasionnellement, des descendants ou amis de passage.

Les résidents dont l'âge varie actuellement de 69 à 89 ans peuvent, s'ils le désirent, bénéficier de certains services collectifs offerts par la MARPA à laquelle ils ont accès très facilement en empruntant des chemins piétonniers adaptés : repas du midi, animations... Cette proximité renforce leur sentiment de sécurité, autant que les relations et solidarités de voisinage existantes.

Cette volonté de créer un climat de convivialité entre les résidents se matérialise également par la disposition des maisons autour d'une place commune favorisant les rencontres entre voisins dans un esprit « village ».

1.2. Quelques enseignements et réflexions

Outre un cadre de vie agréable et sécurisant, la situation centrale des pavillons participe de l'inclusion urbaine, sociale et citoyenne de leurs habitants – à l'opposé de toute logique de ségrégation spatiale générationnelle. L'organisation de l'espace aux abords des maisons favorise les liens de solidarité entre voisins et crée un climat de convivialité urbaine en centre bourg.

A Ploudaniel, l'habitat des personnes âgées est pensé à partir d'une approche globale, volontariste, anticipatrice des besoins des personnes en lien avec leur environnement.

Cette volonté affirmée d'une sécurisation des parcours résidentiels des personnes âgées est indissociable d'une stratégie foncière à long terme de la collectivité : sans terrain, la mixité générationnelle dans l'habitat est condamnée à demeurer un vœu pieux.

La maîtrise du foncier étant donc un élément clef d'une politique d'habitat intergénérationnel, cette politique inclusive est sans doute plus complexe à mener dans les territoires à forte densité urbaine, d'où l'intérêt d'une intervention de l'EPFR.

2. Une action de formation de la CAPEB 35 pour sensibiliser les artisans du bâtiment aux spécificités du marché de l'accessibilité, de l'adaptation et de l'adaptabilité des logements aux personnes à mobilité réduite

2.1. Description synthétique

Le marché de l'adaptation, de l'adaptabilité et de l'accessibilité des logements aux personnes à mobilité réduite (personnes âgées ou personnes en situation de handicap) est un marché à fort potentiel de développement dans les années à venir compte tenu du vieillissement général de la population.

Les artisans et professionnels du bâtiment vont se retrouver en première ligne pour la réalisation de ces travaux d'adaptation. Or, ces derniers semblent, dans l'ensemble, peu préparés à relever ce défi majeur, faute sans doute d'une formation spécifique tant sur l'aspect technique que sur la dimension relationnelle et psychologique avec les personnes âgées et leur entourage, ce dernier point se révélant particulièrement délicat pour le positionnement de l'artisan.

La CAPEB mène plusieurs actions pour sensibiliser les artisans aux spécificités de ce marché : « *Guide pratique du logement adaptable* », plaquette d'information « *Anticiper l'adaptation du logement* », réalisation d'espaces pilotes d'aménagement de logement (CAPEB56), actions diverses de sensibilisation et d'information des acteurs concernés...C'est dans ce dernier domaine notamment que la CAPEB 35 a mis en place une formation de deux jours ouverte aux artisans du bâtiment intitulée « *Adapter le logement des personnes vieillissantes, à mobilité réduite ou handicapées* ». L'objectif de cette action est de « *développer les connaissances et savoir-faire permettant à l'entreprise de produire des prestations de qualité facilitant le maintien au domicile* ». Elle aborde tant les aspects techniques, réglementaires, financiers que psychologiques de l'adaptation de l'habitat aux capacités des personnes et de leur entourage.

2.2. Quelques enseignements et réflexions

Les besoins de sensibilisation, d'information et de formation dans le domaine de l'adaptation, de l'adaptabilité et de l'accessibilité des logements des personnes en situation de perte d'autonomie sont des axes importants d'une politique de prévention.

Les défis de l'adaptation de l'habitat aux conséquences du vieillissement de la population sont immenses et souffrent d'un manque quasi général d'anticipation autant que d'expertise, y compris dans les constructions neuves en cours. Cette

situation pourrait changer avec l'évolution des contraintes réglementaires liées à l'habitat.

Du fait d'un défaut d'anticipation généralisé, les adaptations individuelles des logements sont souvent réalisées dans l'urgence, suite à l'apparition d'un handicap. Or, tant le manque de main d'œuvre dans les métiers du bâtiment que la complexité des circuits d'aide financière (multiplicité et spécificités des financements des caisses de retraites notamment) ou la sensibilité du sujet auprès des personnes et de leur entourage, ne favorisent pas le développement serein de ce marché. Ainsi, la réalisation de travaux peut comporter un risque important pour la trésorerie de l'entreprise, faute de relais financiers permettant de pallier le versement souvent tardif des aides.

Dans un contexte très favorable à l'activité générale du bâtiment, ce marché de l'adaptation et de l'accessibilité apparaît aujourd'hui comme peu attractif pour de nombreux artisans qui préfèrent s'investir sur des marchés moins contraignants, tant sur les plans techniques, réglementaires, financiers que psychologiques.

L'anticipation du handicap, l'accessibilité et l'adaptabilité du logement sont des idées neuves en France, tant chez les maîtres d'ouvrage, que chez les maîtres d'œuvre ou les autres professionnels du bâtiment. Ces dimensions ont trop longtemps été ignorées ou négligées par l'ensemble des parties prenantes concernées.

3. L'ergothérapie : Une approche globale de la santé et de l'autonomie de la personne

3.1. Description synthétique

L'ergothérapeute est un professionnel de santé du champ paramédical intervenant sur les situations de handicap ou de perte d'autonomie à partir d'une approche globale et systémique de la personne et de son environnement dans le but de maintenir et développer son autonomie au quotidien. Auprès des personnes âgées, ses principaux domaines d'action sont la prévention, l'évaluation, la rééducation, la réadaptation physiques, psychiques, cognitives et sociales, l'adaptation et la mise en accessibilité de l'habitat ainsi que le soutien aux aidants.

A partir d'une évaluation spécifique de la situation, y compris dans le cadre de la prévention, et d'un diagnostic des difficultés, il propose un plan d'aide personnalisé fondé d'une part sur des *moyens d'apprentissage* visant la diminution des incapacités, la modification de la réalisation de l'activité et l'aménagement de l'environnement et, d'autre part, des *moyens de compensation* tels que aides techniques, aides humaines ou services.

Cette approche transversale des besoins de la personne l'amène à intervenir dans le champ de l'adaptation du domicile. C'est dans cette perspective, que Caroline Giraux, ergothérapeute libérale à Rennes, a mis en place, pour la société HLM Aiguillon Construction, une action innovante soutenue par la Fondation de France. Confrontée à un vieillissement croissant de ses locataires, Aiguillon Construction doit en effet relever le défi de l'adaptation et de l'accessibilité de ses logements. L'ergothérapeute a donc été sollicitée pour mettre en place une procédure interne d'approche globale des besoins des personnes âgées au moyen d'un formulaire « d'évaluation-diagnostic pour le maintien à domicile ». Cet outil innovant aborde les domaines suivants : adaptation et accessibilité du logement, santé, actes de la vie quotidienne nécessitant une aide à la personne, vie sociale... Parallèlement à ce repérage fondé sur un important travail d'équipe, l'ergothérapeute développe aussi des actions de formation du personnel et accompagne les gérants jusqu'au suivi des travaux.

3.2. Quelques enseignements et réflexions

- L'exemple de l'action innovante menée par Aiguillon Construction, un des rares bailleurs sociaux en Bretagne à se préoccuper ainsi de l'adaptation de l'habitat aux pertes d'autonomie des habitants, sous l'impulsion de l'ergothérapeute, illustre tout l'intérêt du développement d'une profession encore peu connue et développée en France. Son approche globale des situations de perte d'autonomie, des besoins individuels des personnes la place clairement au cœur de la problématique « qualité de la vie » qui ne peut être réduite à celle du « maintien à domicile » : il n'est pas de qualité de vie possible sans une prise en compte de la dynamique des interactions entre les facteurs personnels et environnementaux.

L'ergothérapie est également innovante en France en ce qu'elle mise avant tout sur la mobilisation des ressources des personnes elles-mêmes pour maintenir ou développer leur autonomie au quotidien. La qualité de vie, ce ne sont pas seulement des services ou des aides à domicile, c'est aussi et d'abord la mobilisation d'une faculté d'autoévaluation et d'une capacité d'apprentissage de la personne lui permettant de définir et construire, en autonomie, avec ses ressources, sa qualité de vie. Cette dynamique peut également, par certains aspects se révéler avantageuse pour la collectivité, tant du point de vue des finances sociales que publiques.

La notion de "dépendance" liée à l'âge, si courante aujourd'hui, doit être sérieusement questionnée. En effet, la diversité du champ d'intervention de l'ergothérapeute montre qu'il n'existe pas de lien direct entre l'avancée en âge et la dépendance. Le véritable enjeu est *la situation de perte d'autonomie* de la personne -quel que soit son âge- et non une stigmatisation permanente de cette dernière à travers la notion réductrice de « dépendance ». Qui peut prétendre d'ailleurs être réellement « indépendant » dans une société humaine dont les membres sont, par définition, interdépendants ?

Pour relever le défi de l'adaptation et de l'accessibilité de l'habitat aux situations de handicap rencontrées par les personnes, âgées ou non, il devient urgent de sensibiliser, d'informer et de former les professionnels concernés : professionnels du bâtiment et de l'immobilier...

L'évaluation de la qualité du service rendu et de la satisfaction des personnes concernées paraît insuffisamment développée en France. Il semble également important que l'évolution de la situation personnelle et environnementale de la personne âgée soit régulièrement évaluée, par des professionnels formés à cet effet, ce afin de pouvoir répondre au mieux à ses besoins en termes de qualité de vie. Le coût de ces évaluations régulières doit aussi être compatible avec les moyens financiers du système de protection sociale.

Si la qualité de la vie des personnes âgées est liée à une approche globale de leurs besoins, il est dès lors fondamental de développer la coordination des intervenants, professionnels ou non, auprès de celles-ci, tout en définissant clairement le rôle et les attributions de chacun d'entre eux et en plaçant l'écoute et le bien-être de la personne au centre de toutes les préoccupations.

4. Pact Arim 22 : Elaboration d'un programme local pour le maintien à domicile des personnes âgées sur le territoire de la Communauté de Communes de Callac-Argoat dans les Côtes d'Armor

4.1. Description synthétique

Le territoire de la Communauté de Communes de Callac-Argoat, situé en Pays du Centre Ouest Bretagne, regroupe 11 communes pour une population totale d'environ 6 400 habitants caractérisée par un important vieillissement, 42 % des habitants ayant plus de 60 ans. Dans un tel contexte, l'enjeu du maintien et de la qualité de vie à domicile des personnes vieillissantes devient central.

Face à ce défi, la Communauté de Communes de Callac-Argoat, en partenariat avec le Pact-Arim des Côtes d'Armor, a élaboré un ambitieux « programme local pour le maintien à domicile des personnes âgées » fondé sur une approche globale des conditions de vie de ces dernières. Parmi les nombreux objectifs poursuivis on peut mentionner celui qui traduit l'esprit général de cette démarche systémique : *«apporter des réponses concrètes aux besoins et attentes des personnes âgées privilégiant leur autonomie et leur insertion dans l'environnement social et culturel »*. Sont ainsi abordés des champs aussi divers que la culture, les relations et solidarités de voisinage, l'habitat, l'accessibilité aux lieux publics, la formation, l'activité, les transports...

Une première phase (2003-2004) a consisté à élaborer un diagnostic approfondi des situations des personnes âgées. Ce dernier a permis de mettre en évidence 5 besoins principaux exprimés par ces dernières :

- Améliorer et adapter le logement pour favoriser le maintien à domicile ;
- Proposer des solutions d'hébergement alternatives entre logement actuel inadapté et entrée en structure collective ;
- Consolider le dispositif de services de maintien à domicile ;
- Mettre en place un service de transport à la demande ;
- Encourager la participation des personnes âgées à la vie de la commune.

Cette approche transversale a également rendu possible l'identification des différents acteurs concernés par ce programme de maintien à domicile dont le champ dépasse, de très loin, celui des seules personnes âgées : autres personnes confrontées à des problèmes de transport (jeunes, familles en difficulté...), familles aidantes, utilisateurs des commerces de proximité, propriétaires de logements locatifs accessibles et adaptés aux personnes en situation de handicap –âgées ou non – propriétaires d'hébergements touristiques souhaitant développer leur clientèle à mobilité réduite, entreprises artisanales et commerciales...

Une deuxième phase couvrant la période 2004-2008 est consacrée à la mise en œuvre du plan d'action. Par exemple, sur le volet habitat, les actions suivantes sont programmées :

- engagement d'une Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat (OPAH) intégrant un volet « Adaptation du logement » ;
- création d'un prêt à taux réduit bonifié par la Communauté de communes destiné à faciliter le financement des travaux ;
- réalisation d'études de faisabilité pour la création de petites unités de vie pour personnes âgées ;
- promotion du label « tourisme et handicap » ;
- mise en place d'une communication et d'une information spécifique en faveur de l'adaptation du logement...

Autre exemple, sur le volet « déplacements » sont prévues :

- la mise en place d'un service de transport de proximité en relation avec les taxis locaux (système de transport à la demande) ;
- l'adaptation et l'accessibilité des espaces publics aux personnes à mobilité réduite grâce à des aménagements urbains adéquats.

Enfin, il faut souligner un atout important du programme : son partenariat qui va bien au-delà des seuls Communauté de communes et du Pact Arim 22. En effet, en plus des habitants eux-mêmes, ont notamment été impliqués : le Comité cantonal d'entraide, le Foyer-logement de Callac, le CLIC de Guingamp, les caisses de retraites (CRAM, MSA...)...

Ce partenariat étoffé s'est aussi traduit par un soutien financier important de la part du Conseil régional de Bretagne (ancien dispositif FAUR), du Pays Centre Ouest Bretagne et des Fonds européens dans le cadre du Contrat de Pays, de la Fondation de France (appel à projet « Vieillir dans son quartier, dans son village »)...

4.2. Quelques enseignements et réflexions

Le plan d'action élaboré et actuellement mis en œuvre par le Pact-Arim 22, la Communauté de Communes de Callac-Argoat et leurs partenaires est particulièrement exemplaire, en particulier sur le plan méthodologique (comme le sont d'ailleurs aussi l'ensemble des actions des Pact Arim présentées ci-après) :

En associant très en amont, par une démarche participative de proximité, les personnes âgées en tant qu'actrices de la définition de leurs besoins, il constitue en soi une reconnaissance de leur citoyenneté.

Conçu à partir d'une approche globale des conditions de vie des personnes âgées, des liens avec leur entourage et leur environnement local, il vise d'emblée non seulement le maintien à domicile mais, d'une manière plus ambitieuse, la qualité de la vie des personnes vivant à domicile par leur inclusion sociale, rejoignant en cela parfaitement la problématique de l'étude du CESR.

Le temps laissé pour la phase d'étude et de proposition (fin 2003 à mi-2004) a permis l'émergence d'un projet partagé, non seulement avec les personnes âgées mais aussi avec de très nombreux acteurs et partenaires locaux. Ce faisant, ce plan a été fondé sur des bases et un consensus solide, gage de cohérence et de meilleures chances de réussite dans la seconde phase du plan, celle de sa mise en œuvre.

La Région Bretagne est partie prenante de ce plan, l'ancien dispositif FAUR ayant été mobilisé pour son financement.

Egalement financé par le biais du Contrat de Pays (Centre-Ouest Bretagne / Fonds européens), il s'inscrit dans une cohérence territoriale d'ensemble, dimension qui est susceptible d'intéresser directement la Région Bretagne au titre de sa politique territoriale, en particulier de sa contractualisation avec les Pays.

Reconnu comme innovant par la Fondation de France, un tel plan local montre qu'il peut être le fer de lance de nombreuses actions innovantes de proximité : habitat, transports, aménagement urbain, vie sociale...

La Région et l'Agence Economique de Bretagne sont également concernées au titre du développement économique. En effet, un tel plan local, de par son approche économique et sociale systémique, crée de l'activité et de l'emploi et favorise le développement d'une véritable filière régionale « d'économie du troisième âge » (ex : label « Tourisme et handicap »).

À travers cette action de programme local pour le maintien à domicile des personnes âgées, on découvre qu'une transversalité et une complémentarité des réponses apparaissent comme indispensables pour mener à bien ce type d'opération : le volet « habitat » peut et gagne à être complété par des actions culturelles, relationnelles et sociales ainsi que par l'amélioration de l'accessibilité aux lieux publics, aux transports, aux services administratifs, etc.

5. Pact Arim 35 : Information sur l'adaptation et la prévention des risques de chute liés au vieillissement

5.1. Description synthétique

Les trois objectifs de cette action sont de prévenir la dépendance des personnes âgées, de sensibiliser à la préservation de l'autonomie dans le logement et d'anticiper les aménagements nécessaires au maintien à domicile.

Pour leur réalisation, le Pact Arim 35 a tout d'abord tissé un partenariat avec la CRAM, le Régime Social des Indépendants (RSI), des Caisses de retraite complémentaires et des CLIC. Des actions territoriales de proximité ont alors été menées dans deux directions :

- l'organisation de réunions d'information et de sensibilisation sur les situations à risque dans le logement et sur les moyens de les réduire : aménagements divers, aides financières mobilisables...

- la possibilité de bénéficier de visites conseil préventives à domicile pour l'aide au repérage des dangers particuliers à chaque logement, notamment les risques de chute. Ces visites sont aussi l'occasion d'inciter les occupants des logements à se projeter dans l'avenir pour anticiper les adaptations nécessaires et de les informer sur les aides techniques et financières existantes (ANAH, CG, CRAM, Caisses de retraites...) à partir d'une évaluation de leurs ressources.

Le bilan de l'opération sur la période 2004-2006 est le suivant : 6 réunions organisées sur 6 territoires d'Ille et Vilaine, 960 personnes sensibilisées, 132 visites conseil préventives réalisées à la demande des personnes âgées dont 40 % envisageaient, à l'issue de celles-ci, d'engager des travaux d'adaptation.

Malgré des résultats prometteurs, ce dispositif est aujourd'hui mis en veille faute de moyens financiers suffisants pour sa pérennisation.

5.2. Quelques enseignements et réflexions

Cette expérimentation départementale montre que la demande d'information et de sensibilisation des personnes âgées sur les risques domestiques et l'adaptation de leur habitat est très forte.

L'organisation en deux temps –réunion collective de sensibilisation suivie d'une éventuelle visite conseil sur demande– paraît bien adaptée.

Les personnes âgées sont souvent plus réceptives au discours de prévention émanant d'un intervenant extérieur qu'à celui provenant de leur entourage familial, d'où l'intérêt des visites conseils à domicile réalisées par des professionnels.

La synergie partenariale mise en place pour mener à bien cette action paraît exemplaire.

6. Pact Arim 29 : Préparation du retour à domicile après hospitalisation et actions de sensibilisation à la qualité de la vie dans l'habitat

6.1. Description synthétique

En partenariat avec le CHU de Brest, le Pact Arim du Finistère a mis en place une action dont les deux principaux objectifs sont les suivants : préparer le retour à domicile dans de bonnes conditions après hospitalisation et limiter les hospitalisations dues aux accidents dans le logement et à l'inadaptation du fait des handicaps.

En pratique, la population âgée passant par l'hôpital se voit proposer un diagnostic gratuit de prévention-domicile dont le financement est assuré par Brest Métropole Océane et le Conseil général du Finistère. Afin d'informer les personnes intéressées, une plaquette « diagnostic prévention logement » a été tirée à 10 000 exemplaires. Parallèlement, une action est menée en direction des artisans et entreprises du bâtiment afin d'accélérer la réalisation des travaux d'adaptation rendus nécessaires et, dès lors, de réduire les durées d'hospitalisation. C'est ainsi qu'une convention a été signée entre le Pact Arim 29, la CAPEB et la FFB en février 2007. Ce partenariat doit se poursuivre par la mise en place de formations adaptées en direction des professionnels du bâtiment, l'élaboration d'une charte de qualité, l'établissement d'une liste d'entreprises et d'artisans signataires.

Enfin, avec le soutien du CG 29, de la CRAM, de la Fondation Nationale de Gérontologie et la Fondation de France, a été réalisé un DVD « Vieillir dans son quartier - Le logement : un lieu de vie adaptable » afin de sensibiliser le public des retraités à la problématique de l'adaptation du logement aux effets du vieillissement.

6.2. Quelques enseignements et réflexions

Le logement est à considérer comme un lieu de vie adaptable en lien avec son environnement. Ainsi, cette action montre combien il est important de faire travailler ensemble les acteurs de l'habitat des personnes âgées afin de sécuriser leurs trajectoires résidentielles pour prévenir les ruptures trop brutales survenant à l'occasion du retour à domicile après hospitalisation. Pour que le logement soit un « lieu de vie adaptable », il paraît donc tout aussi important d'aménager le domicile que de bâtir des passerelles entre ce dernier et l'hôpital.

Le partenariat mis en place montre aussi que sans la sensibilisation, la formation et la réactivité des artisans et entreprises du bâtiment face aux nécessaires travaux d'adaptation, le retour au domicile après hospitalisation peut être retardé, ce retard pouvant lui-même être accentué par le délai d'obtention des aides financières préalables auprès des financeurs potentiels (caisses de retraites...). La mise en place

de procédures conventionnelles de coordination inter-acteurs apparaît, ici comme ailleurs, comme une impérieuse nécessité, porteuse en soi d'innovations majeures au bénéfice de la qualité de la vie des personnes âgées en situation de rupture résidentielle.

7. Pact Arim 56 : Domiciles collectifs partagés pour personnes désorientées

7.1. Description synthétique

C'est à l'initiative du Conseil général du Morbihan qu'une vingtaine de «domiciles partagés» a vu le jour dans le département, en partenariat avec les collectivités locales concernées, Bretagne Sud Habitat, l'UES Menhir, le CLARPA 56 et le CHD Pact Arim du Morbihan.

En pratique, chaque « domicile partagé » peut héberger 8 résidents âgés en situation de perte d'autonomie, désorientés, mais ne nécessitant pas une prise en charge médicale en établissement. Logés en chambres individuelles indépendantes, ces derniers se retrouvent régulièrement dans un espace de vie collectif pour prendre leurs repas. Développés pour l'instant en milieu rural, ces logements innovants ont pour objectif de proposer un lieu de vie sécurisant à proximité du domicile familial, afin d'éviter le plus possible le sentiment de déracinement souvent associé à l'entrée dans un établissement type maison de retraite. Sans être médicalisé, la situation du « domicile partagé », à proximité du centre bourg, permet de rompre l'isolement des personnes âgées et de leur faire bénéficier de services d'aide à la personne 24h/24 sous la formule de type « mandataire ».

Tous les logements sont actuellement occupés et les listes d'attentes fréquentes, ce qui témoigne du succès de cette formule.

A noter enfin que ces logements sont conçus pour pouvoir être réversibles. Ils peuvent ainsi, à moindre coût, être réaffectés par les bailleurs à d'autres types d'hébergements plus ordinaires en cas d'occupation insuffisante.

7.2. Quelques enseignements et réflexions

Entre le domicile et l'établissement, de nombreux « entre-deux » restent à inventer pour sécuriser et tranquilliser les parcours résidentiels des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. La réussite de ces « domiciles partagés » témoigne de la nécessité de développer une gamme diversifiée de « logements transitionnels », alternative à l'entrée en établissement, évitant un déracinement géographique traumatisant et une rupture brutale avec leurs conditions de vie antérieures. Il s'agit d'imaginer, pour l'avenir, de nouvelles formes d'habitat assurant un véritable *continuum résidentiel* s'inscrivant autant que possible dans le projet de vie des personnes âgées, quelles que soient leurs ressources financières ou patrimoniales.

On peut s'interroger sur le fait de privilégier un système « mandataire » qui, s'il a l'avantage de réduire les coûts des services, d'une part n'est peut-être pas le plus adapté aux capacités diminuées de leurs employeurs, d'autre part est susceptible, dans certains cas, de rendre plus difficile la formation et la professionnalisation des personnes ainsi employées.

8. Projet de « Maison des Babayagas » à Brest – Association « Rien sans elles »

8.1. Description synthétique

Il était une fois, selon un conte populaire russe, une vieille sorcière dénommée « Babayaga ». Habitant au fond de la forêt, elle était visitée par les enfants qui venaient pour obtenir des confiseries. Mal leur en prenait, car, quand ils lui en dérobaient, la Babayaga les changeait en pain d'épice... Sorcière donc, mais aussi guide initiatique... C'est ainsi qu'est présentée, par ses fondatrices, l'origine de l'appellation « Maison des Babayagas ».

Actuellement en cours de réalisation à Montreuil dans le département de la Seine-Saint-Denis, le projet de création de cette résidence a été porté à bout de bras par trois femmes âgées, Thérèse Clerc, Monique Bragard et Suzanne Gouëffic, dites les « Babayagas de Montreuil » : « *Nous sommes de vieilles bourriques, fières de l'être* » s'exclament les retraitées « mutines » qui ont attiré seize autres futures résidentes – veuves, célibataires ou divorcées – partageant le même esprit d'indépendance.

Le projet est né d'une révolte existentielle autant que d'un certain militantisme issu de la "cohorte de mai 68" : les Babayagas refusent absolument que la vieillesse soit confondue avec un naufrage tout en défendant, becs et ongles, leur liberté de choix. Dès lors, elles n'acceptent pas la perspective, à leurs yeux désespérante, d'une société "gérontophobe" qui ne leur laisserait le choix qu'entre une extrême solitude chez soi et ce qu'elle considère comme « l'horreur de certaines maisons de retraite ». Elles décident donc de créer un lieu de vie et d'entraide communautaire réservé aux femmes en misant sur la capacité de ces dernières à se prendre en main et à se tendre mutuellement la main, à « croître en humanité », si possible jusqu'à la mort, « ultime passage » qui devrait, selon elles, se faire « dans la paix et la tendresse ». L'une de leurs publications cite Winnicott : « *O Dieu, faites que je sois vivant quand je mourrai* », voilà qui résume bien l'esprit du projet.

En pratique, il s'agit de construire une résidence collective comportant une vingtaine de logements privatifs occupés exclusivement, pour l'instant, par des femmes : "*Les hommes peuvent venir nous rendre visite dans la journée mais le soir, ils rentrent chez eux ! Si on les accepte, ils voudront tôt ou tard jouer les papas ou se faire bercer*".

Cette résidence qui est composée de vingt studios individuels, inspirée du « béguinage », comportera aussi quelques espaces de vie communautaire (cafétéria, laverie, bassin d'hydrothérapie). Elle se veut autogérée, solidaire, citoyenne car ouverte sur l'environnement socioculturel local, et écologique sur le plan de l'architecture et du fonctionnement. Il est même prévu qu'en son sein, la « Maison des Babayagas », développe une "Université du Savoir des Vieux" dénommée UNISAVIE...

La Ville et l'OPHLM de Montreuil ont décidé de soutenir la réalisation de ce projet qui pourrait également être financé, selon ses porteuses, par l'Etat, le Conseil général, le Conseil régional, la CNAVTS ainsi que par le mécénat de diverses fondations... L'ouverture de la « Maison des Babayagas » de Montreuil est prévue pour le printemps 2008.

Citant Michel Leiris selon lequel « la révolution n'est jamais que l'évolution du rêve », elles assument parfaitement le caractère « d'utopie réaliste » de leur projet.

Ce projet autour duquel existe à présent une intense communication commence à faire des émules...jusqu'à Brest. Fortement interpellées et séduites par le discours des Babayagas de Montreuil, un petit groupe de femmes membres de l'association féministe « Rien sans elles » de Brest ont décidé, elles aussi, « *d'inventer autre chose* », de se prendre en main et « *de réfléchir ensemble à la tournure qu'elles veulent donner à leurs vies en décidant de choisir comment vieillir* ». Actuellement en discussion avec la ville de Brest, elles ambitionnent de créer « *une communauté de femmes* » sur le plateau des Capucins.

8.2. Quelques enseignements et réflexions

Le projet des Babayagas est intéressant en ce qu'il remet en cause un certain regard social porté sur la vieillesse considérée essentiellement comme l'antichambre de la mort. Pour elles, la vieillesse est un temps à vivre et non un temps de retraite, de retrait de la société. Une continuité de vie dont les acteurs ont droit au plaisir, à l'affection, à la culture, au bonheur, à la citoyenneté, au respect de leur dignité et de leur liberté de choix. Leur constat est très sévère sur l'exclusion radicale dont sont victimes de nombreuses personnes vieillissantes en France. Elles craignent d'avoir un jour à choisir entre ce qu'elle perçoit d'une part comme une extrême solitude qui peut aller jusqu'à une "préférence pour le "suicide", d'autre part comme le bannissement social institutionnalisé dont sont victimes certains anciens dans des structures d'hébergement collectif, ce dernier allant d'ailleurs parfois jusqu'à certaines formes de maltraitance, jusqu'à la négation de l'être en tant que personne et sujet.

Leur volonté de se prendre en main dans une résidence autogérée et solidaire ouverte sur la vie locale pour cultiver leur bonheur, leur humanité, leur liberté aussi longtemps que possible, à l'exclusion de la très grande dépendance toutefois, est peut-être une voie à encourager par les pouvoirs publics, ne serait-ce qu'au plan économique...Toutefois, à côté de l'incertitude portant sur la capacité des personnes ainsi cooptées à vivre ensemble durablement dans ce type de résidence, il est une autre limite : se prendre en main, d'accord, mais pourquoi entre femmes *exclusivement* ? A une question sur une éventuelle interdiction d'accès de la résidence aux hommes, voilà ce que répond la Présidente des Babayagas de Montreuil : « *Disons plutôt qu'ils ne pourront pas y vivre. Mais nous pensons créer bientôt une nouvelle association nommée les Amis des Babayagas qui sera ouverte à tous. Néanmoins s'il arrivait à une pensionnaire de vouloir se mettre en couple, il lui*

faudrait laisser son appartement et rechercher un nouveau logement sur le champ⁴⁷».

Les choses sont donc affirmées mais une collectivité publique peut elle juridiquement et politiquement soutenir, avec des fonds publics et sociaux émanant de l'ensemble des contribuables et actifs, un projet qui, bien que comportant de nombreux aspects positifs, fonde en partie son combat contre l'exclusion par l'âge sur une forme d'exclusion liée au sexe ?

⁴⁷ Interview de Thérèse Clerc par CAPGERIS, <http://www.capgeris.com/services-et-maintien-a-domicile/associations/interview-de-therese-clerc-un-projet-de-maison-de-retraite-innovant-a5765.htm> (consulté le 07 juin 2007)

9. "RenneSolidaire" – Logement intergénérationnel entre étudiants et retraités

9.1. Description synthétique

"RenneSolidaire" est une association à but non lucratif située à Rennes. Son projet associatif consiste à mettre en relation des étudiants à la recherche d'un logement et des personnes âgées vivant seules, se sentant isolées et disposant, à leur domicile, d'une chambre libre. L'action de RenneSolidaire consiste à rechercher, rapprocher, accompagner les intéressés ainsi qu'à organiser leurs relations dans un cadre précis, celui d'une charte d'engagements réciproques.

Cette chambre chez l'habitant contre compagnie, présence ou services qui peut prévoir ou non une participation financière de l'étudiant, ne se veut pas une « solution de logement comme les autres ». RenneSolidaire souhaite en effet « participer au développement des relations intergénérationnelles en favorisant le dialogue et la solidarité entre toutes les tranches d'âge dans un esprit de tolérance et de compréhension mutuelle ».

L'étudiant trouve dans cette « colocation » intergénérationnelle un moyen économique d'accéder au logement dans un cadre convivial et humainement valorisant. Quant à la personne âgée, elle peut demeurer à son domicile plus longtemps, rassurée et stimulée par la présence bienveillante de l'étudiant, retrouver un sentiment d'utilité sociale tout en bénéficiant de quelques menus services rendus par ce dernier, sans toutefois se substituer aux services traditionnels de soutien à domicile existants ou qui seraient nécessaires. L'hôte peut aussi, par ce moyen et si la convention le prévoit, obtenir un petit complément de revenu du fait de la participation financière du jeune.

Soutenu par le Réseau de la Cohabitation Solidaire Intergénérationnelle (COSI), le Conseil général d'Ille-et-Vilaine ainsi que par la Région Bretagne, RenneSolidaire a réussi à faire cohabiter une quinzaine de personnes âgées et d'étudiant(e)s en 2006.

Parmi les difficultés rencontrées, l'association mentionne notamment le temps passé à rechercher des relais d'information (élus, professionnels de santé ou en charge du maintien à domicile...), la nécessité de faire du cas par cas pour chaque mise en relation, le caractère évolutif de cette dernière en particulier sur le plan psychologique.

9.2. Quelques enseignements et réflexions

La cohabitation intergénérationnelle solidaire proposée par RenneSolidaire cherche à répondre à deux problèmes de société pour en faire une solution : l'isolement de nombreuses personnes âgées dans les grandes villes universitaires et la difficulté de l'accès au logement pour une proportion importante d'étudiants qui, eux aussi, peuvent se retrouver très isolés notamment lors de la première année universitaire.

L'action de médiation mise en œuvre par RenneSolidaire montre que cette « colocation intergénérationnelle » ne peut relever de l'improvisation : elle doit être préparée, personnalisée, formalisée (par une charte d'engagements réciproques notamment) et organisée pour être la plus harmonieuse et durable possible.

Les facteurs psychologiques, l'esprit de tolérance et le respect mutuel des intéressés paraissent essentiels pour la réussite de ce type de cohabitation dont la réalité quotidienne et son évolution n'ont rien d'une évidence.

10. Mutuelles de Bretagne – Réalisation d’une résidence sociale intergénérationnelle à Morlaix

10.1 Description synthétique

Du fait de la construction d’un nouvel établissement pour personnes âgées, la commune de Morlaix, son CCAS et les Mutuelles de Bretagne ont décidé de réaffecter l’ancien foyer-logements en le transformant en résidence sociale mutualiste à vocation intergénérationnelle.

En pratique, sur les 24 logements présents, la moitié est destinée, sous conditions de ressources, à des personnes âgées et l’autre moitié, pour partie à des jeunes étudiant(e)s infirmier(e)s ou aide-soignant, pour partie à des jeunes ou adultes en insertion issus de Foyers de Jeunes Travailleurs (FJT) ou de CHRS. L’objectif est donc à la fois de promouvoir la mixité intergénérationnelle et la mixité sociale par le logement.

Outre ces studios, la résidence héberge également l’Office des Retraités et Personnes Agées de Morlaix (ORPAM) qui propose diverses animations socioculturelles. Des permanences du CLIC de Morlaix sont également envisagées ainsi que le recrutement d’une conseillère en économie sociale et familiale.

Les partenaires impliqués dans cette opération sont la Ville de Morlaix, le CCAS de Morlaix, le Conseil général du Finistère et le Conseil régional de Bretagne (Contrat de Pays) pour l’investissement et, pour le fonctionnement, l’ORPAM, le CLIC de Morlaix, le CCAS, le FJT, la Mission Locale, le CHRS et des travailleurs sociaux. Des financements sont par ailleurs prévus de la part de l’Etat, du Fonds National de Solidarité d’Action Mutualiste, de la CDC, du Crédit Foncier de France et des fonds propres des Mutuelles de Bretagne.

10.2. Quelques enseignements et réflexions

Outre le fait de mettre en pratique une politique locale volontariste de mixité générationnelle et sociale, il faut souligner également le caractère innovant du large partenariat mobilisé pour la réalisation de ce projet, tant pour l’investissement que pour le fonctionnement.

En mai 2007, les Mutuelles de Bretagne prévoyaient une occupation totale des studios dès le mois de juillet suivant, il paraît donc prématuré de chercher à tirer d’autres enseignements sur cette expérimentation faute d’un recul suffisant.

Section 3.

Quelques préconisations issues de
l'analyse des initiatives sélectionnées

Avertissement

Les préconisations qui suivent ont été regroupées par grandes catégories d'acteurs afin d'attirer plus particulièrement l'attention de certains d'entre eux sur telle ou telle recommandation.

Cette déclinaison n'est ni exhaustive, ni exclusive.

L'objectif commun d'amélioration de la qualité de la vie des personnes vieillissantes vivant à domicile en Bretagne implique autant de mobiliser individuellement chaque acteur concerné que de rechercher systématiquement *la coopération* et *les effets de synergie*, notamment entre les partenaires publics et privés, dans tous les territoires.

1. Conseil régional, en lien avec les acteurs publics et privés concernés en Bretagne

- **Politique territoriale**

- **Inciter les Pays** à penser l'habitat tout au long de la vie. Pour ce faire, prévoir un volet additionnel « Qualité de vie, habitat et inclusion sociale des personnes âgées » dans l'ensemble des contrats de Pays, lorsque cette dimension n'y figure pas déjà. L'évaluation à mi-parcours prévue pour l'évaluation de la mise en œuvre de la politique territoriale de la Région pourrait être l'occasion d'une telle réflexion. Les « centres de ressources expérimentaux de l'économie sociale et solidaire » dont la mise en place dans les Pays sera soutenue par la Région pourraient, avec d'autres acteurs, être impliqués dans cette démarche.

- **Politiques de l'aménagement urbain et de l'habitat**

- **Etablissement public foncier régional (EPFR)** : même si l'Etablissement Public Foncier Régional semble davantage destiné aux politiques urbaines à mener dans les grandes agglomérations, il pourrait néanmoins constituer un levier pour favoriser un habitat inclusif, adapté et intergénérationnel (exemple : réserves foncières, financement d'études prospectives...).

- **EPFR, ECO-FAUR, Politique sociale de l'habitat** : En lien avec les autres acteurs publics et privés concernés, soutenir l'innovation résidentielle permettant notamment :

- de sécuriser les trajectoires de vie des personnes âgées en situation d'isolement et/ou de perte d'autonomie en milieu rural comme urbain ;
- de réaliser des économies d'énergie et donc de réduire les charges de fonctionnement des logements (« éco-construction » des logements neufs et « éco-rénovation » des logements existants) ;
- de rendre accessibles, adaptables ou adaptés les logements ;

Pour ce faire, la Région pourrait conditionner ces aides au respect de ces différents critères *non restrictifs*.

- **ECO-FAUR** : Utiliser ce levier régional pour encourager les communes et les intercommunalités à penser la ville tout au long de la vie et sécuriser les trajectoires résidentielles des habitants.

- **Politique sociale de l'habitat** :

- Intégrer systématiquement un volet « Adaptation de l'habitat aux enjeux de l'inclusion sociale et intergénérationnelle » à lier aux problématiques de l'adaptation de l'habitat aux personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap ainsi qu'à la recherche d'une meilleure performance énergétique des logements.

- Soutenir *les études* poursuivant les objectifs mentionnés à l'alinéa précédent.

- Mettre en place des *aides régionales spécifiques* à la réalisation de projets d'adaptation et d'amélioration de logements de personnes âgées et d'habitats intergénérationnels.

- **Politique en faveur du logement des jeunes et des travailleurs mobiles** : créer une rubrique « habitat intergénérationnel » sur le site « <http://www.crij-bretagne.com/logement/> » porté par le Centre Régional Information Jeunesse de Bretagne en partenariat avec la Région Bretagne

• **Politique des transports**

- Développer, **en lien avec les Conseils généraux, les autres acteurs publics et les associations concernés**, une politique d'accessibilité des transports, y compris sur le plan tarifaire, plus affirmée, en direction des personnes à mobilité réduite en lien avec la politique territoriale de la Région (ex : Transports à la demande en milieu rural, accompagnement social à la mobilité, accès aux TER à partir du domicile et réciproquement lorsque la gare est éloignée...). L'actuelle élaboration d'un « Schéma régional de l'accessibilité du réseau de transport régional » va en ce sens.

• **Politique du développement économique**

- **Agence de Développement Economique de Bretagne** :

- Favoriser l'émergence et le développement d'une « filière économique des troisième et quatrième âges » en Bretagne, source de création de richesses tant économiques que sociales.
- Mobiliser l'Agence sur les enjeux de l'adaptation, de l'adaptabilité et de l'accessibilité des logements qui représentent, pour les années à venir, une source importante d'activité économique dans une région au vieillissement accentué
- Inciter les banques à nouer des partenariats avec les professionnels du bâtiment pour mettre en place des relais financiers permettant de pallier les versements souvent tardifs des aides financières pour l'adaptation des logements.
- Pôle « Innovation sociale » : En dehors de la contractualisation territoriale, prévoir, en partenariat avec l'Etat, des bourses régionales pour le financement des innovations sociales dans le domaine du logement intergénérationnel, en particulier lorsque les projets prévoient un lien avec les étudiants des écoles et organismes de formation des secteurs sanitaire, social

et médico-social. D'une manière générale, soutenir financièrement l'ensemble des innovations sociales dans le logement améliorant la qualité de vie des personnes vieillissantes à domicile.

- **Politique de la formation tout au long de la vie**

- Stratégie Régionale Emploi Formation (SREF) : Encourager le développement des formations des professionnels du bâtiment à l'adaptation de l'habitat aux situations de perte d'autonomie dans une logique de prévention.
- Soutenir les campagnes d'information sur la formation et le rôle des ergothérapeutes

- **Politique de l'économie sociale et solidaire**

- Promouvoir l'innovation sociale dans le logement dans la mesure où elle favorise l'inclusion sociale et citoyenne de ses habitant(e)s.
- Poursuivre le soutien du Conseil régional aux expérimentations d'habitat intergénérationnel solidaire en lien avec les acteurs, associatifs notamment, de la médiation jeunes-seniors.

- **Politique de santé publique**

- Lorsque cela n'est pas déjà prévu dans leurs missions, impliquer **les animateurs territoriaux de santé** dans la coordination et la mise en réseau des acteurs afin de sécuriser les trajectoires résidentielles des personnes âgées contraintes de quitter temporairement leur domicile pour raison de santé.
- Observation de la santé : En lien avec **l'Observatoire régional de la santé en Bretagne (ORSB), la Plate-forme de l'Observation Sanitaire et Sociale (PLATOSS), le Comité Régional de l'Habitat**, et d'autres acteurs intéressés, engager une réflexion régionale sur les liens entre les politiques de l'habitat et les politiques de prévention en santé publique.

2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant– avec le Conseil régional

Les préconisations qui suivent s'adressent à **tous les investisseurs et acteurs publics du logement, en lien avec les acteurs privés** : Pays, EPCI, Communes, CCAS, CLIC, Conseils généraux, Maisons Départementales des Personnes Handicapées, Comité Régional de l'Habitat...

Les acteurs privés de l'habitat ont également un rôle majeur à jouer pour proposer, anticiper l'habitat des personnes âgées en Bretagne et pour réaliser des études-amont et des projets habitat, comme l'illustrent par exemple, dans de nombreux domaines, les actions du mouvement Pact-Arim. L'intérêt de développer des

synergies entre acteurs privés et publics doit être souligné pour la mise en œuvre des préconisations suivantes :

- **Tous les investisseurs et acteurs publics et privés intervenant dans le domaine du logement :**
 - Par une politique anticipatrice, dans les documents d'urbanisme (SCOT, PLU...), créer les conditions favorables au développement d'un habitat inclusif, évolutif, vecteur de mixité sociale et intergénérationnelle, facilitant le tissage de liens de solidarité et de convivialité entre les habitants. Pour ce faire, s'inspirer de la méthode d'élaboration et de l'approche globale du Programme local pour le maintien à domicile des personnes âgées de la Communauté de Communes de Callac-Argoat pour engager des démarches similaires à l'échelle des Pays, en étroite concertation avec leurs Conseils de développement.
 - il serait souhaitable que, à côté des incitations à l'éco-construction et à l'éco-rénovation, des normes réglementaires d'accessibilité et d'adaptabilité soient imposées, ou au moins conseillées, par les pouvoirs publics pour l'ensemble des constructions neuves ou des travaux de rénovation des logements, dans l'habitat individuel comme dans l'habitat collectif. Compte tenu des surcoûts, au moins à court terme, induits par ces nouvelles contraintes architecturales, des aides publiques fortement incitatives devraient être mises en place pour l'ensemble des investisseurs du logement, notamment en direction des ménages disposant de ressources modestes ou faibles.
- **Conseils généraux en lien avec le mouvement associatif Pact-Arim :** Susciter et soutenir les démarches territoriales fondées sur une approche globale de la qualité de la vie des personnes âgées en lien avec leur environnement de proximité sur le modèle du Programme local pour le maintien à domicile des personnes âgées de la Communauté de Communes de Callac-Argoat. Encourager, par l'organisation un forum annuel départemental ou interdépartemental, les échanges de bonnes pratiques entre les territoires du département.
- **Communes, DDE, Conseils généraux, CLIC, MDPH, CAUE ou Architectes conseil, ADIL... :** Dans une logique de prévention, diffuser l'information sur l'intérêt de prévoir des logements *adaptables ou adaptés*, en particulier au moment du dépôt des demandes d'autorisations d'urbanisme (permis de construire, déclarations de travaux...).
- **Communes, CCAS :** Organiser régulièrement des temps de rencontre et de convivialité favorisant le renforcement des solidarités de voisinage, tant intragénérationnelles qu'intergénérationnelles.
- **CLIC :** Ils ont un rôle majeur à jouer pour faire advenir cette coordination permettant d'assurer un *continuum résidentiel* non traumatisant pour les personnes âgées confrontées temporairement ou durablement à des situations de perte d'autonomie ou de handicap. Développer l'intervention régulière des

ergothérapeutes au sein des CLIC, comme le fait par exemple la CRAM depuis 2004 dans le cadre du CLIC La Passerelle à Lorient pour réaliser des évaluations des personnes âgées (GIR 6 & GIR 5) s'inscrivant dans les programmes d'action sociale.

- **Etat, Agence Nationale de l'Habitat :** Afin d'éviter les problèmes de trésorerie rencontrés lors de la réalisation de travaux d'adaptation des logements, tant par les personnes âgées que par les entreprises du bâtiment, accélérer le versement des aides financières aux ayants droits.
- **Bailleurs sociaux :** S'inspirer de l'action innovante « Evaluation-diagnostic pour le maintien à domicile » mise en place par exemple, par Aiguillon Construction ou par ESPACIL à Rennes (d'autres actions de ce type existent en Bretagne).
- **Organismes de protection sociale :**
 - **CRAM, MSA...** : Sensibiliser les assurés sociaux sur l'adaptation de l'habitat, par exemple au moment de la liquidation des retraites, ou mieux, dans une logique de prévention, dans les années précédant le passage à la retraite. La forte proportion de chutes à domicile montre combien habitat et santé peuvent être liés... D'une manière générale, ces actions d'information et de prévention pourraient être envisagées pour l'ensemble des retraités.
 - **CAF :** Développer les soutiens à l'adaptation de l'habitat aux pertes d'autonomie dans une logique de prévention : information des allocataires sur l'adaptation de l'habitat et sur les aides financières mobilisables.
- **Etablissements publics et privés participant au service public hospitalier, CLIC, Acteurs de l'aide sociale (ARDH-aide au retour à domicile après hospitalisation-)** : Développer, par l'intermédiaire de relais, les diagnostics « habitat » avec l'ensemble des acteurs concernés par le retour à domicile.
- **Etat, autres collectivités publiques :** Développer les appels à projet pour soutenir les opérations de transformation des logements occupés par des personnes âgées souhaitant accueillir des étudiants.
- **Clubs de retraités, Universités du Temps Libre, CODERPA, autres acteurs de l'économie sociale (associations et mutuelles notamment), Caisses de retraites, Acteurs du 1% logement, Compagnies d'assurance...** : Développer, dans une logique de prévention, les actions de sensibilisation et d'information sur les enjeux de l'adaptabilité, de l'accessibilité et de l'adaptation de l'habitat tout au long de la vie ainsi que sur les aides existantes.
- **Professionnels de la maîtrise d'œuvre et du bâtiment, Ecoles d'Architecture, IUT Génie civil, Chambres de Métiers de l'Artisanat, Centres de Formation des Apprentis des métiers du bâtiment des travaux publics, Ecoles d'ingénieurs...** : en formations initiale et continue, intégrer systématiquement une formation multidisciplinaire à l'adaptabilité, à l'adaptation et à l'accessibilité de l'habitat pour les personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap... Ces actions de formation, qui pourraient par

exemple être dispensées par des ergothérapeutes et des techniciens spécialisés dans l'adaptation de l'habitat, aborderaient tant les aspects techniques et réglementaires que « bio-psycho-sociaux ».

- **Professionnels de santé** : se former à l'adaptation de l'habitat aux pertes d'autonomie et assurer un rôle de veille et de conseil auprès des patients en ce domaine dans une logique de prévention.
- **Coopératives HLM** : Développer une gamme diversifiée d'habitat intermédiaire, temporaire ou non, comme alternative à l'entrée en établissement.
- **Professionnels de santé et de l'aide à domicile, acteurs du 1% logement, Pact-Arim, ADIL, CROUS, CODERPA, Clubs de retraités, Mutuelles d'étudiants, Syndicats d'étudiants... :**
 - Favoriser le développement du logement intergénérationnel entre étudiants ou jeunes actifs et des personnes âgées vivant seules ; diffuser l'information sur les possibilités de « colocation intergénérationnelle » solidaires auprès des étudiants, des personnes âgées isolées et de leur entourage ;
 - Dans le respect du Code du travail, développer la mise en relation d'étudiants à la recherche de jobs avec des retraités souhaitant faire réaliser de petits travaux à domicile, si la nature des travaux ne requiert pas la compétence et l'intervention d'un professionnel.
- **Restauration locale, taxis...** : en complément des actions de portage de repas à domicile, et afin de limiter certains effets pervers de ce dernier (renforcement parfois de la dépendance et de l'isolement social...), en lien avec les collectivités locales, les CCAS, faciliter le déplacement des personnes âgées isolées dans les lieux de restauration locale favorisant la vie sociale dans un climat de convivialité (cafés, restaurants privés, restaurants d'établissement, repas chez les proches...).
- **Services à la personne** : En lien avec les acteurs publics concernés, engager une réflexion régionale sur le fait de privilégier un système « mandataire » qui, s'il a l'avantage de réduire les coûts des services, d'une part n'est peut-être pas le plus adapté aux capacités parfois diminuées de leurs employeurs, d'autre part est susceptible, dans certains cas, de rendre plus difficile la formation et la professionnalisation des personnes ainsi employées. L'accès de tous à des services à la personne de qualité et l'amélioration de la qualité des emplois concernés devraient être recherchés simultanément.

Chapitre 2

Mobilité

SECTION 1. De la mobilité *réelle* à la mobilité *virtuelle*... et inversement

1. Le premier véhicule, c'est la capacité psychomotrice de la personne elle-même
2. Une offre de transport de proximité, adaptée et accessible
3. D'autres freins à la mobilité sont à prendre en considération
4. Si les technologies numériques offrent de nouvelles possibilités de mobilité virtuelle, elles ne sauraient toutefois remplacer la présence physique d'autrui

SECTION 2. Exemples d'actions

1. Transport à la demande « Distribus » de Lamballe Communauté
2. Convention entre Fougères Communauté et des entreprises de taxi pour la mise en place d'un transport à la demande en milieu rural
3. Service d'Accompagnement Social à la Mobilité mis en place par la FEDE UNA 22
4. Les "Ateliers de la route" mis en place par le CLARPA 56

SECTION 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées

1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne
2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional

Section 1.

De la mobilité *réelle* à la mobilité
virtuelle... et inversement

Introduction

D'une certaine façon, « *vieillir, c'est devenir de moins en moins mobile* », a souligné le géographe, Jean Ollivro, lors de son audition au CESR. Alors même que le rythme de vie plus ou moins ralenti des personnes vieillissantes peut constituer, s'il est valorisé, un véritable facteur d'équilibre social⁴⁸. Cette dimension du vivre ensemble paraît pourtant négligée dans une société au temps accéléré qui promeut toujours davantage la vitesse, le mouvement, l'instantanéité, le flux tendu, la réactivité, le haut débit, etc. Cette accélération des temps peut devenir, dans de nombreux domaines, un facteur majeur d'exclusion sociale pour qui n'arrive pas ou plus à suivre le mouvement.

En effet, d'une part la diminution de mobilité induit presque systématiquement un risque d'isolement et de rupture sociale pour l'individu, d'autre part elle bride son autonomie, sa liberté d'aller et venir pourtant reconnue comme l'un des droits fondamentaux de l'être humain. En ce sens, une mobilité réduite, c'est une contraction du champ des possibles.

Le soutien à la mobilité des personnes vieillissantes n'est donc pas seulement une condition essentielle de leur maintien à domicile, il représente, avant tout, un enjeu d'inclusion citoyenne, sociale et de qualité de vie.

En premier lieu, il convient d'insister sur le premier moyen de locomotion de l'individu à savoir sa capacité psychomotrice (1). En second lieu, l'offre de transports apparaît comme un enjeu essentiel : elle doit être proche des lieux de vie, adaptée et accessible (2). Alors que d'autres freins à la mobilité sont à prendre en compte (3), il faut aussi évoquer les possibilités de *mobilité virtuelle* offertes par les nouvelles technologies, sans que celles-ci puissent toutefois se substituer à une présence réelle (4)

1. Le premier véhicule, c'est la capacité psychomotrice de la personne elle-même

La mobilité n'est pas seulement affaire de transports. C'est ce que met en évidence Jean Ollivro en soulignant que « *le premier véhicule, c'est le corps* ».

Avant donc d'aborder la question de l'offre de transports, il faut d'emblée prendre en considération le fait que le premier moyen de la mobilité, c'est la capacité psychomotrice de la personne elle-même.

Le travail sur la restauration, le maintien ou le développement des ressources psychomotrices apparaît dès lors comme primordial : être mobile, c'est d'abord conserver son aptitude à se mobiliser.

⁴⁸ Audition de Marie-Odile Bruneau

2. Une offre de transport de proximité, adaptée et accessible

L'existence d'un bon maillage territorial par une offre de transport de proximité, adaptée et accessible est un autre facteur essentiel de la mobilité des personnes vieillissantes et, par là même, de leur qualité de vie.

Lorsque, pour des raisons économiques ou d'aptitudes, la conduite de son véhicule personnel n'est plus possible, étape souvent traumatisante pour l'individu, la présence, à proximité du domicile, d'une offre de transports individuels ou collectifs, réguliers ou à la demande, devient essentielle pour lutter contre l'isolement géographique et social de la personne.

Si la présence d'une offre diversifiée de transports est fondamentale, en particulier en milieu rural⁴⁹, celle-ci doit aussi être rendue accessible, tant sur le plan financier (coût du transport) que technique (accès matériel aux services de transport, aménagement des véhicules...). Cette accessibilité peut aussi être facilitée par le développement de modes innovants de *transports solidaires* (ex : covoiturage).

3. D'autres freins à la mobilité sont à prendre en considération

La mobilité des personnes âgées vivant à domicile doit faire l'objet d'une approche globale, tant des personnes elles-mêmes que de leur environnement matériel et social. En effet, d'autres freins à la mobilité sont à prendre en compte.

En premier lieu, pour les personnes encore capables de se déplacer seules, il faut signaler le risque élevé d'accidents de la circulation dont sont victimes les personnes âgées en tant que conducteurs ou piétons. Pour prendre ce dernier cas par exemple, alors que les plus de 65 ans représentent environ 16 % de la population française, ils constituent près de la moitié des piétons tués dans des accidents de la circulation⁵⁰. L'insécurité routière des personnes âgées n'est donc pas qu'un simple sentiment, elle correspond bien à un enjeu majeur de sécurité publique. D'où l'importance de sécuriser tous les modes de déplacement des personnes âgées : amélioration de l'accessibilité visuelle de la signalisation routière sous toutes ses formes, aménagement de chemins et accès piétonniers sécurisés dans les lieux de vie des personnes âgées, actions de prévention santé (vue, audition, réflexes, fatigue au volant, effets secondaires des médicaments...), session de recyclage sur la conduite, la réglementation et la signalisation routières, etc. Il faut de surcroît signaler que ces aménagements et actions de sécurité routière sont susceptibles de profiter à d'autres publics que celui des seules personnes retraitées et âgées : personnes en situation de handicap, jeunes enfants... Enfin, alors qu'elles sont de plus en plus nombreuses à conduire une voiture particulière jusqu'à un âge avancé, voire très avancé, l'enjeu de

⁴⁹ Préciser ici la part des personnes âgées vivant en milieu rural en Bretagne

⁵⁰ Source : CODERPA 22

la sécurisation des déplacements routiers est aussi celui du maintien de leur liberté d'aller et venir.

En second lieu, on observe qu'une proportion importante d'espaces urbains, publics et privés, restent encore inaccessible aux personnes à mobilité réduite. L'accès aux commerces de proximité, aux lieux et services publics n'est souvent affaire que de suppression d'une marche, d'aménagement d'une rampe d'accès, d'un plan incliné, d'une ouverture automatisée des portes d'entrée...La mise en accessibilité et l'adaptation des lieux de vie, de l'habitat au sens large du terme, est une condition primordiale de la mobilité des personnes vieillissantes comme de l'ensemble des personnes en situation de handicap ou de faible autonomie...Elle leur ouvre les portes d'une plus grande autonomie et d'une intégration réelle au sein de la cité. Dans cette optique, il faut signaler l'élaboration en cours, par le Conseil régional de Bretagne, d'un « Schéma directeur de l'accessibilité du réseau de transport régional ».

En troisième lieu, il faut mettre en évidence l'importance des inégalités socioéconomiques dans les phénomènes de mobilité. En effet, cette dernière a toujours un coût. Les personnes vieillissantes, en fonction de leur situation financière, n'ont pas toutes les mêmes facilités de déplacement. En l'absence de politiques publiques volontaristes palliant ces inégalités, la mobilité reste un luxe inaccessible pour de nombreux anciens, en particulier dans un contexte général de renchérissement des coûts du transport.

En quatrième lieu, il faut souligner que l'accessibilité d'un mode de transport classique, individuel ou collectif, n'est pas toujours suffisante, en particulier lorsque le niveau d'autonomie de la personne transportée ne lui permet pas se « débrouiller » seule, ou lorsqu'elle ne bénéficie pas de solidarités de proximité pour son transport (voisins, familles, amis, co-voiturage...).. Dans ce cas, l'offre de transport adapté doit être complétée par un accompagnement personnalisé qui sécurise la personne pendant toute la durée de son déplacement, de l'intérieur de son domicile au lieu de destination et inversement. Il faut donc lier la problématique des transports à celle des services à la personne.

Enfin, dans cette approche globale, un autre frein à la mobilité est à signaler : les stratégies psychologiques d'évitement parfois mises en place, consciemment ou non, par les individus. Ainsi, le sentiment d'insécurité (accidents de la circulation, chute...), justifié ou non, pousse souvent à limiter ses déplacements par anticipation anxieuse. Mais ce peut-être aussi, l'anxiété sociale, la peur du regard ou du jugement de l'autre, parfois accentuées par des tendances dépressives, qui induisent des phénomènes de repli sur soi...

4. Si les technologies numériques offrent de nouvelles possibilités de mobilité virtuelle, elles ne sauraient toutefois remplacer la présence réelle d'autrui

Les pertes d'aptitude à la mobilité physique des personnes peuvent, pour partie, être compensées par de nouvelles mobilités virtuelles. Les technologies numériques offrent en effet d'innovantes perspectives de mobilité aux personnes vieillissantes.

Par exemple, la téléphonie mobile comme l'usage de l'Internet peuvent faciliter la mise en relation entre personnes éloignées à travers le développement de réseaux virtuels de télérelation ou de télésurveillance.

Toutefois, il faut aussi signaler certaines limites inhérentes à ces nouvelles technologies. Car si elles représentent souvent une opportunité extraordinaire de mobilité virtuelle pour les individus en perte d'autonomie, elles ne peuvent compenser, pour d'autres aspects de la vie personnelle ou sociale, l'absence d'une relation à l'autre physiquement incarnée. Ainsi, si mobilité réelle et mobilité virtuelle se complètent, elles ne se compensent pas. On peut même penser qu'un usage excessif de la mobilité numérique est susceptible d'altérer les capacités motrices et relationnelles réelles de l'individu, voire, dans certains cas, de réduire son autonomie.

Conclusion

La mobilité des personnes vieillissantes doit donc faire l'objet d'une approche globale car elle est aussi bien l'effet que la cause de nombreuses autres fonctions de qualité de vie.

Dans un environnement sociétal vouant un véritable culte à la vitesse, les ralentissements liés au vieillissement paraissent de plus en plus difficiles à accepter et à vivre, tant sur le plan personnel que social. Il se peut d'ailleurs que les nouvelles générations de retraités, issues du baby-boom, supportent moins bien que leurs aînés les pertes de mobilité consécutives aux vieillissements. Ce refus d'immobilité sera peut-être un puissant facteur de changement des politiques d'aménagement de l'espace et des transports dans quelques années.

Quelles politiques de transport peuvent être mises en place par les collectivités territoriales, les services d'aide à domicile et autres acteurs spécialisés, pour rompre l'isolement des personnes âgées ? Quels services les personnes âgées peuvent-elles utiliser pour conserver une autonomie relative de déplacement leur permettant d'accéder aux besoins de la vie quotidienne comme se nourrir, se divertir, se rencontrer... ?

Les quelques exemples présentés ci-après, illustrent, de manière non exhaustive, que des solutions existent pour faciliter la mobilité des personnes vieillissantes vivant à domicile, tant sur le plan du maintien des capacités personnelles que sur celui de l'adaptation de l'offre locale de transports.

Section 2.

Exemples d'actions

1. Transport à la demande « Distribus » de Lamballe Communauté

1.1. Description synthétique

Le service de transport à la demande en "porte à porte" dit « Distribus », mis en place par Lamballe Communauté, facilite la mobilité quotidienne de nombreux habitants des 17 communes desservies. Accessibles à tous, dans des tranches horaires communes, et spécialement aménagés pour le transport des personnes à mobilité réduite, les cinq minibus de 6 places, gérés par la société de transport Le Vacon, sillonnent le territoire communautaire du lundi au samedi. Sous la seule condition d'une réservation préalable la veille avant midi, les usagers peuvent faire leurs courses, participer à des activités socioculturelles, se rendre à un rendez-vous médical, aller chercher les petits enfants à la sortie de l'école ...Quel que soit le trajet, le tarif est unique : 1.30 € le trajet, et 10 € le carnet de 10 tickets. Comparé au coût réel d'un trajet qui est d'environ 20€, on mesure l'effort financier de la Communauté de Communes, et notamment des entreprises assujetties au versement transport, pour garantir, à tous, un maillage territorial proche des 100%.

En 2006, sur les 953 inscrits au service, 1/3 était des retraités, 1/3 des scolaires, le 1/3 restant étant constitué d'employés et d'étudiants. Si l'on considère à présent la fréquentation, c'est-à-dire l'usage du Distribus, on observe qu'environ la moitié des trajets est réalisée par des retraités et personnes âgées, de sexe féminin principalement. Par ailleurs, le service attire de plus en plus de salariés sensibles à la réduction de leur budget transport.

Créé depuis près de 8 ans, ce service très flexible et accessible à tous, connaît un développement régulier puisque la prévision de la fréquentation pour 2007 atteignait les 20 000 voyages approximativement.

1.2. Quelques enseignements et réflexions

Même si les personnes retraitées et âgées sont fortement utilisatrices du service, celui-ci ne leur est pas réservé. Ce mode de transport est accessible à tous à un tarif unique. Lamballe Communauté a préféré retenir le critère de la mobilité réduite plutôt que celui de l'âge. En effet, que celle-ci soit liée à des causes physiques, économiques ou sociales, c'est bien la difficulté de se déplacer de manière autonome à un coût accessible pour tous qui est en jeu. Ainsi, la question de la mobilité des personnes âgées est ici abordée de manière non stigmatisante.

Outre son accessibilité, l'autre force du service réside dans sa flexibilité et sa proximité, puisqu'il suffit de réserver la veille avant midi pour être transporté de la porte de son domicile à la destination choisie. Cette réactivité facilite donc le maintien à domicile des personnes âgées, lutte contre leur isolement, sans toutefois se substituer aux services des taxis ou des VSL lorsque ceux-ci sont mieux adaptés.

L'offre créant la demande, Lamballe Communauté doit gérer un risque inflationniste dans l'usage du service et, par conséquent, dans son coût. Financé presque exclusivement par les entreprises de la Communauté, le Distribus ne sera-t-il pas, à terme, amené à sélectionner davantage ses usagers et ses usages ?

Si la formule paraît en effet la plus économique et la plus rationnelle pour garantir un bon maillage territorial, en particulier en zone rurale, elle rencontre une limite locale majeure à son développement : celle de son coût et donc de son mode de financement. Quid des territoires qui ne disposent pas de suffisamment d'entreprises sur leur sol et donc de bases fiscales suffisantes pour envisager la mise en place de ce type de transport à la demande ?

2. Convention entre Fougères Communauté et des entreprises de taxi pour la mise en place d'un transport à la demande en milieu rural

2.1. Description synthétique

Le service de transport à la demande mis en place par Fougères Communauté en partenariat avec des artisans taxis fonctionne depuis 1996.

L'accessibilité des usagers à ce service répond à une logique d'équité fondée sur l'évaluation des difficultés des personnes à se déplacer dans leur environnement de proximité. Le service, qui fonctionne 7j/7 de 7h à 19h ne couvre que le territoire de Fougères Communauté et ne peut pas être utilisé pour aller régulièrement sur son lieu de travail, pour des déplacements scolaires ou ceux pris en charge par la sécurité sociale. Le nombre de tickets autorisés par an et par personne est limité à 75 unités, le coût de ces derniers étant en 2007 de 3.15€ pour les 50 premiers tickets et 6.30€ pour les 25 restants.

2.2. Quelques enseignements et réflexions

- Les conditions d'accès à ce service sont plus restrictives que celles du Distribus de Lamballe Communauté : sélection des territoires et des personnes éligibles, tarifs plus élevés...Mais il répond toutefois aux besoins d'usagers connaissant d'importantes difficultés de mobilité en milieu rural principalement.

3. Service d'Accompagnement Social à la Mobilité mis en place par la FEDE UNA 22

3.1. Description synthétique

Le service d'accompagnement social à la mobilité (SASM) a été créé par la FDSMAD 22 en 1998 en partant du constat d'un manque de transports à la demande accessibles aux personnes âgées disposant de faibles ressources. L'objectif général est donc de lutter contre l'exclusion et l'isolement des personnes fragilisées par l'âge, le handicap et la précarité des ressources. Il s'adresse exclusivement à la population dont les revenus sont égaux ou inférieurs aux minima sociaux. Pour les personnes âgées, sont concernés : les bénéficiaires d'une prise en charge d'aide à domicile, de l'APA, de l'Allocation supplémentaire, du minimum vieillesse ou d'un accord de prise en charge délivré par l'UNA 22 pour celles qui ont un revenu inférieur au minimum vieillesse, titulaire de l'ex Fonds National de Solidarité et non imposables.

Financé presque intégralement par le Conseil général des Côtes d'Armor, ce service subsidiaire, qui n'intervient qu'en cas de carence d'un autre mode de transport moyennant un paiement forfaitaire de 7€ par voyage, est géré par l'UNA 22 qui coordonne les interventions de 12 accompagnateurs sociaux auprès des personnes éligibles. Travailleurs sociaux formés à la prise en charge globale des besoins du public accompagné, les accompagnateurs agissent à la demande des personnes ou de prescripteurs (CCAS, CLIC, Conseil général, Services de tutelles...). Les transports accompagnés répondent à des besoins très divers de la vie courante : courses alimentaires ou vestimentaires, consultations médicales ou paramédicales, visites de proches hospitalisés, passages à la banque, à la Poste, aux tribunaux, au cimetière...

Le SASM de la FEDE UNA 22 ne se réduit donc pas à un simple transport à la demande de porte à porte. L'accompagnement humain de la personne facilite sa mobilité, mais aussi le maintien du lien social et la prévention médico-sociale.

Compte tenu du succès rencontré par ce service, la FEDE UNA 22 observe que tout développement supplémentaire est aujourd'hui conditionné par la mobilisation et la pérennisation de nouvelles ressources, tant financières, qu'humaines ou matérielles. Cette saturation des possibilités du service est en particulier accentuée par les contraintes liées au fort développement des accompagnements des personnes vers les accueils de jour (malades d'Alzheimer...).

3.2. Quelques enseignements et réflexions

Il s'agit d'un service d'accompagnement à *vocation sociale* destiné à des personnes ayant de faibles ressources et rencontrant des freins importants à la mobilité. Sa force réside dans la prise en charge globale des besoins de la personne, de l'aide au domicile jusqu'à la présence sur le lieu de destination. Il n'est pas réservé aux personnes âgées.

Il prolonge les possibilités d'une vie à domicile en lien avec son environnement social de proximité et s'inscrit dans une logique de veille et de prévention des risques liés à l'isolement des personnes à mobilité réduite, âgées ou non.

Répondant à des besoins non couverts et n'intervenant que par défaut, sa logique de subsidiarité le préserve d'éventuelles accusations de "concurrence déloyale" à l'encontre d'autres modes de transports : taxis, transports en commun, VSL...

Seule l'aide publique massive du Conseil général a permis la pérennisation du service depuis la fin du dispositif emplois-jeunes.

Selon sa coordonnatrice, le service n'a plus aujourd'hui les moyens de suivre le rythme de croissance soutenu de la demande d'accompagnement émanant de ses usagers ou de ses prescripteurs.

Alors que le développement des accueils de jour est favorisé par les pouvoirs publics et les organismes de protection sociale, les moyens prévus pour l'accompagnement des personnes bénéficiaires, de leur domicile au lieu d'accueil, paraissent largement insuffisants, voire parfois inexistantes, ce qui par effet collatéral pénalise aussi leurs aidants.

La FEDE UNA 22 souhaiterait élargir le champ des accompagnements pour y inclure davantage d'activités ludiques ou socioculturelles pour une meilleure qualité de vie des bénéficiaires du service.

4. Les "Ateliers de la route" mis en place par le CLARPA 56

4.1. Description synthétique

C'est dans le contexte d'un projet gouvernemental avorté, celui de l'instauration d'une visite médicale obligatoire pour les conducteurs de plus de 75 ans, que l'initiative du CLARPA 56 et de ses Clubs de retraités affiliés a vu le jour. La communication autour de ce projet de visite médicale a en effet suscité de vives inquiétudes chez les personnes concernées. Après avoir fait le constat d'une pédagogie souvent inadaptée des cours de code et de conduite -destinés avant tout aux jeunes conducteurs- le CLARPA 56 a décidé d'innover. Il a en effet cherché à répondre aux craintes exprimées dans une perspective générale de prévention routière et de maintien des capacités des conducteurs à se mouvoir en sécurité, tant pour eux-mêmes que pour les autres usagers de la route.

Ouverte aux plus de 50 ans, cette formation s'est donnée pour objectif de réduire les accidents de la route des seniors, d'améliorer la santé au volant (fatigue, alcool, médicaments, vue, audition, réflexes...), de les amener à ajuster leurs modes de déplacement à l'évolution de leurs capacités (éviter les conditions de circulation à risque, développer des moyens alternatifs de transports si besoin tels que transports en commun , covoiturage...), de leur redonner confiance en eux-mêmes pour préserver, le plus longtemps possible, une mobilité autonome.

La formation est centrée sur la maîtrise des parcours réguliers des personnes à proximité de leur domicile. Pour y parvenir, elle est décomposée en quatre séances successives : 2 séances de remise à niveau sur le Code de la route, une séance sur la sécurité au volant et une quatrième séance pratique de conduite, facultative, avec un moniteur auto-école. Pour les trois premières séances, le CLARPA s'appuie sur un matériel pédagogique fourni par Groupama Loire Bretagne et surtout sur une équipe de 12 animateurs bénévoles spécialement formés pour le projet. L'écoute du public est en effet facilitée par ce recours à une pédagogie par les pairs, en petit groupe de 15 personnes, de nature non stigmatisante et localisée à proximité des lieux de vie des personnes. Un effort sur l'accessibilité financière a également été réalisé puisque l'ensemble des séances revient à 12€ par personne, la quatrième étant même gratuite.

Cette action, aujourd'hui inscrite dans le Plan Départemental d'Actions de Sécurité Routière, a notamment reçu le soutien de l'Etat, de la Prévention routière, du Conseil général du Morbihan et de la Fondation Norauto. Les chiffres témoignent de son succès : en 2006, à l'échelle du Morbihan , le CLARPA 56 dénombrait plus de 1000 participants à 67 Ateliers de la route, représentant près de 7 000 heures de formation avec les animateurs bénévoles et 250 heures d'auto-école.

4.2. Quelques enseignements et réflexions

Une telle action qui s'inscrit dans une logique de prévention et de sécurité routière est **d'intérêt général**. Elle contribue en effet à réduire les risques d'accidents de la route tant par l'amélioration des capacités des conducteurs qu'en leur faisant prendre conscience de leurs propres limites, ce faisant elle en décourage certains qui se découvrent inaptes.

Face à la perspective d'une nouvelle réglementation contraignante, ses responsables font le pari de la responsabilité individuelle des conducteurs en les incitant à se former, avec leurs pairs, sur la base du volontariat et au moyen d'une pédagogie adaptée et personnalisée prenant en compte tant les facteurs psychologiques (estime de soi, regard social...) que physiques ou environnementaux.

Elle contribue à maintenir ou à développer l'autonomie des retraités et personnes âgées vivant à domicile en élargissant leur aire géographique de mobilité. Ce faisant, elle facilite leur vie quotidienne ainsi que le maintien et le développement des relations sociales nécessitant des déplacements et, d'une manière générale, participe de leur qualité de vie et élargit leur horizon de possibles.

Section 3.

Quelques préconisations issues de
l'analyse des initiatives sélectionnées

Avertissement

Les préconisations qui suivent ont été regroupées par grandes catégories d'acteurs afin d'attirer plus particulièrement l'attention de certains d'entre eux sur telle ou telle recommandation.

Cette déclinaison n'est ni exhaustive, ni exclusive.

L'objectif commun d'amélioration de la qualité de la vie des personnes vieillissantes vivant à domicile en Bretagne implique autant de mobiliser individuellement chaque acteur concerné que de rechercher systématiquement *la coopération* et *les effets de synergie*, notamment entre les partenaires publics et privés, dans tous les territoires.

1. Conseil régional, en lien avec les acteurs publics et privés concernés en Bretagne

- **Politiques des transports (« Schéma régional de l'accessibilité du réseau de transport régional »), de l'aménagement du territoire et politiques territoriales :**
 - D'une manière générale, prendre en compte la situation particulière des personnes âgées vivant en milieu rural ;
 - En lien avec les politiques des Conseils généraux et les autres acteurs concernés (CLIC et MDPH notamment), soutenir le développement de services intercommunaux de transports à la demande adaptés et accessibles à tous, garantissant un maillage territorial de la Bretagne, en particulier en milieu rural et lorsque l'EPCI concerné ne dispose pas de bases fiscales suffisantes pour leur financement ;
 - Soutenir, en partenariat, le développement des services d'accompagnement social à la mobilité (Schéma Directeur des Transports, Contrats de Pays, Convention avec l'AGEFIPH...). Participer, par des aides ponctuelles, au financement de véhicules adaptés au transport des personnes à mobilité réduite.
- **Politique de formation tout au long de la vie :**
 - Soutenir les initiatives de type « Ateliers de la route » mis en place par le CLARPA 56 afin d'anticiper les pertes d'apprentissage des conducteurs ;
 - En lien avec les organisateurs des services d'accompagnement social à la mobilité, soutenir les actions de formation des accompagnateurs salariés.

2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant– avec le Conseil régional

- **Etat, collectivités locales, organismes publics de prévention routière** : adapter l'ensemble de la signalisation routière (horizontale et verticale) aux diminutions des capacités visuelles des conducteurs restant aptes à la conduite.
- **CLIC** : Développer, en partenariat, les campagnes locales de prévention routière auprès des conducteurs retraités et âgés.
- **EPCI, CIAS, CLIC** : Développer les conventionnements avec les entreprises de taxi, notamment pour le transport à la demande des personnes âgées isolées en milieu rural.
- **Taxis et autres entreprises de transports (autocaristes...)** : Développer les conventionnements avec les collectivités, notamment pour le transport à la demande des personnes âgées isolées en milieu rural ;
- **Mutuelles, Compagnies d'assurance** : soutenir et valoriser les actions de prévention routière auprès des personnes retraitées et âgées, par exemple par l'octroi de certains avantages tarifaires aux personnes âgées de plus de 60 ans acceptant d'évaluer régulièrement leur capacité à la conduite automobile, de suivre des formations ou des stages de conduite... alors qu'il existe des incitations et des avantages pour les jeunes conducteurs en conduite accompagnée, pourquoi pas de tels dispositifs pour les seniors ?
- **Professionnels de santé** : Améliorer la sensibilisation, la prise de conscience, et l'information des conducteurs âgés aux risques routiers provoqués par les pertes de capacité ou la prise de certains médicaments ;
- **Auto-écoles** : adapter la pédagogie des cours théoriques et pratiques destinés au public âgé ayant besoin d'un recyclage théorique et pratique ;
- **Associations et clubs de retraités** : Développer, en partenariat, les campagnes locales de prévention routière auprès des conducteurs retraités et âgés ;
- **Particuliers, associations** : développer et valoriser les modes de transports solidaires de type co-voiturage...

Chapitre 3

Services

SECTION 1. Des « services de maintien à domicile » aux « services de qualité de vie »

1. Des services qui concourent au maintien à domicile...
2. ... aux « services de qualité de vie »

SECTION 2. Exemples d'actions

1. Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Pays de Ploërmel
2. Expérimentation NTIC et maintien à domicile – France Télécom, CG22, CG35, Custos, Présence Verte
3. Accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au « Village des services » de l'ADMR des Dolmens JRS à Janzé

SECTION 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées

1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne
2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional

Section 1.

Des "services de maintien à domicile"...
aux "services de qualité de vie"

Introduction

Services à la personne, services publics, services au public, services à la population, services de soins et d'aide à domicile, services en établissement... La notion de service se caractérise d'abord par son contenu protéiforme.

Il existe une approche classique de ces services qui tend à privilégier le *faire* sur l'*être*. Or, lorsque la situation de la personne âgée le permet, il apparaît au contraire préférable de quitter cette approche trop exclusivement matérielle des services qui, par une sorte d'effet pervers, peut, dans certains cas, renforcer son état de dépendance. En effet, si le « faire à la place de » peut se révéler plus « efficace » pour l'exécution du service que le « faire avec » ou le « laisser faire », en revanche, il peut ne pas se révéler le plus « efficient » du point de vue du maintien de l'*autonomie*, de la *liberté de choix*⁵¹ et de la *dignité* de la personne. Le « faire à la place de » peut ainsi modifier les usages et bousculer la culture de vie quotidienne et les habitudes ou, pour reprendre un terme de sociologie, l'*habitus*⁵² de l'individu, renforçant ainsi le sentiment de ne plus être apte, voire de ne plus être. A chaque fois que possible, il paraît donc préférable de privilégier une approche stimulante des services aux personnes âgées, et de prévoir le temps et les moyens nécessaires pour ce faire. La Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale⁵³ va d'ailleurs en ce sens lorsqu'elle prône l'affirmation des droits et libertés individuels de l'utilisateur : droit à l'information, à la liberté de choix, à un accompagnement individualisé, à la participation...

A partir de ces enjeux, l'étude étant centrée sur les personnes âgées vivant à domicile, nous aborderons ici la question des services à partir d'une double interrogation :

- Quels sont les services qui concourent au *maintien à domicile* des personnes âgées ? (1)
- De manière plus large, quels sont les services qui contribuent à la *qualité de la vie* des personnes âgées vivant à domicile ? (2)

⁵¹ La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale privilégie l'affirmation des droits et libertés individuels de l'utilisateur des services, dont le droit à l'information, à la liberté de choix, à un accompagnement individualisé et à la participation.

⁵² *Habitus* : Selon Pierre Bourdieu, l'*habitus* est un ensemble de "dispositions durables, génératrices de pratiques et de représentations" acquises au cours de l'histoire individuelle. D'après une définition plus classique, la notion désigne généralement l'ensemble des manières de penser et d'agir que nous acquérons au cours de notre socialisation, essentiellement durant la prime enfance (Dictionnaire des sciences humaines, J-F Dortier, Ed Sciences Humaines).

⁵³ Voir ASH n° 2379 du 29 octobre 2004 (supplément)

1. Des "services qui concourent au maintien à domicile"...

Trop souvent les services qui concourent au maintien à domicile sont réduits aux services intervenant *au domicile* des personnes âgées, or, il faut aussi considérer les services *extérieurs* au domicile qui contribuent, eux aussi, à prolonger le maintien à domicile.

La typologie qui suit, présentée ici à grands traits, est principalement issue des travaux du sociologue Bernard Ennuyer⁵⁴.

1.1. Des services intervenant au domicile

Cinq types de services peuvent être distingués : les services d'aide à domicile, les services médicaux et apparentés, les services d'accompagnement à domicile, les services de sécurisation juridique et financière ainsi que, même s'ils sont parfois moins visibles, les services solidaires rendus par les proches et l'entourage.

1.1.1. Services d'aide à domicile

Historiquement, ces services qualifiés aujourd'hui « d'aide à domicile », sont à rapprocher de la notion de services « d'aide ménagère » permettant, par des aides diverses à la vie courante, de prolonger la vie à domicile. Issus d'abord d'une certaine « tradition charitable »⁵⁵, développés bénévolement par des acteurs de l'économie sociale (congrégations, associations...), ces services commencent à se structurer professionnellement à partir des années 1950, tant au sein de cette dernière que, progressivement, des collectivités publiques (Communes et leurs CCAS notamment). Ce développement de l'aide à domicile est alors souvent présenté comme un avantage pour la collectivité puisqu'elle évite ou retarde des hospitalisations courtes, coûteuses et non indispensables.

Face à l'indigence de la situation de nombreuses personnes âgées et aux carences de l'action publique en ce domaine, le rapport Laroque, en 1962, prône le développement d'une véritable politique sociale de la vieillesse et préconise notamment, pour ce faire, le déploiement des services d'aide ménagère dont le rôle doit tendre selon lui « *non seulement à la satisfaction des besoins matériels des personnes âgées, mais aussi à établir une liaison humaine entre ces personnes et le milieu local* ». Même si, en réponse à ce rapport fondateur, des mesures légales sont prises pour favoriser l'aide ménagère, celle-ci ne dépassera que rarement, jusqu'à aujourd'hui, la moyenne mensuelle de 10h à 15h...ce qui apparaît, dans de nombreux cas, largement insuffisant pour une prise en charge effective et complète du maintien à domicile. Cette carence apparaît d'autant plus que persistent durablement de fortes inégalités socio-économiques face aux possibilités d'un maintien à domicile en raison, notamment, de fortes disparités dans la prise en

⁵⁴ Bernard ENNUYER « Repenser le maintien à domicile », DUNOD, 2006, pp 97-143

⁵⁵ Bernard ENNUYER, op.cit

charge de l'aide à domicile par les différents financeurs. Bernard Ennuyer va même jusqu'à soutenir que, « *de façon générale, ce financement est fondamentalement aléatoire et inégal entre les retraités* ».

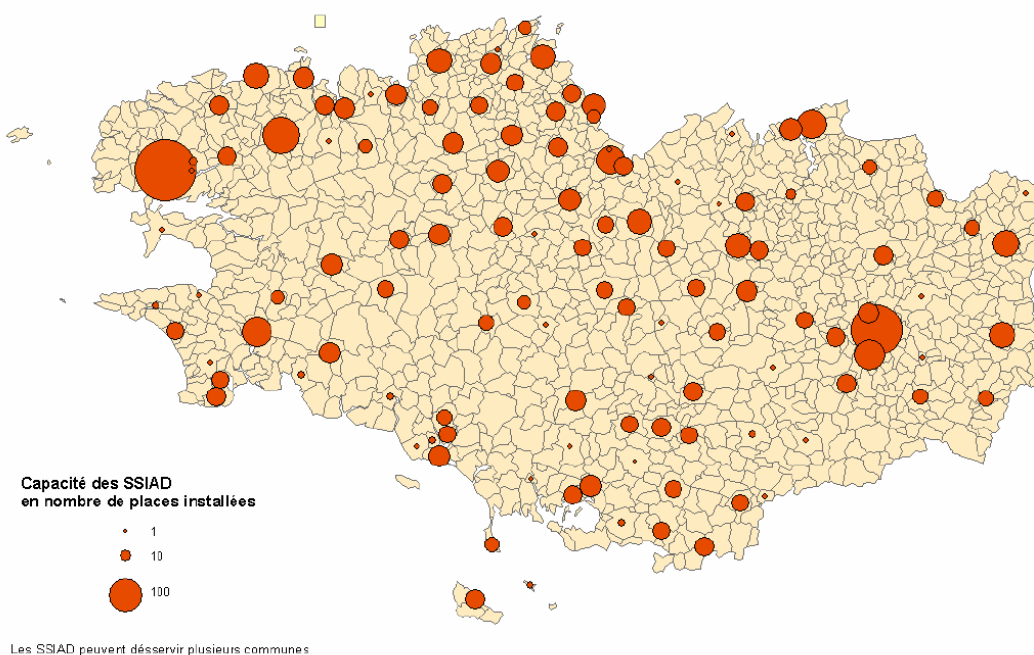
Si l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, dont le montant mensuel varie de 500 à 1 000 € environ selon le degré d'autonomie et les ressources des personnes, peut apparaître comme un progrès pour les personnes classées en GIR 4 et inférieur, en revanche, celles classées en GIR 5 et 6 ne peuvent en bénéficier. Cette situation limite, de fait, la portée préventive de la prise en charge collective de l'aide à domicile, puisqu'il faut déjà être reconnue au moins comme "moyennement dépendant" pour être attributaire de l'APA... Or, n'est-ce pas d'abord en amont de la perte d'autonomie que les efforts de prévention doivent être portés pour améliorer l'égalité des chances d'un maintien à domicile en bonne santé ?

1.1.2. Services médicaux et apparentés

Ces services, qui interviennent sur prescription médicale, étant bien connus et le champ de notre étude étant décentré d'une vision sanitaire du vieillissement, ils ne seront ici que mentionnés, ce qui bien sûr, ne retire rien à leur importance dans les possibilités d'une vie à domicile. Ils en sont d'ailleurs, le plus souvent, la condition sine qua non. On soulignera juste les inégalités territoriales croissantes dans l'accès à ces services essentiels de proximité (désertification médicale de certaines zones rurales...). Il s'agit notamment :

- des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou, même si ceux-ci sont encore peu développés, des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), dont l'acteur clé est l'infirmier coordonnateur, ce dernier étant lui-même secondé par des aides soignants placés sous sa responsabilité ;
- des services assurés par le réseau des infirmiers libéraux ;
- des services pharmaceutiques dont les règles d'affectation géographique demeurent le garant d'un bon maillage territorial de proximité ;
- des services d'Hospitalisation à domicile (HD) encore sous-développés en France malgré leur grand intérêt tant pour le malade que pour les finances publiques et sociales, en raison notamment de carences dans la liaison ville-hôpital ;
- des équipes territorialisées des secteurs psychiatriques.

Carte 8. Répartition des SSIAD selon la commune d'implantation du siège du service



Source : DRASS Bretagne, « Les dispositifs pour personnes âgées au 31 décembre 2005 », p62

1.1.3. Les services d'accompagnement à domicile

Ces services complètent les deux premiers en facilitant la vie à domicile. Parmi ceux-ci, on peut citer : les portages de repas, les téléservices⁵⁶ (téléalarme, téléassistance, télérelation...) dont la fonction est surtout de réassurance de la personne âgée et de son entourage (on estime que seulement 1% des appels relèvent d'une urgence vitale), les gardes de jour et de nuit, dont leur forme innovante et encore trop peu développée de "garde itinérante de nuit"...

Parmi ces services, on peut également mentionner ceux, comme l'association ALMA France et ses relais locaux⁵⁷, qui ont pour finalité de prévenir ou de lutter contre les phénomènes de maltraitance, à domicile ou en établissement, dont les formes sont très diverses : physiques, psychologiques, financières...

1.1.4. Les services de sécurisation juridique et financière

On les mentionnera ici sachant que certains sont aussi exercés à l'extérieur du domicile. Trois exemples seront développés à titre d'illustration : la protection juridique des personnes vulnérables, la défense des droits des consommateurs âgés, le prêt viager hypothécaire.

⁵⁶ La Commission européenne vient d'adopter, le 14 juin 2007, un plan d'action « Bien vieillir dans la société de l'information » visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées par le biais des TIC. Ce plan souligne les enjeux économiques et sociaux liés au développement de ces services numériques en Europe.

⁵⁷ <http://www.alma-france.org/>, N° d'appel national : 08.92.68.01.18

- **La protection juridique des personnes âgées vulnérables**

Lors de son audition au CESR, Me Alain GOURANTON, représentant du Conseil régional des Notaires de la Cour d'Appel de Rennes, a souligné l'enjeu majeur de la protection juridique des personnes âgées vulnérables : « *Dites moi comment vous protégez les personnes vulnérables, je vous dirai dans quelle société vous êtes* ». Cet enjeu sociétal est également mis en exergue par le Président de l'UNAF à l'occasion de la réforme de la protection juridique des majeurs issue de la Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 : « *Derrière ou au-delà de cette réforme se pose une question fondamentale, celle de savoir dans quelle société nous voulons faire vivre les personnes qui, à un moment donné, ont un genou à terre*⁵⁸. »

Cette réforme qui entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2009 est principalement la traduction d'une volonté du législateur de renforcer les droits des personnes vulnérables en luttant contre les mesures de protection arbitraires. A côté des trois mesures traditionnelles de protection que sont la « mise sous sauvegarde de justice », la « curatelle » et la « tutelle est créé le « mandat de protection futur ». Ce dernier permet à toute personne de choisir, de son vivant, un mandataire protecteur qui sera chargé de sa protection ou de celle de personnes dont elle a la charge (ex : parents d'enfants handicapés).

S'agissant des transmissions du patrimoine, du droit des successions, on ne saurait trop insister sur la nécessité de mieux informer les familles, le plus en amont possible, de leurs droits et obligations. En la matière, comme l'a souligné Me Gouranton : « *le secret est l'ennemi des familles, la transparence, une bouée de sauvetage* ».

- **La défense des droits des consommateurs âgés**

L'audition des représentantes bénévoles de l'association « UFC-Que choisir ? » de Rennes, a mis en évidence la grande hétérogénéité des moyens et des capacités à se défendre des consommateurs âgés, phénomène que l'on retrouve d'ailleurs à tout âge.

Toutefois, d'après leur expérience locale, il semble qu'en termes d'abus à la consommation, trois domaines à risque concernent plus particulièrement les personnes âgées : *le démarchage à domicile, l'abus de faiblesse et la publicité abusive*.

Pour le démarchage à domicile, plusieurs exemples d'abus ont été évoqués par les représentantes de l'UFC-Que choisir ? : travaux de rénovation ou d'amélioration de l'habitat (ex : pose de stores, portes de garage, nettoyage des toitures, traitement des charpentes, installations de sécurité, etc.), nouvelles technologies de l'information et de la communication (téléphonie mobile, abonnements Internet...), offres de crédits revolving, placements boursiers, assurances vie...

⁵⁸ François Fondard, Président de l'UNAF, « Le pari de la solidarité... », Documents CLEIRPPA, Cahier n° 26, p12.

L'abus de faiblesse est une situation juridique complexe dont la preuve est particulièrement difficile. Il faut signaler ici le cas de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées pour lesquelles le délai d'attente de reconnaissance de leur état de faiblesse représente un temps à haut risque en termes d'abus à la consommation (question de la validité juridique des engagements contractuels et de l'applicabilité du principe de rétroactivité).

Enfin, pour ce qui concerne la publicité abusive, on peut citer le cas des "loteries avec achats liés" dont les clauses n'apparaissent qu'en petits caractères...Ce défaut d'accessibilité visuelle de l'information est d'ailleurs un phénomène général et est à la source de multiples litiges. Quelques exemples de domaines où des publicités abusives posent parfois problème du fait d'un manque de transparence manifeste : les contrats des nouvelles technologies de l'information et de la communication, l'appel au crédit à la consommation, les contrats de vente lors de foires ou de salons, les loisirs et voyages organisés...La libéralisation du marché de l'énergie (électricité, gaz...) a également été signalée comme un domaine à risque.

Dans l'ensemble de ces domaines, il apparaît souhaitable de développer les actions de sensibilisation, d'information et de prévention des abus par la mobilisation des acteurs en contact avec les personnes âgées vulnérables : associations et clubs de retraités, services d'aide et de soins à domicile, professionnels de santé, travailleurs sociaux...

- **Les services bancaires : l'exemple du prêt viager hypothécaire**

Les établissements bancaires et financiers développent de nombreux services et produits afin de sécuriser financièrement les personnes retraitées et âgées. A titre d'illustration, nous ne mentionnerons ici qu'un produit particulièrement innovant : le "prêt viager hypothécaire".

Cette nouvelle forme de crédit permet à une personne d'emprunter une somme d'argent à sa banque et d'en laisser éventuellement le remboursement à la charge de ses héritiers. Cependant, la loi contient une mesure de sauvegarde et prévoit que les héritiers de l'emprunteur ne peuvent jamais devoir à la banque une somme supérieure à la valeur du logement hypothéqué estimé au jour du décès. Les fonds prêtés par la banque peuvent être mis à disposition de l'emprunteur soit en une seule fois, soit au moyen de versements périodiques, tous les mois ou tous les trimestres par exemples. Le capital et les intérêts ne sont payables qu'à la fin de l'opération qui sera souvent le décès de l'emprunteur⁵⁹.

Ce nouveau prêt peut être très utile, par exemple, pour une personne aux revenus insuffisants mais qui est propriétaire de son logement. Il constitue en effet l'un des moyens de rendre liquide un patrimoine pour augmenter ses revenus.

⁵⁹ D'après un article paru dans « Notaires 29 », n° 122, février 2007 et l'audition de Maître Alain Gouranton, Notaire à Rennes, au CESR de Bretagne le 5 juin 2007.

1.1.5. Les services solidaires rendus par les proches et l'entourage

Enfin, si l'on considère les services intervenant au domicile des personnes âgées, comment ne pas citer l'ensemble des *services solidaires*, non marchands, rendus bénévolement par les proches et l'entourage de ces dernières (familles, voisins, amis...) ? Car ceux-ci ont une dimension économique certaine autant qu'une utilité sociale évidente.

Il faut d'ailleurs, à cet égard, mentionner le rôle social majeur de la génération âgée de 55 à 75 ans dans les solidarités familiales. Elle est d'ailleurs souvent qualifiée de « génération pivot » puisque ses membres doivent autant exercer des solidarités descendantes envers leurs enfants et petits-enfants que des solidarités ascendantes en direction de leurs parents, du fait notamment de l'allongement de la durée de la vie, sans oublier les solidarités "collatérales" envers le conjoint ou les proches de la même génération. Les femmes sont ici, le plus souvent, en première ligne. Le rôle de cette « génération pivot » dans les solidarités intergénérationnelles a d'ailleurs fait l'objet de nombreux travaux de la Conférence de la famille en 2006, travaux qui ont abouti à la récente création du « congé de soutien familial⁶⁰ ».

Un autre exemple peut être cité : celui des *transports solidaires*. Nombreux sont en effet les co-voiturages partagés ou bénévoles facilitant la mobilité des personnes âgées à partir de leur domicile. Le développement de ces modes de transports innovants devrait d'ailleurs être plus fortement soutenu par les pouvoirs publics.

Ces services solidaires au domicile ou à partir du domicile peuvent donc être, comme souligné, « intergénérationnels » ou « intragénérationnels ».

1.2. Les services extérieurs au domicile concourant au maintien à domicile

Les services hospitaliers de courts et de moyens séjours, sont souvent, pour reprendre l'expression de Bernard Ennuyer « un des premiers maillons du maintien à domicile », d'où l'enjeu fondamental de l'amélioration de la liaison hôpital-domicile et donc du développement des réseaux gérontologiques « socio-sanitaires », dont les CLIC⁶¹ et les réseaux de santé devraient constituer le pivot et le duo inséparables sur tous les territoires, ce qui reste encore souvent, à de rares et remarquables exceptions près, de l'ordre du vœu pieux.

Hors domicile toujours, il faut également citer les accueils et hébergements temporaires, alternatives à l'entrée en établissement, dont l'existence permet à la fois de prolonger la vie à domicile, d'améliorer le bien-être « bio-psycho-social » de la personne âgée et d'offrir un répit salutaire aux aidants, contribuant ainsi à prévenir certains phénomènes de maltraitance par épuisement de l'entourage. C'est ce que souligne B. Ennuyer : « *un équipement temporaire, accueil de jour (voire de nuit) ponctuel ou en hébergement sur une longue durée, est le complément indispensable d'un maintien à domicile sur le long terme* ».

⁶⁰ Décret n° 2007-573 du 18 avril 2007 relatif au congé de soutien familial

⁶¹ A ce sujet voir, en annexe, la synthèse de l'enquête sur les CLIC en Bretagne, réalisée par le CESR

L'accès à ces accueils de jour ou hébergements temporaires, notamment en termes de moyens de transports adaptés et d'accompagnement social si nécessaire, représente un enjeu crucial.

Enfin, parmi ces services extérieurs concourant au maintien à domicile, on peut aussi mentionner les séjours de vacances qui apportent bien-être, goût de vivre et répit tant aux personnes âgées elles-mêmes qu'à leurs aidants naturels ou professionnels.

Cette présentation très simplifiée et non exhaustive des services concourant au maintien à domicile des personnes âgées a pour principal avantage de souligner *la diversité* de ces services et surtout, de mettre en lumière, *les passerelles* existantes ou à créer entre les services au domicile et ceux qui permettent ou nécessitent de quitter temporairement son domicile⁶². La frontière usuelle entre d'une part le domicile et d'autre part l'extérieur est tout sauf étanche.

Mais il faut aller encore plus loin, au-delà même de l'objectif réducteur du « maintien à domicile », il vaut mieux, de manière plus large, considérer l'ensemble des services qui contribuent, individuellement et par leurs interactions, à « la qualité de la vie » des personnes âgées vivant à domicile, objet même de notre étude.

2. ...aux "services de qualité de vie"

Les services présentés rapidement dans le point précédent concourent à « la qualité de la vie » des personnes âgées en permettant leur « maintien à domicile », comme d'ailleurs de nombreux autres « services à la population », publics ou privés. Si l'on considère globalement la qualité de la vie des personnes âgées, il faut sortir d'une vision trop exclusivement catégorielle, spécialisée et en fin de compte assez stigmatisante de la vieillesse. Car les services de qualité de vie aux personnes âgées font non seulement système entre eux mais aussi avec l'ensemble des services accessibles à la population sur un territoire donné. C'est d'ailleurs l'approche récemment retenue par la Région Bretagne dans sa politique territoriale avec les Pays.

2.1. Des services à la population qui contribuent à la qualité de la vie dans les territoires ...

Loin de l'idée réductrice selon laquelle seuls les Conseils généraux seraient, de par la Loi, concernés par les politiques publiques « personnes âgées », le Conseil régional de Bretagne, a récemment décidé de les inclure dans le contexte plus large de sa politique territoriale. Ainsi, bien que les Départements soient en position de chefs de file sur ce domaine, la Région affirme sa clause de compétence générale en incluant les services aux personnes âgées, encore trop souvent cloisonnés, dans la notion plus ouverte de « services à la population ».

⁶² « domicile » est ici employé au sens de logement.

2.1.1. La Région Bretagne ne se désintéresse pas, loin de là, du développement quantitatif et qualitatif des services aux personnes âgées

Deux exemples illustrent cet investissement du Conseil régional dans le développement des services à la population âgée : la démarche « projet de services à la population » contractualisée avec les Pays et la « Charte de qualification des aides à domicile ».

- **Des « projets de service à la population » à l'échelle des Pays**

Lors des Assises territoriales de Morlaix, organisées par la Région Bretagne en novembre 2004, celle-ci a réaffirmé sa volonté politique d'agir « pour une Bretagne équitable et solidaire ». Constatant que l'accès des populations aux services de proximité est un élément de cohésion sociale et d'attractivité des territoires et accordant une attention particulière aux Pays les plus fragiles, elle déclare à cette occasion que « *l'ambition de la Région est de contribuer au maintien de la qualité de la vie et des services au sein des 21 Pays bretons, qu'ils soient ruraux, périurbains ou urbains.* »

En 2005, un groupe de travail réunissant des représentants de la Région, de 5 "Pays pilotes", de l'Etat, des Conseils généraux, du CESR et de l'INSEE, est mis en place afin d'expérimenter la réalisation de diagnostics territoriaux sur les besoins de la population et l'offre de services à la population dans 5 Pays volontaires : Saint-Brieuc, Centre Ouest Bretagne, Morlaix, Fougères et Pontivy. Au-delà de ces diagnostics, l'objectif est de parvenir à établir, dans chacun des 5 Pays, un « schéma de services à la population ».

En 2006, le Conseil régional décide d'étendre la démarche à l'ensemble des 21 Pays – sur la base du volontariat de ces derniers. En juillet 2007, en plus des 5 Pays pilotes, 8 Pays s'étaient engagés, à des rythmes différents, dans la démarche : Auray, Brocéliande, Cornouaille, Dinan, Guingamp, Redon et Vilaine, Trégor-Goëlo, et Vallons de Vilaine.

A l'établissement d'une cartographie fine de l'offre de services dans les Pays, s'ajoute une analyse quantitative et qualitative de cette dernière à travers une grille de « grandes fonctions de la vie quotidienne » : *se former, travailler, se protéger, se soigner, communiquer, se déplacer, se divertir, consommer, effectuer des démarches administratives, se loger, créer du lien social*. Toutes ces fonctions concernent l'ensemble de la population, dont les personnes âgées.

La Région Bretagne ne prévoit pas, pour l'instant, de faire entrer ces schémas territoriaux de services à la population dans le cadre de sa politique de contractualisation territoriale avec les Pays, leur mise en œuvre relevant pour l'essentiel de ces derniers, de leurs collectivités membres et des Conseils généraux concernés. Leur portée est donc essentiellement de constituer une aide à la décision locale : ils n'ont pas directement de valeur contraignante entre la Région et les Pays.

- **Un exemple d'action régionale visant à améliorer la professionnalisation et la qualité de l'offre de services aux personnes âgées : « La Charte de qualification des aides à domicile »**

Constatant le profond besoin de professionnalisation et de qualification des personnels de l'aide à domicile⁶³ (en 2002, 85% des aides à domicile en exercice n'avaient pas le CAFAD⁶⁴ ou la mention complémentaire « Aide à domicile »), la Région Bretagne, l'Etat, les Conseils généraux, la Fédération des employeurs et les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA) concernés ont co-signé une « Charte régionale de qualification des aides à domicile » le 13 mai 2002.

La Charte fixait alors l'objectif d'élaborer « un projet de qualification global d'accès au DEAVS ou à un diplôme d'encadrant en faveur des personnes intervenant dans l'aide à domicile afin d'atteindre à cinq ans un objectif de 50% de titulaires du DEAVS (...) » et de valoriser les métiers de l'aide à domicile.

Dans le prolongement de la Charte, le GREF Bretagne a publié en octobre 2006 une étude sur « l'insertion professionnelle des personnes ayant obtenu un DEAVS, un CAFAD ou un CFP Assistant de vie en 2003 (octobre 2006) ». L'enquête menée auprès des diplômés a permis de constater que ceux-ci ont très rapidement trouvé un emploi dans le domaine de l'aide à domicile et exercent souvent dans ce même secteur, 2 ans après la formation. Les résultats de l'étude montrent donc une relation très forte entre la formation et l'emploi exercé, traduisant de fait le résultat positif des efforts engagés sur le fondement de la Charte de 2002.

Enfin, on signalera que cet objectif d'amélioration de la qualité de l'emploi dans les services aux personnes est également présent dans d'autres dispositifs impliquant la Région Bretagne : Contrats d'objectifs emploi-formation de la branche sanitaire et sociale, Stratégie régionale emploi-formation (SREF) pour les formations sanitaires et sociales, Charte de progrès (février 2007), projet d'élaboration d'un Contrat de filière « Service aux personnes » annoncé en mai 2007 dans le cadre du plan d'action 2007-2010 de l'économie sociale et solidaire...

2.1.2. Des services dont la coordination et l'accessibilité progressent trop lentement

Bien que plusieurs dispositifs ou schémas, tels les CLIC, les réseaux de santé, les schémas gérontologiques départementaux, le SROS, etc., tentent d'améliorer la coordination territoriale des acteurs et services gérontologiques, force est de constater que le paysage des services de qualité de vie aux personnes âgées apparaît encore comme largement « balkanisé » et leurs acteurs trop cloisonnés, notamment entre le secteur sanitaire et le secteur social.

⁶³ Constat récemment réaffirmé par le CES national dans son rapport sur « le développement des services à la personne », janvier 2007

⁶⁴ Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile aujourd'hui remplacé par le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS).

On peut prendre pour exemple de ce cloisonnement, les "murs" institutionnels qui se dressent entre le secteur du handicap et celui des personnes âgées "dépendantes". C'est ce que souligne le Conseil économique et social national dans son récent rapport sur « le développement des services à la personne » (janvier 2007) : « *Les services d'aide et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes âgées et handicapées sont insuffisamment coordonnés*⁶⁵(...)».

L'ancien Commissariat général au Plan insistait aussi sur ce morcellement des services, sur ce cloisonnement interprofessionnel récurrent, dans son rapport sur « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en fin de vie »⁶⁶ (avril 2005) : « *Chaque professionnel travaille de façon cloisonnée ; les visions restent fragmentées. La multiplicité des intervenants et des structures dont ils dépendent empêche un travail collectif coordonné alors même qu'il s'agirait de concentrer les efforts fournis sur l'anticipation des moments de rupture* ». Et de dénoncer le « *ping-pong institutionnel entre les différents financeurs de l'aide à domicile* » en soulignant qu'« *à chaque réforme, on rajoute une couche à un ensemble qui ressemble aujourd'hui à un millefeuille* ».

Le CES national, dans le rapport mentionné, mettait également en lumière l'enjeu fondamental de l'accessibilité territoriale et financière de ces services : « *Les services à la personne sont par nature des services de proximité qui reposent sur un maillage territorial très fin, au plus proche de nos concitoyens (...), il convient de garantir un bon maillage territorial des services offerts à la population, en particulier dans les zones rurales, afin de permettre une meilleure prise en charge des personnes éloignées et peu solvables et de ne pas laisser une partie de notre population sans service*⁶⁷. »

2.2. ... et qui font système

Dans son étude sur « les services aux personnes en Bretagne », la Chambre régionale de l'économie sociale (CRES) de Bretagne formule une proposition de définition de ces derniers comme étant « *l'ensemble des services contribuant au mieux-être et au mieux-vivre de nos concitoyens, sur leurs lieux de vie, essentiellement à leur domicile*⁶⁸ ».

Cette approche de la CRES souligne tout l'intérêt d'une approche systémique des services de qualité de vie aux personnes âgées. En effet, dans l'optique du CESR, ces services sont autant à considérer *individuellement* que dans leurs *interactions* qui « font système » dans la vie personnelle des personnes âgées et dans leurs relations avec leur entourage et leur environnement de proximité.

⁶⁵ CES, Note d'Iéna n°254, 19 janvier 2007, p 2.

⁶⁶ Commissariat général au Plan, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en fin de vie », Tome 1, groupe de projet GESTE, Avril 2005, p17

⁶⁷ CES, Note d'Iéna n°254, 19 janvier 2007

⁶⁸ La Lettre de l'ARIC, n° 198, novembre/décembre 2006

2.2.1. Des services aux effets souvent interdépendants...

Cette approche systémique permet de mettre en exergue l'interdépendance des effets des services sur la qualité de la vie des personnes âgées. Ainsi, un service d'adaptation de l'habitat peut induire une amélioration de l'état de santé de la personne, tant du point de vue physique que psychologique. De même des services socioculturels peuvent avoir des effets stimulant sur l'autonomie de la personne. La mise en place d'un bouquet de services multimédia au domicile de la personne peut autant contribuer à sécuriser la personne âgée ou son entourage qu'à favoriser son accès à des services culturels en ligne, à des services commerciaux (achat en ligne), à des services de télérelation (courriel, chat, visioconférence avec les enfants et les petits enfants par webcam...).

Pour la qualité de la vie des personnes âgées, il faut donc rechercher, autant que possible, *les synergies de services*.

2.2.2. ...qui doivent être considérés à partir d'une approche globale, coordonnée et interactive des besoins de la personne âgée

La nécessité d'une approche globale des services de qualité de vie aux personnes âgées, déjà soulignée dans le point précédent, appelle le développement du travail en réseau, de la coordination des acteurs intervenant dans la vie des personnes âgées vivant à domicile, que ce soit au domicile ou à l'extérieur de celui-ci, que ces services soient publics, privés à but non lucratif ou à but lucratif...

La laborieuse mise en place et le morcellement du dispositif des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) gérontologiques en Bretagne⁶⁹ témoignent, s'il en était besoin, de la difficulté de vaincre la rigidité des cloisonnements tant institutionnels que psychologiques des acteurs. Pourtant, le fait que certains d'entre eux y parviennent de manière innovante et exemplaire au bénéfice des personnes âgées montre qu'une meilleure coordination territoriale des services de qualité de vie est possible.

Il faut donc travailler à une meilleure *intégration* des services aux personnes âgées. Pour progresser en ce sens, le Commissariat général au Plan formulait quatre préconisations⁷⁰ qui paraissent toujours d'un grand intérêt :

- *la présence d'un référent qui coordonne les interventions médicales et sociales, responsable du suivi sur le long terme de la coordination des différentes interventions ;*

- *une prise en charge multidisciplinaire, sociale, médicale et paramédicale, avec des objectifs de prise en charge communs ;*

⁶⁹ Sur ce point, voir la synthèse de l'enquête réalisée par le CESR sur les CLIC en Bretagne (annexes)

⁷⁰ Commissariat général au Plan, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en fin de vie », Tome 1, groupe de projet GESTE, Avril 2005

- une porte d'entrée unique et une évaluation multidisciplinaire, avec un outil commun ;
- des incitations financières –positives ou négatives- à la coordination.

S'il apparaît donc souhaitable que cette approche des services aux personnes âgées devienne globale et coordonnée, un autre élément doit être pris en compte : considérer la personne âgée comme le principal acteur et auteur de sa vie et de sa liberté de choix. Cela suppose de développer une vision *interactive* des services fondée sur l'écoute réelle de la parole de la personne, de l'imaginer davantage comme un « consomm'acteur » plutôt qu'exclusivement comme un consommateur de services. Il en va ni plus ni moins de la reconnaissance de sa volonté et de sa capacité à vivre librement sa dignité de sujet. Il faut toutefois relativiser selon le degré d'autonomie et d'isolement des personnes.

Le « droit d'option » prévu par la Loi du 26 juillet 2005 sur le développement des services à la personne : un risque pour la qualité des services d'aide et d'accompagnement à domicile ?

La Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne prévoit un « droit d'option » pour les gestionnaires de services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant en direction des personnes âgées, adultes handicapées ou dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance. Ainsi, ce dernier peut soit opter pour le régime de l'« autorisation de création » délivrée par le Président du Conseil général, il se voit alors appliquer *l'ensemble* des dispositions de la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale visant à protéger les personnes fragiles et vulnérables ; soit choisir le régime de l'« agrément de qualité » délivré par le Préfet de département, il n'est alors tenu qu'à *un nombre très limité* de dispositions de cette loi et n'inscrit son offre de services dans aucune logique de planification visant à répartir harmonieusement cette offre sur l'ensemble du territoire.

Ce droit d'option, pourrait donc, dans certains cas, constituer un risque de « déconstruction » de la Loi du 2 janvier 2002 et donc une régression en termes de qualité du service rendu aux usagers, ceux-ci étant ici davantage considérés comme des consommateurs que comme des « consomm'acteurs », mais également en ce qui concerne la formation et les conditions de travail des professionnels intervenant à domicile.

Enfin, une autre question doit être soulevée : celle de l'accessibilité de l'information sur les aides et les services, en particulier pour les personnes âgées isolées. En effet, en ce domaine, les inégalités personnelles, sociales, économiques, culturelles et territoriales demeurent une réalité à prendre en compte dans un souci d'équité.

Conclusion : Des services pour soi, entre soi et pour les autres

Trop souvent on parle des services aux personnes âgées comme si elles ne rendaient pas, elles-mêmes, de nombreux services d'utilité sociale : gardes de jeunes enfants, aide aux devoirs, solidarités familiales descendantes, engagements associatifs et bénévoles divers, transmission du patrimoine immatériel...

Ainsi, si l'on considère les services de qualité de vie "*aux*" personnes âgées, il faut aussi prendre en compte les services de qualité de vie "*des*" personnes âgées : la qualité de la vie, ce sont des services *reçus* et aussi des services *offerts* ou *partagés*

sur un mode réciproitaire, dans la mesure des capacités individuelles et sociales. Une meilleure reconnaissance des services d'utilité sociale rendus par les personnes âgées contribuerait à un changement de regard sur la vieillesse encore trop fréquemment considérée seulement comme une charge pour la société, alors qu'elle en est l'une des ressources, l'un des facteurs de création de richesses tant économiques que sociétales.

Section 2.

Exemples d'actions

1. Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Pays de Ploërmel

En écho à cet exemple, le lecteur pourra prolonger sa réflexion en se reportant à la synthèse de l'enquête réalisée par le CESR sur les CLIC en Bretagne figurant dans les annexes du présent rapport.

1.1. Description synthétique

Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Pays de Ploërmel, labellisé en 2006, est l'un des cinq CLIC du Morbihan. Dans ce département, le Schéma gérontologique prévoit en effet une organisation de la coordination gérontologique sur deux échelles territoriales : un CLIC par Pays et des Relais gérontologiques au niveau des intercommunalités ou des cantons. Comme l'ensemble des CLICS du Morbihan, il est porté juridiquement par une association « Loi 1901 » et bénéficie de subventions du Conseil Général.

Si le CLIC a pour ambition d'être un lieu de ressources, d'écoute, d'information, de coordination et de partages des compétences pour répondre aux besoins des personnes âgées et de leur entourage, celui-ci s'appuie, pour l'opérationnel, sur des Relais gérontologiques dont la vocation est d'être des services de proximité visant à améliorer la vie des personnes âgées en mobilisant le réseau local constitué par l'ensemble des partenaires médico-sociaux et associatifs du territoire.

Le CLIC du Pays de Ploërmel dispose, sur ce modèle, de six relais gérontologiques, soit un par Communauté de Communes. Les relais les plus avancés, comme celui de Malestroit par exemple, fonctionnent déjà dans une logique de « guichet unique » pour la personne âgée, son entourage et les professionnels concernés.

Une enquête réalisée auprès de 40 personnes ayant bénéficié des services du Relais de la Communauté de Communes de Ploërmel en 2006 montre un degré élevé de satisfaction chez les usagers.

Diverses campagnes de communication et d'animations thématiques ont déjà été mises œuvre par le CLIC du Pays de Ploërmel-Cœur de Bretagne comme par exemple lors de la « Semaine bleue » du mois d'octobre 2006.

1.2. Quelques enseignements et réflexions

Le CLIC, à condition d'être bien relayé, **à proximité des personnes âgées**, peut constituer un formidable outil de décroisement et de coordination des acteurs de la filière gérontologique au niveau des Pays et des intercommunalités. Il peut aussi être considéré comme un outil de veille, de repérage et d'alerte sur les situations des personnes âgées.

Ses relais territoriaux, s'ils fonctionnent bien, peuvent même constituer de véritables « guichets uniques » facilitant la prise en compte des besoins des personnes âgées et de leur entourage, y compris en établissant des passerelles avec les besoins des personnes en situation de handicap.

Selon les responsables du CLIC du Pays de Ploërmel, pour qu'un CLIC ne soit pas qu'une structure supplémentaire sans consistance, il est primordial que des élus s'investissent très fortement lors de son lancement, qu'une intense campagne de communication soit régulièrement menée auprès de la population concernée (personnes âgées, entourage, professionnels, bénévoles...) et que la partie opérationnelle relève non pas du CLIC, trop éloigné pour cette tâche, mais de relais de proximité au niveau des Communauté de Communes, des Communes, des CCAS, des associations, des travailleurs sociaux, des professionnels de santé...

2. Expérimentation NTIC et maintien à domicile – France Telecom, CG22, CG35, Custos, Présence Verte

2.1. Description synthétique

En partenariat avec le CG 22, le CG 35, les sociétés de téléassistance Custos et Présence Verte, France-Telecom R&D vient d'expérimenter un bouquet de services numériques destiné à faciliter la vie à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie par l'usage de Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC).

Lancée au mois de septembre 2006 pour une durée de 6 mois, l'expérimentation a impliqué 37 binômes composés d'une personne âgée et d'un proche. Les personnes étaient âgées de 63 à 96 ans et relevaient principalement des GIR 4 et 5. Répartis à part égale sur les deux départements des Côtes d'Armor et de l'Ille-et-Vilaine, les usagers ont ainsi pu bénéficier gratuitement d'une offre de services à bas débit ou à haut débit ainsi que du matériel nécessaire à leur exploitation.

Outre sa dimension technologique et commerciale pour France-Telecom R&D, ce pack de services expérimental avait trois objectifs principaux : sécuriser les personnes âgées et rassurer leurs proches, favoriser les échanges entre les proches et les professionnels de l'aide à domicile, faciliter et maintenir les liens sociaux et intergénérationnels. En pratique, si l'on se réfère à l'offre « haut débit », 5 services étaient proposés aux personnes âgées et à leurs proches :

- *un médaillon d'alerte téléphonique* porté autour du cou avec fonction de chaînage d'appels en cas de problème,
- *une centrale d'alarme* comportant des capteurs automatiques permettant de détecter des anomalies (fumée, eau, gaz, température, activité, ouverture de porte) et déclencher une alerte chez les proches ou les professionnels de la téléassistance,
- *un téléphone ergonomique* à grosses touches avec flash lumineux, sonorisation améliorée et diverses fonctions d'automatisation des appels,
- *un visiophone* permettant de dialoguer à distance et de voir son interlocuteur,
- *un cahier de liaison numérique* pouvant être rempli de façon manuscrite par les personnes âgées ou par leurs aidants, les données étant consultables à distance par l'entourage et les professionnels de l'aide à domicile.

A signaler qu'un bracelet électronique pour personnes désorientées est également à l'étude par France Telecom.

Faisant un premier bilan de cette expérimentation, France Telecom R&D observe que les panélistes sont globalement satisfaits de l'expérimentation, néanmoins cet intérêt se concentre principalement sur les services d'intérêt vitaux permettant une réassurance périodique de la personne âgée et de ses proches. Le téléphone ergonomique a également été bien apprécié. En revanche, le visiophone ne semble pas encore suffisamment adapté aux usagers sur le plan ergonomique.

Enfin, l'expérimentation a également permis de mettre en évidence le rôle très important de l'entourage des personnes âgées pour inciter ces dernières à utiliser ces technologies et services, d'une « hotline » très réactive et spécialement dédiée à ce public ainsi que de la réalisation d'un diagnostic précis de l'équipement et de la configuration du domicile de la personne âgée, de son mode de vie et de la capacité de son entourage à l'accompagner dans l'usage des services.

2.2. Quelques enseignements et réflexions

Le médaillon d'alerte relié à une téléassistance, la centrale d'alarme, le téléphone ergonomique et le visiophone sont des matériels et services commercialisés auprès du grand public depuis plusieurs années. Les synergies relationnelles créées par l'usage de l'Internet à haut débit et le cahier de transmission électronique paraissent porteuses d'innovations.

Même si cette expérimentation a impliqué des Conseils généraux, la démarche de France Telecom R&D doit aussi être regardée comme une initiative de prospection commerciale sur un marché à fort potentiel et... concurrentiel.

Du point de vue des collectivités publiques, l'enjeu n'est donc pas de savoir à ce stade, si l'offre de France Telecom est meilleure que celle d'un autre opérateur téléphonique mais bien de créer les conditions favorables à un accès du plus grand nombre à ces nouvelles technologies et à leur usage pour faciliter la vie et le maintien à domicile. En effet, si ces services et les matériels associés étaient offerts gratuitement pour l'expérimentation, il n'en sera pas de même à l'avenir au stade de leur commercialisation...

Parmi ce bouquet de services numériques, le cahier de liaison électronique apparaît finalement comme le service le plus innovant : il pourrait être un formidable outil de coordination et de travail en réseau des acteurs intervenant auprès des personnes âgées : proches, services professionnels de l'aide à domicile...en particulier dans le contexte du développement des réseaux de santé.

On peut par ailleurs s'étonner que davantage d'aspects domotiques n'aient pas été mis en œuvre dans cette expérimentation.

Enfin, une limite importante apparaît : un usage excessif des nouvelles technologies peut aussi présenter un risque de déshumanisation et d'appauvrissement des relations sociales, ainsi qu'une « stigmatisation » de leurs usagers risquant, dans certains cas, d'accentuer la « dépendance ».

3. Accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au « Village des services » de l'ADMR des Dolmens JRS à Janzé

3.1. Description synthétique

L'ADMR des Dolmens JRS (Janzé, Retiers, Le Sel de Bretagne) a mis en place un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

En pratique, 8 personnes sont accueillies une journée par semaine dans un cadre convivial, stimulant et intergénérationnel.

Cette action est innovante pour plusieurs raisons :

- l'accueil de jour n'est pas, comme c'est le plus souvent le cas, adossé à un établissement sanitaire ou médico-social. Il se déroule dans les locaux fonctionnels d'un pôle multiservices créé par l'ADMR baptisé « Village des services », cette dénomination traduisant la volonté de ses fondateurs d'en faire un lieu non stigmatisant, d'ouverture, d'échange et d'inclusion sociale.

- l'organisation de l'espace d'accueil des malades témoigne d'une forte volonté de renforcement des liens intergénérationnels. En effet, ce dernier n'est séparé de la halte-garderie parentale que par une légère cloison amovible qui peut être ouverte occasionnellement pour faire se rencontrer, autour d'un goûter par exemple, les jeunes enfants et les personnes accueillies, sous la surveillance de leurs encadrants professionnels et bénévoles. En dehors de ces rencontres directes, les malades restent en contact sonore et visuel avec les enfants, de larges baies vitrées leur permettant de profiter de l'animation de la cour de récréation.

3.2. Quelques enseignements et réflexions

En regroupant sur un même site des services de soins et d'aides à domicile ainsi qu'une halte-garderie, la plate-forme multiservices créée par l'ADMR est en soi innovante. Son « esprit village » est la traduction d'une volonté d'inclusion sociale et intergénérationnelle. L'accueil de jour permet d'offrir aux « aidants » une journée de répit par semaine (proches, familles d'accueil...) et aux « aidés » un cadre de vie convivial, stimulant et susceptible, par certains aspects, de contribuer à ralentir la progression de la maladie.

Cette forme d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est toutefois limitée : elle ne concerne que des personnes encore capables de vivre à domicile et disposant donc toujours d'un certain degré d'autonomie compatible avec la possibilité d'un tel accueil.

Enfin, on pourra relever que, dès le départ, le positionnement bénévoles/professionnels a été clairement défini, un tel accueil devant faire l'objet d'un protocole rigoureux et précis quant aux rôles, fonctions et compétences de chacun.

Section 3.

Quelques préconisations issues de
l'analyse des initiatives sélectionnées

Avertissement

Les préconisations qui suivent ont été regroupées par grandes catégories d'acteurs afin d'attirer plus particulièrement l'attention de certains d'entre eux sur telle ou telle recommandation.

Cette déclinaison n'est ni exhaustive, ni exclusive.

L'objectif commun d'amélioration de la qualité de la vie des personnes vieillissantes vivant à domicile en Bretagne implique autant de mobiliser individuellement chaque acteur concerné que de rechercher systématiquement *la coopération* et *les effets de synergie*, notamment entre les partenaires publics et privés, dans tous les territoires.

1. Conseil régional, en lien avec les acteurs publics et privés concernés en Bretagne

- **Politique territoriale :**

- Soutenir le développement des CLIC (label de niveau 3 notamment⁷¹) et de leurs relais de proximité aux niveaux intercommunal et/ou communal.
- Soutenir la création de plates-formes multiservices de dimension intercommunale favorisant l'inclusion sociale et intergénérationnelle des bénéficiaires des services.
- Formation tout au long de la vie :
 - o Soutenir les actions de formation des personnels des CLIC ainsi que, d'une manière générale, la professionnalisation des services d'aide à la personne (ex : poursuite de la mise en œuvre, par des moyens suffisants, avec l'ensemble des parties prenantes, de la « Charte de qualification des aides à domicile ») ;
 - o En lien avec les Conseils généraux, favoriser la formation initiale, en amont, des bénévoles et des familles d'accueil intervenant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.

- **Qualité de l'emploi :**

- En lien avec la DRTEFP et les correspondants locaux de l'Agence Nationale des Services à la Personne, soutenir les actions de promotion de la qualité de l'emploi et des services.

- **Bretagne 2.0, innovation et développement économique, formation tout au long de la vie :**

- Soutenir le développement de l'innovation technologique dans la filière gérontologique, en particulier en mobilisant les acteurs du Pôle de compétitivité « Images et réseaux »

⁷¹ C'est-à-dire prévoyant, en plus des actions d'information, une véritable coordination et un travail en réseau des acteurs gérontologiques du territoire

- Assurer un maillage territorial complet de la Bretagne pour l'accès de tous au très haut débit
 - Favoriser le développement des services de télésurveillance (téléalarmes, centres d'appel...) accessibles à tous.
 - En partenariat avec les autres collectivités, expérimenter des « cybercommunes mobiles » pour la formation à domicile, ou dans des lieux collectifs de proximité, des personnes à mobilité réduite et disposant de faibles ressources.
 - Promouvoir les services intergénérationnels (ex : lycéens bénévoles accompagnant des personnes âgées pour l'initiation à l'informatique) et étudier la possibilité, en dehors des heures de cours, d'une mise à disposition des salles d'informatique des lycées pour la formation des personnes retraitées et âgées à l'usage de l'informatique.
- **Formations sanitaires et sociales :** En complément des compétences spécifiques à chaque profession, il faudrait pouvoir renforcer les compétences transversales des professionnels intervenant à domicile (ex : services aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap).

2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant– avec le Conseil régional

- **Ensemble des acteurs publics et privés concernés par les aides aux personnes âgées :** rendre l'information sur les aides et services existants accessibles à tous, en particulier aux personnes âgées isolées, en milieu rural comme en milieu urbain ou périurbain, disposant de faibles ressources et en situation de mobilité réduite. Un effort particulier devrait également être fait sur les moyens effectifs d'un meilleur accès à l'information des personnes âgées issues des catégories socio-professionnelles et milieux défavorisés, ces dernières n'ayant le plus souvent pas entièrement conscience des dispositifs d'aide et accompagnement dont elles peuvent bénéficier pour améliorer leur qualité de vie.
- **Ensemble des organismes de protection sociale :** Développer, les visites évaluatives systématiques à domicile dans une logique de prévention en s'appuyant, en particulier, sur les relais de l'entourage et des professionnels de santé situés à proximité des personnes.
- **Conseils généraux, CLIC, Pays, EPCI, CCAS, Communes, autres acteurs publics...**

Sur les CLIC :

- Engager une réflexion interdépartementale sur la cohérence territoriale des CLIC en prenant en compte, notamment, les besoins de proximité des usagers : Pays, intercommunalité, communes...

- Diffuser l'information sur les CLIC auprès du public concerné ;
 - Engager une réflexion sur les moyens d'inciter les CLIC qui ne le font pas encore, à évaluer régulièrement leur activité et son impact sur la qualité de la vie des personnes âgées et de leurs aidants, selon une procédure de type « Bilan sociétal » mobilisant l'expression de l'ensemble de leurs parties prenantes, et en premier lieu des personnes âgées vivant sur le territoire d'action du CLIC. La généralisation d'un outil de gestion et d'évaluation commun, tel le logiciel « LOGICLIC », favoriserait ces démarches d'évaluation, y compris sous la forme d'une autoévaluation.
-
- **DRASS, URCAM :** Favoriser le développement des services d'aide et de soins à domicile, la création de lits d'hébergement temporaire et d'accueils de jour, fixes ou itinérants, afin d'une part de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, d'autre part de soulager leurs aidants, et prévoir les moyens adaptés à la mise en œuvre de ces priorités.
 - **Universités :** Développer les travaux de recherche-action sur les services rendus et le rôle des aidants naturels (descendants, conjoints, voisinage...).
 - **Conseils généraux, Communes :** Etudier la possibilité, en dehors des heures de cours, d'une mise à disposition des salles d'informatique pour la formation, des personnes retraitées et âgées à l'usage de l'informatique.
 - **Conseils généraux, Etat (DDAS et DDTEFP notamment) :** Mieux coordonner et harmoniser les politiques publiques locales relatives au « droit d'option » prévu par la Loi du 26 juillet 2005 sur le développement des services à la personne (régimes de « l'autorisation de création » et de « l'agrément de qualité »).
 - **Clubs de retraités et personnes âgées :** Développer les actions de formation à l'informatique par les pairs ou par la mobilisation d'un réseau de jeunes bénévoles.

Chapitre 4

Santé

SECTION 1. A la recherche du bien-être « bio-psycho-social » de la personne âgée

1. Une spécificité française critiquable : la séparation handicap/dépendance
2. Ajouter de la vie et du vivre ensemble aux années
3. La santé n'est pas que « le silence des organes », elle est un état complet de bien-être « bio-psycho-social »
4. La santé influence la qualité de la vie –et inversement-
5. Le volet « Personnes âgées » du SROS de Bretagne ou la volonté d'une meilleure coordination des acteurs intervenant auprès des personnes âgées dans les territoires de proximité

SECTION 2. Exemples d'actions

1. Service de prévention par les Activités Physiques Adaptées – Mutualité Française des Côtes d'Armor
2. Prévention des chutes par le biais d'une pièce de théâtre « Juliette au pays des embûches » - Mutualité Française Bretagne
3. Service de garde itinérante de nuit – Mutuelle de Bretagne

SECTION 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées

1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne
2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional

Section 1.

A la recherche du bien-être "bio-psycho-social" de la personne âgée

Introduction

A moins de considérer que « la vie est une maladie mortelle », vieillir ne peut, en soi, être considéré comme un processus pathologique. L'enjeu en effet, lorsque l'on aborde la santé des personnes vieillissantes, n'est pas tant de se focaliser sur la notion réductrice et stigmatisante de « dépendance » sanitaire que de parvenir à réinsérer la sénescence⁷² dans le cheminement des âges de la vie.

Cette brève introduction permettra d'aborder très rapidement, et de manière largement non exhaustive, certains enjeux essentiels liés à la santé des personnes vieillissantes. Tout d'abord, nous insisterons sur une spécificité française contestable : la séparation handicap/dépendance (1). Puis, nous soulignerons l'importance d'ajouter de la vie et du vivre ensemble aux années (2), la santé ne pouvant être réduite au seul « silence des organes » (3). En effet, si la santé est un facteur de qualité de vie, l'inverse est également vrai (4). D'où l'insistance du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Bretagne et du Plan Régional de Santé Publique 2006-2010 sur les efforts à poursuivre pour parvenir à une meilleure coordination locale des acteurs de la filière gérontologique sur les territoires, au plus près des personnes âgées (5).

1. Une spécificité française critiquable : la séparation handicap/dépendance

Il faut d'emblée signaler la fragilité conceptuelle de la notion française de « personnes âgées dépendantes », voire celle de « dépendance » elle-même, qui sont toutes deux fondées sur une vision contestable qui a pour effet de cloisonner a priori, intellectuellement, socialement, politiquement et institutionnellement, les personnes en situation de « handicap » ou de « perte d'autonomie » et les sujets dont l'avancée en âge renverrait systématiquement à celle de « dépendance ». En d'autres termes, pourquoi et comment, à partir du seul critère de l'âge, bascule t-on en France du « handicap » à la « dépendance » ? Il semble qu'une réflexion de fond à partir de cette problématique pourrait contribuer à remettre en cause une certaine vision aussi spécialisée que ségrégative du vieillissement. Et si celui-ci n'était qu'une facette de la vie ? Voilà une idée neuve, ou à redécouvrir, qui pourrait grandement influencer la reconstruction d'un regard social plus serein, plus valorisant et inclusif sur les citoyens d'âge avancé. Un regard moins tragique et anxieux sur la vieillesse, qui au lieu d'être focalisé sur une vision exclusivement sanitaire des problèmes de « dépendance », prendrait un peu de recul, d'altitude, de philosophie pour redécouvrir l'un des fondements de la vie en société à savoir que « l'homme est un animal politique », un être *d'interdépendances* du début à la fin de sa vie : la dépendance est un élément de la condition humaine qui concerne l'ensemble d'une société, des femmes et des hommes, et pas seulement ses membres d'âge avancé.

⁷² Sénescence : « Ensemble des phénomènes non pathologiques qui affectent l'organisme humain à partir d'un certain âge (qui varie selon les sujets) provoquant, par une diminution et une modification des tissus, un ralentissement de l'activité vitale et des modifications physiques, physiologiques et psychiques »- Définition d'après le Dictionnaire ATILF-CNRS, [http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=3359092815;](http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=3359092815;consulté le 09 juillet 2007) consulté le 09 juillet 2007

Enfin, il faudrait également s'interroger sur l'expression commune de « personne âgée » qui peut, elle aussi, avoir certains effets stigmatisants. Un nouveau-né n'est-il pas lui aussi une personne dotée d'un âge, c'est-à-dire une « personne âgée »⁷³ ?

2. Ajouter de la vie et du vivre ensemble aux années

Une politique de santé qui interroge le « bien vieillir » devrait donc autant se préoccuper des « interdépendances » des personnes âgées que de leurs « dépendances ». Car si l'évolution des conditions et modes de vie, les progrès de l'hygiène et de la médecine ont certes permis de prolonger l'espérance de vie humaine sans incapacité, l'enjeu aujourd'hui n'apparaît pas tant d'ajouter des années à la vie que d'imaginer, de manière complémentaire, comment ajouter de la vie -et du vivre ensemble- aux années.

3. La santé n'est pas que « le silence des organes », elle est un état complet de bien-être « bio-psycho-social »

3.1. La santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé peut être définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité ⁷⁴ » étant précisé que « les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé⁷⁵ ».

⁷³ Sur ce point, voir l'introduction générale du rapport

⁷⁴ Préambule de la constitution de l'OMS adoptée par la Conférence internationale de la Santé à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946 et entrée en vigueur le 7 avril 1948-

⁷⁵ OMS – Charte d'Ottawa de promotion de la santé – 21 novembre 1986

**La promotion de la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Extraits de la Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986⁷⁶**

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Conditions préalables à la santé : Les conditions et les ressources préalables sont en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

Promouvoir l'idée : Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel tout en constituant un aspect important de la qualité de vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées.

Conférer les moyens : La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

Servir de médiateur : Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. »

En 2002, dans le prolongement de ces définitions holistiques de la santé, l'OMS définit le concept de « vieillissement actif » comme étant « le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer *la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie*⁷⁷ ».

Le récent programme de l'Union européenne intitulé « Healthy ageing » 2004-2007 s'inscrit dans le prolongement de ces définitions générales de la santé. Il définit en

⁷⁶ <http://www.ac-amiens.fr/pedagogie/svt/sante/page%201-2.htm> (site consulté le 09 juillet 2007)

⁷⁷ OMS, « Vieillir en restant actif : cadre d'orientation, Genève, OMS, 2002- Définition citée dans le plan national « Bien vieillir » 2007-2009, p 5

effet le « vieillissement en santé » comme étant « *le processus d'optimisation de la santé physique, mentale et sociale afin de permettre aux personnes âgées d'être actives socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie* ⁷⁸ ».

3.2. Le plan national « Bien vieillir » 2007-2009

Le plan national français « Bien vieillir » 2007-2009 s'inscrit d'ailleurs dans cette conception pluridimensionnelle, intersectorielle et multifactorielle de la santé humaine : « *Si à un âge avancé, les différents organes assurent à l'organisme une fonction satisfaisante, la survenue de facteurs déstabilisants (maladie, choc psychologique, agression, modification de l'environnement) peut induire une situation de rupture. Plus l'avance en âge est importante, plus l'équilibre de base est précaire et une agression de plus en plus minime peut suffire à bouleverser ce fonctionnement physiologique, d'autant plus si la personne est en situation de fragilité. En outre, la survenue des incapacités est un processus multifactoriel qui met en jeu une multitude de paramètres, tant médicaux que socioéconomiques et comportementaux. La prévention des facteurs de risque de certaines pathologies invalidantes et la promotion de facteurs favorisant le maintien ou la récupération de l'autonomie sont efficaces à tout âge et permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes* ⁷⁹. »

Les 9 axes du plan national « Bien vieillir » 2007-2009⁸⁰

1. Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risque d'un vieillissement
2. Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans
3. Promouvoir une activité physique et sportive
4. Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie :
 - accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre
 - prévention de l'ostéoporose
 - déficit auditif : la presbycusie⁸¹
 - déficit visuel
 - prévention des cancers chez les seniors
 - soins bucco-dentaires
 - campagne de communication et d'éducation multi-thématique
5. Promouvoir le bon usage des médicaments
6. Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le « vivre ensemble », creuset du « bien vieillir »
7. Développer le « bien vieillir » au niveau local
8. Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du « bien vieillir »
9. Inscrire la démarche française dans la dimension européenne du projet « Healthy ageing » EU

⁷⁸ Healthy ageing – Draft Report (2006) – Définition citée dans le plan national « Bien vieillir » 2007-2009, p 5

⁷⁹ Plan « Bien vieillir », p 6

⁸⁰ Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille ; Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

⁸¹ Presbycusie : altération des facultés auditives liées à l'âge.

4. La santé influence la qualité de la vie -et inversement-

Dès lors que l'on fonde une politique de santé sur cette approche globale, alors la prise en compte de la qualité de la vie des personnes âgées devient aussi importante que celle de leur état physiologique : l'une et l'autre sont les deux faces d'une même médaille. Toutes les thématiques de « qualité de vie » abordées, sans exhaustivité, dans le présent rapport sont donc susceptibles d'influencer, par leurs interactions, l'état de santé des personnes vieillissantes. C'est ce que soulignait déjà le rapport public « Une société pour tous les âges⁸² » en 1999 : « *Le message de prévention doit être centré sur la qualité de vie plus que sur la longévité ou la qualité des organes ou des fonctions qu'ils accomplissent* ».

Cette approche systémique de la santé implique de réviser une approche parfois inadaptée du maintien à domicile, ce que font d'ailleurs déjà de nombreux services d'aide et de soins à domicile en Bretagne. Le constat du rapport précité était pourtant sévère : « *L'organisation actuelle du maintien à domicile n'est plus adaptée à l'évolution des personnes âgées. Le vieillissement et les pertes de capacités physiques et/ou psychiques qu'il entraîne, à des degrés plus ou moins importants, rendent nécessaire la mise en place d'un dispositif coordonné de prise en charge, fondé sur une approche globale de la personne âgée dans son environnement, articulant le volet soins et la réponse sociale et culturelle.* » D'où l'intérêt d'encourager le développement de services polyvalents de soutien à domicile de type SPASAD⁸³, en intégrant systématiquement une dimension socioculturelle aux actions menées. Ce qui suppose, en outre, un important effort d'investissement en formation des professionnels concernés afin d'accroître leurs compétences transversales et, d'une manière générale, leur polyvalence et leur capacité à coopérer pour mieux se coordonner entre eux.

5. Le volet « Personnes âgées » du SROS de Bretagne ou la volonté d'une meilleure coordination des acteurs intervenants auprès des personnes âgées dans les territoires de proximité

Le volet « Personnes âgées » du troisième Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de Bretagne (SROS) pour les années 2007-2010 montre qu'une importante prise de conscience de ces besoins de transversalité, d'approche globale, de coordination et de proximité est déjà à l'œuvre dans l'esprit du plan national « Bien vieillir ».

⁸² « Une société pour tous les âges », Rapport du Comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

⁸³ SPASAD, Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

Pour ce faire, le SROS prévoit de mettre en place une véritable filière gériatrique au plus près des lieux de vie des personnes âgées : « Pour éviter les effets de rupture par rapport à l'environnement de la personne âgée, l'organisation de l'offre de soins privilégie la proximité, d'où l'identification de 21 *territoires de proximité*, organisés autour d'hôpitaux généraux mais également des hôpitaux locaux servant d'appui aux différents services de maintien à domicile et aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Il s'agit ainsi d'« améliorer la fluidité du parcours des personnes âgées par une meilleure coordination de la prise en charge des personnes âgées fragiles et vulnérables ». Pour réaliser ces objectifs, le SROS III prévoit le développement d'actions dans deux directions principales :

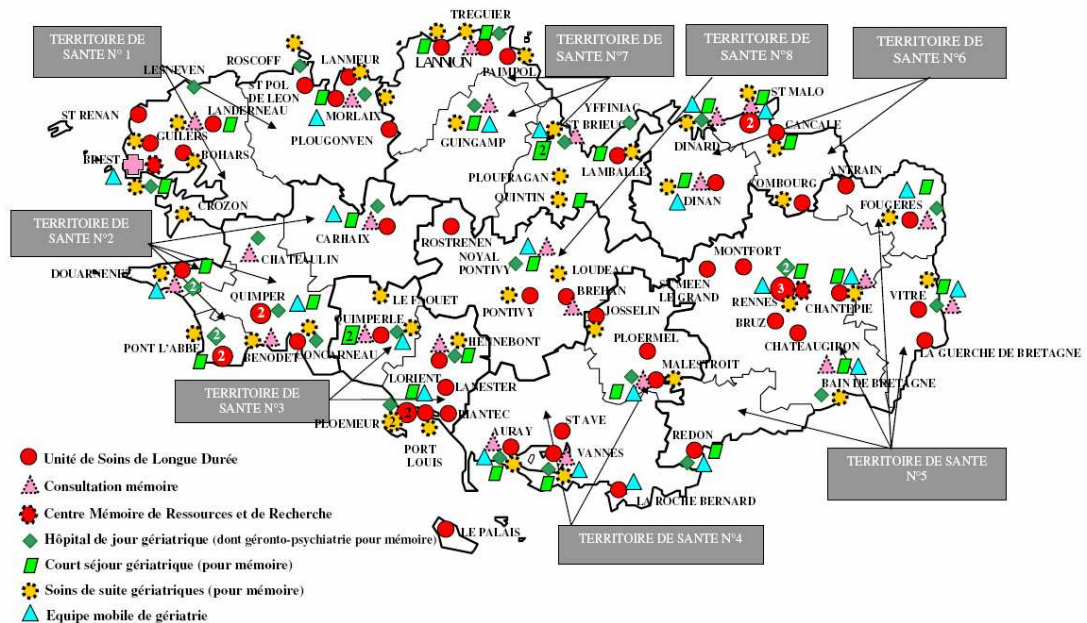
- la prévention et le dépistage ;
- la prise en charge curative et palliative pour éviter, retarder, raccourcir les hospitalisations ou institutionnalisations et articuler au mieux les prises en charge des structures sanitaires et médico-sociales.

Pour faire progresser cette articulation, ce travail en réseau des acteurs de la filière gériatrique, est soulignée l'impérieuse nécessité de poursuivre les efforts engagés pour parvenir à un meilleur décloisonnement « Ville-Hôpital » sur les 21 « territoires de proximité » de la Bretagne (Cf. carte ci-après). Peut-être citée, dans cette perspective, l'expérimentation, dans le Finistère, de visites systématiques financées par l'Assurance Maladie et s'inscrivant dans le parcours de soins pour les plus de 70 ans.

Pour faire advenir cette meilleure coordination des acteurs, il apparaît également indispensable de développer des outils communs : évaluations communes (afin d'éviter le désagrément de la répétition des évaluations pour les personnes concernées), cahier de liaison inter-acteurs (sous forme électronique par exemple), démarches qualité concertées...

Les acteurs impliqués dans les réseaux de santé et les CLIC ont ici un rôle majeur à jouer, sur l'ensemble des territoires, pour que cette maxime de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation « *Ensemble en Bretagne, faisons avancer la santé* » devienne réalité au bénéfice des personnes âgées et de leur entourage.

Répartition par territoire de proximité des sites pour les personnes âgées (U.S.L.D, consultations mémoire/ C.M.R.R, hôpital de jour gériatrique, court séjour gériatrique, soins de suite gériatriques, équipes mobiles de gériatrie) – Bretagne Cible 2010



Ces dispositifs sont également à resituer dans le contexte du « Plan Régional de Santé Publique (PRSP) 2006-2010 », dont le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) est chargé de la mise en œuvre. La Région Bretagne est ici directement concernée puisqu'elle est membre du Conseil d'administration du GRSP.

**Le Plan Régional de Santé Publique 2006-2010
en Bretagne et les personnes âgées
Extraits⁸⁴**

« Plusieurs programmes et dispositifs concernent spécifiquement ou prennent en compte les personnes âgées, leur santé ou ses déterminants.

Les principales actions de prévention et de promotion de la santé menées par l'Assurance Maladie et par les Conseils généraux sont les suivantes : la sensibilisation des seniors à une bonne hygiène de vie, l'accompagnement des personnes en ALD, la prévention des chutes, la dénutrition/déshydratation, les troubles de la mémoire, les vaccinations, la prévention et l'amélioration de l'état bucco-dentaire, le dépistage de l'hémochromatose génétique, la sortie d'hospitalisation, l'aide aux aidants et l'hébergement temporaire. D'autres interventions visent à prévenir et agir sur les facteurs de risque pouvant nuire à la santé des personnes âgées, comme les risques iatrogéniques. La MSA développe des examens de santé de la tranche d'âge « 55-65ans » visant à dépister les troubles pouvant conduire à une perte d'autonomie.

Le vieillissement et la dépendance nécessitent aussi l'adaptation de l'offre de soins régionale dans le cadre du volet spécifique du SROS 3 dont les principales orientations sont : le développement des prises en charge ambulatoire et des consultations gériatriques, la mise en place d'équipes gériatriques mobiles, la reconnaissance de lits de médecine gériatrique et de lits de soins de suites gériatriques, le développement de l'hospitalisation à domicile.

Les actions de prévention et prise en charge des problèmes de santé sont menées dans les dispositifs d'hébergement spécialisés ou non ; les schémas gérontologiques prennent en compte ces aspects, notamment en adaptant les structures à la dépendance et aux pathologies spécifiques comme la maladie d'Alzheimer.

Plusieurs programmes régionaux de santé ont inscrit des actions spécifiques pour les personnes âgées : - La lutte contre la malnutrition des personnes âgées doit être associée à la promotion des activités sportives et physiques chez les seniors, ce qui nécessite le développement d'activités et infrastructures adaptées. Cela peut également permettre de répondre au besoin de lien social.

- Les personnes âgées isolées sont considérées comme une population prioritaire au regard des liens entre précarité et santé.
- La prévention des cancers (sein et colorectal) généralise le dépistage des personnes de 50 à 74 ans.
- Des actions de prévention du suicide sont développées, en particulier à travers des formations du personnel intervenant à domicile ou en structures d'hébergement.

La maltraitance des personnes âgées n'est pas acceptable et un programme national de prévention a été impulsé par le Ministère en 2000 afin de prévenir la maltraitance en institution. Les Conseils généraux sont un acteur majeur dans le suivi et l'aide aux personnes âgées à travers l'APA et l'association ALMA, présente dans 2 départements, qui intervient particulièrement sur des situations de maltraitance à domicile. Un travail important reste à mener auprès des professionnels en contact avec les personnes âgées en travaillant à partir de leurs pratiques et de leurs représentations.

Recommandations

L'enjeu est aujourd'hui de promouvoir une approche globale de la santé des personnes âgées à travers les stratégies d'action suivantes : observer et mieux comprendre, favoriser l'insertion dans la vie locale avec une approche intergénérationnelle, promouvoir la santé dans ses multiples dimensions, mieux anticiper (cadre de vie, logement adapté, qualité du maintien à domicile), s'appuyer sur les dynamiques locales existantes. (...) »

⁸⁴ www.bretagne.sante.gouv.fr/publications/rapports/2006/octobre/em07.pdf (consulté le 9 juillet 2007)

Conclusion

Les quelques exemples d'actions présentés ci-après soulignent que la santé constitue un élément essentiel de la qualité de vie des personnes âgées et inversement. Ils montrent également que la santé doit être approchée de manière globale et résulte d'une conjugaison de multiples facteurs de bien-être : physiques, psychologiques, sociaux, culturels, environnementaux...

Lors de l'avancée en âge des personnes, certains accidents de la vie tels que la maladie, les chutes, la perte du conjoint ou de proches, etc., peuvent induire, de manière souvent brutale, une rupture de l'équilibre individuel et social des personnes. Ces moments difficiles provoquent souvent des troubles physiologiques et psychologiques qui peuvent fragiliser, temporairement ou durablement, les personnes âgées. Leur santé s'en ressent donc inexorablement. Il semble dès lors fondamental d'anticiper ces périodes de rupture pour mieux organiser l'accompagnement des personnes ainsi fragilisées par les événements de vie, pour les sortir de l'isolement et les aider à franchir le cap, avant que le mal-être et les problèmes de santé ne s'installent. Il en va de la responsabilité des proches, de l'entourage comme de l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes âgées - et pourquoi pas d'un devoir de fraternité et de solidarité qui incomberait à chaque citoyen ?

Section 2.

Exemples d'actions

1. Service de Prévention par les Activités Physiques Adaptées – Mutualité Française des Côtes d’Armor

1.1. Description synthétique

Constatant les difficultés, pour les personnes connaissant des problèmes de santé, à pratiquer une activité physique personnalisée et adaptée à leurs capacités, la Mutualité Française des Côtes d’Armor a créé en août 2005 un Service de Prévention par les Activités Physiques Adaptées (SPAPA) dont la responsabilité et l’animation ont été confiées à une éducatrice sportive spécialisée sur ce type d’action.

Sur le fondement de la notion de santé définie par l’OMS comme un état de bien être complet « bio-psycho-social », le SPAPA propose des pratiques physiques collectives ou à domicile lors de prises en charge individuelles. Le service oriente son activité dans trois directions : la prévention, la réadaptation et l’éducation à la santé.

Trois catégories de publics sont plus particulièrement concernées : les personnes présentant des problèmes ou facteurs de risques cardiovasculaires (infarctus, accident vasculaire cérébral...) et/ou métaboliques (surcharge pondérale, diabète...) ; le public souffrant de pathologies ostéo-articulaires ou atteintes de l’appareil locomoteur (arthrose, hernie, ostéoporose...) ; les personnes âgées vivant à domicile recherchant à maintenir ou développer leur autonomie. En fonction des capacités et désirs des pratiquants, les activités physiques proposées sont les suivantes : activités gymniques, aquatiques, marche...Le coût pour le pratiquant varie entre 160€ et 200€ par an.

Le SPAPA de la Mutualité Française 22 inscrit son action dans un réseau de partenaires : associatifs et institutionnels (CLIC, Conseil général, CCAS, associations de patients...), médicaux, paramédicaux hospitaliers et libéraux ainsi que des diététiciens et nutritionnistes, des réseaux de santé...

Selon le bilan réalisé par le SPAPA, les pratiquants font part d’une grande satisfaction et améliorent rapidement, sous réserve d’une pratique régulière, leur bien-être bio-psycho-social en reconquérant des parcelles d’autonomie, en renforçant leurs ressources personnelles, leur confiance en eux-mêmes : 80% d’entre eux poursuivent d’ailleurs d’autres activités physiques ou socioculturelles à l’issue de l’action, confirmant ainsi le rôle de tremplin et de passerelle de cette dernière.

1.2. Quelques enseignements et réflexions

L’action du SPAPA, dont ont déjà bénéficié près de 600 personnes, s’inscrit dans une logique de prévention et d’éducation à la santé fondée sur une approche à la fois globale et personnalisée du pratiquant en lien avec son environnement.

Outre son originalité, son succès semble également lié à la personnalité optimiste et au dynamisme de son animatrice, ce qui souligne l'importance, dans ce type d'action, de l'engagement d'une personne « moteur » disposant d'une forte capacité d'entraînement collectif.

Le témoignage d'une participante traduit bien la satisfaction générale tirée de l'action : *« la participation active à ces séances d'activités physique m'aide au quotidien à retrouver une meilleure qualité de vie et à rester autonome dans les actions de la vie de tous les jours ».*

Le travail en réseau autour de la personne âgée crée une dynamique vertueuse qui favorise les gains d'autonomie, contribue à améliorer sa santé et l'aide à prendre confiance en elle, à s'ouvrir à d'autres activités en développant ses relations sociales.

2. Prévention des chutes par le biais d'une pièce de théâtre « Juliette au pays des embûches » - Mutualité Française Bretagne

2.1. Description synthétique

La prévention des chutes des personnes âgées et de leurs conséquences est un enjeu majeur de santé publique. Afin de contribuer à cette prévention, la Mutualité Française Bretagne, a élaboré un outil innovant pour sensibiliser les personnes à risque, leur entourage et les professionnels concernés : un débat théâtral intitulé «Juliette au pays des embûches ».

En pratique, la pièce de théâtre est interprétée par une troupe d'acteurs amateurs et bénévoles, dont la plupart sont retraités. Elle met en scène les différents facteurs de chute et les moyens de les prévenir. Ce faisant, elle permet au public de s'identifier et de se projeter dans ces situations à risque. Suit un débat animé par des experts (médecins du sport, gériatres, généralistes, spécialistes de l'aménagement...).

L'innovation majeure réside dans l'approche pédagogique par le théâtre qui permet d'aborder un sujet, encore souvent tabou, de manière ludique et dédramatisée.

Lancée en 2001 par la Mutualité Française d'Ille et Vilaine, l'action est aujourd'hui étendue sur l'ensemble de la Bretagne en partenariat avec la CRAM, la Ville de Rennes, le Conseil régional, les Conseils généraux 35 et 22, des caisses de retraites complémentaires, des mutuelles...

Son succès est tel qu'a été décidée la création d'un DVD qui s'adressera principalement aux professionnels et futurs professionnels des services ou des soins aux personnes âgées.

2.2. Quelques enseignements et réflexions

L'action de la Mutualité montre qu'il est possible d'orienter la dimension culturelle, ici celle du théâtre, vers des enjeux de prévention en santé publique.

3. Service de garde itinérante de nuit – Mutuelles de Bretagne

3.1. Description synthétique

Le service de garde itinérante de nuit a été créé en juin 2000 par les Mutuelles de Bretagne afin de répondre à une demande croissante de garde de nuit complète à domicile, non satisfaite faute de moyens financiers. Il s'inscrit en complément de services existants offerts pendant la journée : service de soins infirmiers à domicile, service d'aide à domicile, service d'auxiliaire de vie, centre de soins infirmiers, téléalarme...

Le service intervient la nuit, de 20h30 à 6h30, sur le territoire de Brest Métropole Océane, auprès de personnes âgées (GIR 4 à 2 principalement), malades ou handicapées, pour des tâches ne relevant pas de la responsabilité d'un médecin, d'une infirmière ou d'une aide à domicile. En pratique, un « visiteur de nuit », aide-soignant ou titulaire du DEAVS, en relation constante avec une infirmière d'astreinte, passe une ou plusieurs fois par nuit au domicile de l'utilisateur, régulièrement ou ponctuellement, pour :

- visiter les personnes relevant d'interventions programmées : aide au coucher, aux changes, préparation de boisson, surveillance des personnes malades signalées par les services de soins, etc.
- répondre aux angoisses nocturnes, rassurer, écouter, reconforter, sécuriser ;
- servir de relais entre les personnes bénéficiant d'une téléalarme et les familles éloignées géographiquement.

Ce service, qui fonctionne en réseau avec ses prescripteurs (CLIC, CCAS, Médecins...), a été développé avec le soutien du Conseil général du Finistère, de la CRAM de Bretagne et de l'Etat (emploi-jeunes).

Ses atouts sont les suivants : il facilite le maintien à domicile de la personne en situation de perte d'autonomie en retardant son placement en institution ; il sécurise et rassure les personnes âgées ainsi que leur entourage ; il contribue à la prévention et évite parfois l'intervention injustifiée d'autres professionnels (services de secours...)

Aujourd'hui, avec ses deux salariés, ce service innovant, fort de son succès, rencontre des difficultés à satisfaire, à moyens constants, la demande exponentielle qui se présente à lui.

3.2. Quelques enseignements et réflexions

Ce service innovant, marqué par une coopération inter-acteurs exemplaire, est utile aux personnes âgées et à leurs aidants. Tout en les sécurisant, il prolonge les possibilités d'un maintien à domicile en faisant œuvre de prévention pendant la nuit.

Pour son démarrage, il a pu bénéficier d'aides importantes liées au dispositif emploi-jeunes. Intégré aujourd'hui au Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) des Mutuelles de Bretagne, il est soumis à la tarification du Conseil général. Or, son caractère innovant, rend celle-ci complexe d'un point de vue comptable et administratif.

Alors que la demande de gardes itinérantes de nuit paraît se développer à un rythme très soutenu, le principal frein à cette dynamique réside dans une prise en charge financière insuffisante, en partie liée aux limites inhérentes au financement par l'APA.

Section 3.

Quelques préconisations issues de
l'analyse des initiatives sélectionnées

Avertissement

Les préconisations qui suivent ont été regroupées par grandes catégories d'acteurs afin d'attirer plus particulièrement l'attention de certains d'entre eux sur telle ou telle recommandation.

Cette déclinaison n'est ni exhaustive, ni exclusive.

L'objectif commun d'amélioration de la qualité de la vie des personnes vieillissantes vivant à domicile en Bretagne implique autant de mobiliser individuellement chaque acteur concerné que de rechercher systématiquement *la coopération* et *les effets de synergie*, notamment entre les partenaires publics et privés, dans tous les territoires.

1. Conseil régional, en lien avec les acteurs publics et privés concernés en Bretagne

- **Développement économique** : Mobiliser le pôle de compétitivité « VALORIAL » sur l'enjeu de la nutrition santé pour les personnes âgées (Agence de Développement Economique de Bretagne).

- **Santé publique, politique culturelle** :

- Soutenir, en partenariat avec les acteurs de l'économie sociale concernés (mutuelles, associations culturelles...), les actions culturelles orientées vers des enjeux de prévention et d'éducation à la santé en direction des personnes âgées sur le modèle du dispositif de prévention par le théâtre mis en place par la Mutualité Française Bretagne (« Juliette aux pays des embûches »).
- Promotion de la santé par les activités physiques : soutenir le développement de l'activité physique adaptée pour les personnes âgées dans une logique de prévention et d'éducation à la santé.

- **Politique territoriale** : soutenir le développement de services intercommunaux de garde itinérante de nuit permettant de prolonger le maintien à domicile des personnes âgées.

2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant– avec le Conseil régional

- **Conseils généraux** : Développer, par le biais des éducateurs sportifs, les activités sportives intergénérationnelles.

- **Conseils généraux, CLIC, CIAS** : soutenir le développement de services intercommunaux de garde itinérante de nuit.

- **Etat, ARH** : Comme le prévoit le SROS, veiller à un bon maillage territorial des services de santé.

- **Economie sociale, compagnies d'assurance** : Développer et soutenir les actions de prévention santé par les activités physiques adaptées ;
- **CODERPA, Clubs de retraités et personnes âgées** : développer les actions de prévention santé par la médiation des activités culturelles ;
- **Associations culturelles** : multiplier les partenariats pour des actions de prévention santé ;
- **Services d'aide et de soins à domicile** : développer les services de garde itinérante de nuit.

Chapitre 5

Vivre ensemble

SECTION 1. Mieux vivre ensemble pour bien vieillir

1. Selon l'INSEE, le fait de « vivre seul » et la probabilité d'« être isolé » s'accroissent fortement avec l'âge
2. L'isolement relationnel et la solitude de la personne âgée amplifient souvent leurs fragilités
3. Pour « bien vieillir », il faut semble-t-il d'abord apprendre à « bien vivre » avec soi même comme avec les autres, le plus tôt possible

SECTION 2. Exemples d'actions

1. Le réseau « Voisin'âge » des quartiers de St Marc et de l'Europe à Brest
2. Le « Club du grand large » de Quiberon
3. Les rencontres culturelles et les voyages organisés par le « Collectif Retraités » de la Confédération Syndicale des Familles d'Ille et Vilaine
4. Accueil de jour itinérant mis en place par l'ASSAD du Pays de Redon et Vilaine
5. Bistrot Mémoire de Rennes : un groupe de parole au cœur de la cité pour les personnes âgées désorientées et leurs aidants – ASPANORD, Maison de retraite St Cyr de Rennes et autres partenaires

SECTION 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées

1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne
2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional

Section 1.

Mieux vivre ensemble pour bien vieillir

Introduction

« Le vivre ensemble est le creuset du bien vieillir ». Tel est l'un des axes forts du plan national « Bien vieillir » pour les années 2007-2009.

« Mieux vivre ensemble » pendant le vieillissement peut être regardé d'une part comme la lutte contre l'isolement et le rejet social, d'autre part comme le plaisir d'être et de faire ensemble, de se sentir utile et reconnu socialement, d'avoir le sentiment de partager une communauté de destin avec le reste de l'humanité. C'est, d'une certaine manière, avoir la certitude, jusqu'au dernier souffle de sa vie et quelle que soit sa situation, de *compter encore pour* la société et de pouvoir toujours *compter sur* elle.

Cet enjeu de penser le « bien vivre ensemble » tout au long de la vie devient d'autant plus important que celle-ci s'allonge. C'est ce que souligne le plan « Bien vieillir » : « *Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, quatre voire cinq générations viennent de s'engager ensemble dans le nouveau millénaire. C'est une révolution inédite, en profondeur, celle de la longévité* ». Il insiste aussi sur la co-responsabilité de l'individu et de la collectivité pour parvenir à un « bien vieillir » : « *Une politique du « bien vieillir » résultera tant de la prise de conscience individuelle du cycle de vie de chaque citoyen que des choix solidaires que nous ferons collectivement pour « bien vivre ensemble ». L'épanouissement individuel et la cohésion sociale reposent sur la découverte et la valeur de chacun des âges de la vie et sur l'apprivoisement du vieillissement, individuel et collectif.* »

Ainsi, bien vivre le vieillissement suppose d'un côté un *regard d'acceptation de l'individu* sur sa propre « maturation »⁸⁵ puis sur sa sénescence pour « faire avec » et « faire face » et, de l'autre, un *regard bienveillant* de la société sur le vieillissement, à l'opposé d'un certain « jeunisme » souvent dominant.

Alors que le fait de « vivre seul » et la probabilité d'« être isolé » s'accroissent fortement avec l'âge (1), il faut souligner que les conséquences de l'isolement relationnel et de la solitude peuvent amplifier les fragilités individuelles (2). Dès lors, pour « bien vieillir » il importe autant d'apprendre à « bien vivre » avec soi-même qu'avec les autres, le plus tôt possible (3).

1. Selon l'INSEE, le fait de « vivre seul » et la probabilité d'« être isolé » s'accroissent fortement avec l'âge

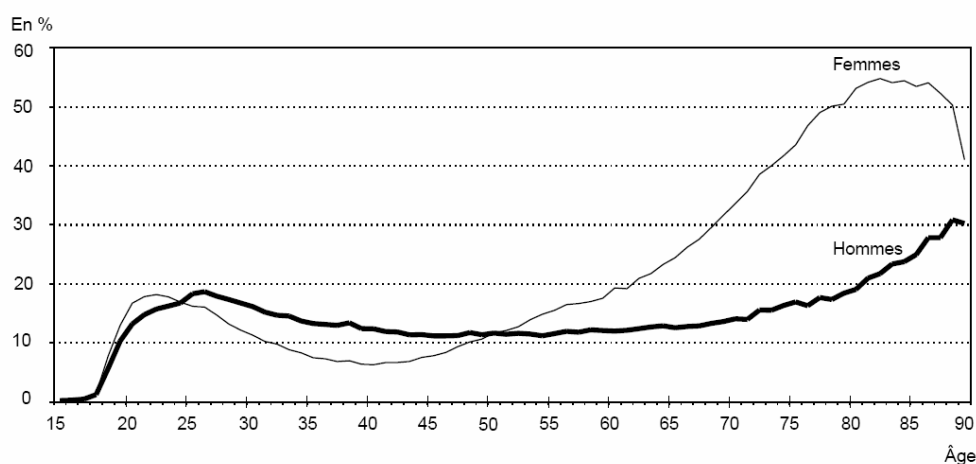
Il ne faut pas confondre le fait de « vivre seul » et la probabilité d'« être isolé socialement ».

⁸⁵ Concept forgé par la sociologue Claudine ATTIAS-DONFUT

- La moitié des personnes vivant « seules » en France a plus de 60 ans

L'INSEE montre que si, en moyenne, une personne sur huit vit seule en France, la moitié d'entre elles a plus de 60 ans⁸⁶. Au-delà de 50 ans, la proportion de personnes vivant seules augmente en effet très fortement, en particulier pour les femmes, comme l'illustre le graphique ci-après. Cette situation contrastée selon le sexe et l'âge résulte en premier lieu des changements intervenus depuis une quarantaine d'années au niveau des mœurs et comportements des Français, ainsi que de la plus grande longévité des femmes.

① Proportion de personnes vivant seules selon le sexe et l'âge



Source : Recensement de la population de 1999, Insee

- La probabilité d'être « isolé » socialement augmente avec l'âge

Pour l'INSEE, une personne est dite « isolée », lorsqu'elle a eu, pendant une semaine de référence, un nombre de contacts d'ordre privé (de visu ou par téléphone) inférieur ou égal à quatre.

A partir de cette définition et de son enquête « Vie de quartier », l'INSEE estime que le taux de personnes isolées en France dans l'ensemble de la population était de 10.8% en 2001⁸⁷. Pour les plus de 70 ans, ce taux atteignait 25%. Ainsi « l'isolement augmente fortement et continûment avec l'âge ».

Mais l'âge n'est pas le seul critère, car d'autres facteurs d'ordre sociodémographique accentuent les risques d'isolement : niveau de diplôme, type de famille (nombreuse, monoparentale...), origine nationale, catégorie socioprofessionnelle... Pour l'INSEE, « l'isolement touche particulièrement les catégories sociales modestes », en particulier dans les territoires défavorisés tels que les « zones urbaines sensibles ». Quelques données régionales illustrent ce constat : alors que dans l'unité urbaine de Rennes, le taux d'isolement était estimé à 9.3%, il atteignait 12.4% dans sa zone urbaine sensible (ZUS) ; on observe le même phénomène pour Lorient (10.5% contre 13.9%) et Brest (9.7% contre 14.4%).

⁸⁶ INSEE Premières n° 788, « 7,4 millions de personnes vivent seules en 1999 », juillet 2001

⁸⁷ INSEE Premières n° 931, « Isolement relationnel et mal-être », novembre 2003

Ladite étude de l'INSEE ne traite pas de l'isolement en milieu rural mais on peut émettre l'hypothèse que sa réalité est en de nombreux points similaire et qu'il est en outre souvent aggravé par l'isolement géographique des personnes, l'éclatement et la mobilité des familles, les difficultés d'accès aux services de proximité, la faiblesse des moyens de transport en commun, voire dans certains cas leur inexistence.

2. L'isolement relationnel et la solitude de la personne âgée amplifient souvent leurs fragilités

Les liens entre le fait de vivre seul, l'isolement relationnel, et le sentiment de solitude, ainsi qu'entre sentiment de solitude et souffrance sont loin d'être évidents. Pourtant, l'isolement objectif lié au vieillissement associé à certains événements douloureux survenant dans les trajectoires de vie (veuvage, décès de proches, maladie, perte d'autonomie, diminution de revenus, changement de domicile...) fragilisent les personnes âgées et génèrent souvent un sentiment de solitude pouvant lui-même être source de souffrance. Selon une étude du collectif « Combattre la solitude »⁸⁸ réalisée auprès de 5000 personnes de plus 60 ans, « la tranche d'âge la plus délicate se situe entre 79 et 83 ans, période où la solitude s'exprime alors comme « une souffrance ajoutée » aux épreuves physiques et morales face auxquelles on se sent parfois impuissant ».

Outre l'avancée en âge, la perte d'un être cher (en particulier du conjoint) et les problèmes de santé, on retrouve au travers de la littérature, des expériences internationales, comme de l'enquête « Isolement et vie relationnelle », différents facteurs qui semblent être à l'origine de la solitude et notamment :

- le manque d'estime de soi ;
- le fait de ne pouvoir compter sur quelqu'un en cas de besoin ;
- l'éloignement de la famille ;
- un faible niveau de ressources.

Il faut souligner que le fait de ne pouvoir sortir de chez soi apparaît comme un des mécanismes essentiels favorisant la solitude.

⁸⁸ Collectif national réunissant 8 associations de solidarités (Secours catholique, les Petits frères des pauvres, l'Entraide protestante, le Fonds social juif unifié...), étude « Isolement et solitude des personnes âgées », 2006

**Les sept principaux enseignements de l'enquête nationale
« Isolement et vie relationnelle des personnes âgées »⁸⁹**

1. Les personnes qui se sentent seules, sont, le plus souvent, réellement isolées ;
2. Différents types d'exclusion relationnelle existent notamment l'exclusion à caractère économique et celle liée à l'avancée en âge ;
3. Parmi les différentes étapes du vieillissement, il est une tranche d'âge charnière, celle allant de 79 ans à 83 ans ;
4. Hommes et femmes ne traversent pas ces étapes de façon identique ;
5. Le confinement à domicile expose fortement au sentiment de solitude ;
6. Une famille nombreuse et présente atténue beaucoup le sentiment de solitude ;
7. Fréquenter un lieu de rassemblement ou appartenir à un groupe réduit l'isolement et le sentiment de solitude.

Si la solitude peut parfois constituer un temps de ressourcement personnel, de créativité, de méditation, de (re)construction de soi... elle peut aussi devenir une importante source de souffrance psychique sur le plan personnel et social. La Présidente de la Fondation nationale de gérontologie, Geneviève Laroque, observe que, souvent, cette souffrance résulte de la combinaison de trois facteurs : « un rétrécissement du réseau relationnel, l'affaiblissement de la santé et enfin, une difficulté à s'ouvrir à l'autre⁹⁰ ». Cette souffrance peut également se traduire, dans certains cas, par une difficulté croissante de l'individu à faire des projets, à désirer le futur, tendance qui est susceptible d'être accentuée par l'isolement relationnel et le manque de stimulations externes en résultant.

Cette souffrance psychique liée à la solitude, ajoutée aux pertes d'autonomie, peut fragiliser la personne âgée jusqu'à la dépression, voire dans certains cas extrêmes, accroître le risque suicidaire. Car si l'on évoque de plus en plus régulièrement le phénomène de sursuicidité des jeunes, dont la Bretagne possède le triste record, il semble que le risque suicidaire chez le sujet âgé demeure souvent un tabou sociétal. C'est ce que souligne le Dr Pierre Bert, médecin gériatre de l'Hôpital Broca à Paris : « On sait peu que le risque de suicide est cinq fois plus élevé à 80 ans qu'à 20 ans. Pour nous, gériatres, c'est un problème ; car la dépression est souvent mal diagnostiquée. Ses symptômes peuvent se dissimuler. La personne a « mal partout », subit plein d'exams, et il est fréquent de passer à côté de cette dépression somatique, de la souffrance qui s'exprime par le corps (...) ».

L'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB) rappelait récemment en ce sens que « la fréquence des suicides augmente avec l'âge, quel que soit le sexe. Le taux de mortalité masculine par suicide est ainsi multiplié par 6 entre la tranche d'âge des 15-24 ans et celle des 85 ans et plus, comme le montrent les graphiques ci-après⁹¹.

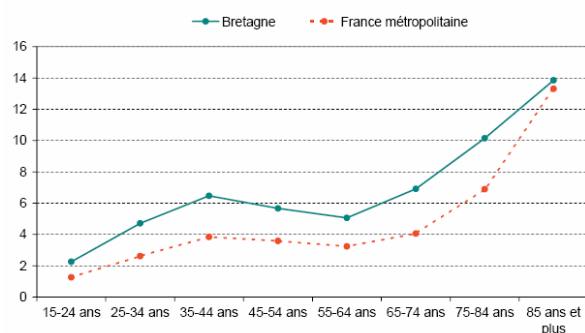
⁸⁹ idem

⁹⁰ « La Vie », n° 3187, 28 septembre 2006, article de Claire Moreau, « Vieux mais pas seuls », Dossier « Bien vivre ».

⁹¹ Sur la phénomène du suicide en Bretagne, voir aussi le rapport « *La sursuicidité en Bretagne - Contribution à une explication socio-culturelle* », Yannick Barbançon, Mutualité Française des Côtes d'Armor, 2002

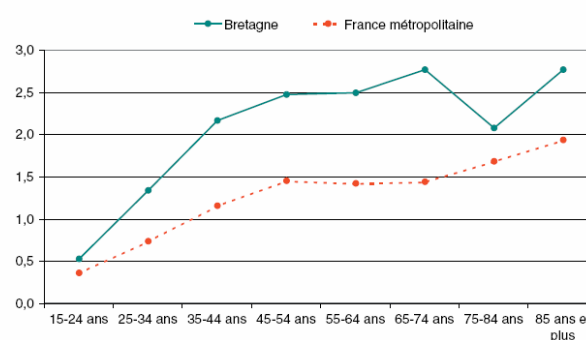
Graphique 22. Taux de mortalité par suicide par âge et par sexe sur la période 1998-2000 en Bretagne et en France métropolitaine

Hommes



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé
Données lissées sur trois ans - Unité : pour 100 000

Femmes



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé
Données lissées sur trois ans - Unité : pour 100 000

Source : ORSB Bretagne, « La santé de la population en Bretagne », http://www.orsbretagne.fr/1_pages/sante04/pdf_sante/ORSB-MSuicide.pdf

Il paraît dès lors souhaitable, face à ces périodes de grande fragilité personnelle, en particulier lors de la survenance d'un veuvage, de prévoir, dans une logique de prévention, des modes de soutien et d'accompagnement collectifs permettant de limiter les atteintes durables à l'intégrité physique, psychologique et sociale de l'individu. Plus que jamais, dans ces périodes de détresses, il apparaît essentiel et parfois vital, de mobiliser énergiquement le soutien social de proximité, le « capital social » dont peut bénéficier la personne sur son territoire de vie : familles, proches, entourage, médecin traitant (rôle pivot), travailleurs sociaux, services publics, associations de solidarités... L'enjeu étant d'aider collectivement la personne à passer un cap, d'être là pour la sortir de sa solitude et la tentation du repli sur soi, pour lui permettre de continuer à vivre sans fragilisation durable de son état de santé, sur le plan physique comme psychique.

Dans une étude plus récente⁹², l'INSEE constate qu'il existe une corrélation entre le fait de vivre en couple et la longévité. Ainsi, à âge donné, les personnes qui vivent en couple risquent moins de décéder que les personnes qui vivent seules. A partir de 80 ans, celles qui n'ont jamais vécu en couple font toutefois exception. En revanche, à tout âge, une séparation ou le décès du conjoint s'accompagne d'une surmortalité, plus accentuée dans les milieux sociaux défavorisés, à laquelle les femmes semblent mieux résister que les hommes.

Pour rompre l'isolement relationnel, il faut souligner ici l'utilité sociale des temps réguliers de rencontre et de convivialité organisés localement : fête annuelle des « classes », activités organisées par les clubs de retraités (thé-dansant, rencontre de quartier...), repas du CCAS...

S'il ne saurait être question de placer sur le même plan la présence humaine et la compagnie animale, il faut néanmoins évoquer ici les bienfaits potentiels de cette dernière sur la santé des personnes âgées isolées en proie au sentiment de solitude.

⁹² INSEE, « Les personnes en couple vivent plus longtemps », Insee Première n°1155 - août 2007

De nombreux travaux scientifiques soulignent ainsi la contribution de l'animal de compagnie au bien-être des sujets âgés. Il peut même se révéler un moyen de prévention de certains troubles, voire, dans certains cas, un instrument de thérapie : on parle alors de « zoothérapie ». Sans oublier d'évoquer le rôle « d'objet transitionnel » que peut parfois jouer l'animal pour faciliter les contacts sociaux entre la personne âgée et son entourage, ne serait-ce que pour engager une conversation dans la rue et ainsi favoriser sa vie sociale de proximité.

Quelques effets bénéfiques de l'animal de compagnie pour les personnes âgées⁹³...

- Les animaux de compagnie sont un bon stimulant quotidien.
- Ils aident parfois à surmonter des événements tristes (perte d'un proche...).
- Ils rythment la journée et ce faisant favorisent une vie plus régulière.
- Les sorties de l'animal incitent à une activité physique journalière (ex : chien).
- Ils peuvent, parfois, contribuer à prévenir la survenance de certaines formes de dépressions ou leur récurrence : stimulation de l'estime de soi, aide à la défocalisation par rapport à certains problèmes personnels trop obsédants, atténuation du sentiment de solitude, renforcement du sentiment d'utilité et de responsabilité personnelle, apport de mouvements, de gaieté, de plaisir auprès de soi, d'affection inconditionnelle, rôle de confident intime, atténuation de certains symptômes physiques et psychiques liés au stress, lutte contre l'anxiété...
- Ils renforcent le sentiment de sécurité, surtout chez les personnes isolées (Ex : aboiement d'un chien).
- Ils peuvent occasionnellement faciliter les conversations et échanges avec autrui : ils ont alors un rôle de médiateur relationnel...

Enfin, il faut souligner qu'en dehors du risque suicidaire, l'isolement relationnel peut, en soi, représenter un risque d'atteinte à l'intégrité physique de la personne. En effet, comme l'ont tristement montré les conséquences sanitaires de la canicule de l'été 2003 en France : l'isolement social peut tuer.

3. Pour « bien vieillir », il faut semble t-il d'abord apprendre à « bien vivre » avec soi même comme avec les autres, le plus tôt possible

L'allongement de la durée de la vie sans incapacité élargit le champ des possibles pour le « troisième âge » comme l'a déjà souligné le CESR de Bretagne dans son étude « La Bretagne et l'évolution des modes de vie » (janvier 2004) : « *Le temps de la « vieillesse » s'allonge et le troisième âge d'antan est maintenant divisé en un « troisième âge dynamique » et un « quatrième âge dépendant ».* Pour le « nouveau troisième âge » (60-75 ans), la retraite n'est plus synonyme d'inactivité et peut bien marquer, au contraire, le commencement d'une nouvelle période de la vie – d'une durée de dix à quinze ans que la plupart traverseront en couple et en bonne santé physique et mentale – pour laquelle il est permis de bâtir de nouveaux projets de

⁹³ Sur la base de travaux réalisés par le Dr. Thomas Althaus, de l'Office vétérinaire fédéral suisse, pour le compte de l'Institut de recherche interdisciplinaire des relations entre l'homme et l'animal IEMT de Zürich, "Animaux dans les maisons de retraite – possibilités et limites de leur détention". Texte original consultable sur http://www.protection-animaux.ch/vereinprojekt/projekte_heimtier.html (ici réécrit et complété par le CESR de Bretagne)

vie. Au contraire des années 50 et 60 où le passage de l'activité professionnelle à la retraite s'accompagnait généralement d'un « rétrécissement des possibles » et d'un repli sur soi, de plus en plus d'individus se représentent aujourd'hui le temps de la retraite comme un période de diversification des attentes et des activités (...). Le « quatrième âge » (80 ans et plus) reste, quant à lui, celui de la dépendance ».

Et si « bien vieillir », c'était autant « cultiver son jardin » que les bienfaits du « vivre ensemble » tout au long de la vie?

Si l'un des enjeux consiste à réinsérer la vieillesse dans le cheminement de la vie, alors pour « bien vieillir » il faut, semble t-il, d'abord savoir « bien vivre », avec soi-même et avec les autres. C'est ce que souligne notamment Geneviève Laroque⁹⁴ : « Il faut avoir appris à vivre en un mot. Et du même coup, s'être préparé à vieillir. Il faut très tôt avoir su goûter les événements, même les tristes. Le courage dans la continuité est un long apprentissage. Pour arriver à être capable de dire « j'assume ce que j'étais et ce que je suis en train de devenir ».

Pour ce faire, on ne saurait trop insister sur l'importance d'un habitat favorisant l'inclusion citoyenne et sociale ainsi que la mixité générationnelle.

Bien vieillir, c'est avoir la certitude, quels que soient son état de santé, sa condition sociale et ses ressources, de pouvoir continuer à être reconnu comme un membre à part entière d'une société pour tous à tout âge.

Les actions qui sont présentées ci-après sont assurément, chacune à leur manière, une mise en application de cette philosophie du « bien vivre pour bien vieillir ». Elles montrent également que le « bien vieillir » est également souvent lié au « mieux vivre ensemble » et même au « plaisir de faire et d'être ensemble ».

⁹⁴ Citée par « La Vie », n° 3187, 28 septembre 2006, article de Claire Moreau, « Vieux mais pas seuls », Dossier « Bien vivre ».

Section 2.

Exemples d'actions

1. Le Réseau « Voisin'âge » des quartiers de Saint-Marc et de l'Europe à Brest

1.1. Description synthétique

Les quartiers urbains de Saint-Marc et de l'Europe à Brest comportent une forte proportion de personnes âgées dont certaines sont très isolées sur le plan relationnel. C'est dans ce contexte que les Conseils de quartier de ces deux secteurs, c'est-à-dire les habitants eux-mêmes, ont décidé de mettre en place un réseau de veille de voisinage. Dénommé le réseau « Voisin'âge », il vise d'une part à sécuriser ces personnes par une « veille bienveillante » discrète et respectueuse de l'intimité de leur vie privée, d'autre part à agir pour leur inclusion citoyenne et sociale pour, à travers diverses animations de quartiers, rompre leur isolement social.

En pratique, ce repérage, cette veille et les actions d'inclusion et de solidarité qui en découlent sont assurés par seulement quelques voisins relais « bénévoles », soucieux de la sécurité et du bien-être de leur prochain. Ces bénévoles n'agissent pas seuls : ils travaillent en réseau avec les acteurs gérontologiques de leur quartier : CLIC, CCAS, Clubs de retraités, Services de soins et d'aide à domicile, mairie, maison de quartier...

Cette initiative solidaire, qui va de la surveillance de l'ouverture des volets le matin à l'organisation d'animations de quartier, ne coûte pratiquement rien à la collectivité

Outre la mobilisation d'un réseau de voisinage, deux difficultés sont signalées : la formation des bénévoles à l'écoute et à la relation d'aide envers les personnes âgées et le positionnement parfois délicat vis-à-vis des professionnels intervenant auprès des personnes âgées vivant à domicile.

1.2. Quelques enseignements et réflexions

Dans l'approche de la qualité de la vie des personnes âgées, il ne faut pas tout miser sur la professionnalisation des services à la personne. En effet, la prise en compte d'un environnement social solidaire, d'une « veille bienveillante » fondée sur le bénévolat de proximité est aussi l'une des réponses à apporter à l'isolement social de certaines personnes âgées, phénomène dont les conséquences parfois dramatiques ont été mises en évidence par les effets de la canicule de l'été 2003.

La veille de voisinage ne s'improvise pas, tant la relation d'aide aux personnes âgées peut parfois être délicate à gérer. Les bénévoles du réseau Voisin'âge insistent en effet fortement sur le caractère « subtile » de cette action de veille qui doit respecter la liberté individuelle, l'intimité de la vie privée des personnes âgées ainsi que leur histoire personnelle et les liens avec leur entourage... D'où l'importance d'un travail en réseau avec les professionnels locaux du secteur gérontologique, les élus concernés et d'une formation des bénévoles à cette fonction de veille. Ce travail en

réseau apparaît souhaitable pour développer une meilleure interconnaissance et reconnaissance des rôles, perspectives et positionnements de chacun des acteurs.

L'approche du réseau Voisin'âge n'est pas seulement sanitaire ou sécuritaire, elle vise aussi, et même surtout, à la réintégration sociale des personnes âgées isolées au cœur de leur quartier.

2. Le « Club du grand large » de Quiberon

2.1. Description synthétique

Le Club du grand large de Quiberon, créé il y a une quarantaine d'année, regroupe environ 150 adhérents âgés de 57 à 91 ans. Il accueille, chaque semaine, en ses locaux situés en centre-ville, des personnes désirant passer un moment de convivialité autour de différentes activités ludiques, culturelles, artistiques et touristiques.

Les objets d'arts réalisés pendant l'année par les adhérents (bijoux, peintures sur soie, tricots, poteries, broderies, émaux...) sont vendus par l'association pendant la saison touristique. Le produit de ces ventes, ainsi que celui de lotos, servent principalement à financer des voyages culturels ou des activités festives.

En échange de services rendus pour l'accueil des touristes (pots de bienvenue en saison), la mairie verse une subvention annuelle qui vient compléter un financement dont les recettes proviennent essentiellement des produits des ventes et des cotisations des adhérents (18€/an).

Sous l'impulsion d'une jeune présidente dynamique de 83 ans, l'association, qui a pignon sur rue à Quiberon, est entièrement autogérée par ses membres bénévoles.

Les rencontres hebdomadaires au Club, les activités communes, les sorties et voyages, etc., apportent aux participants bien-être et vie sociale. Ainsi, par exemple, pour se préparer aux sorties, les femmes sont amenées à se faire coquettes, à prendre soin d'elles, ce qui contribue à maintenir et renforcer leur estime de soi. Une personne âgée rencontrée lors de la visite organisée sur place a même affirmé que le Club, et sa présidente, lui avaient permis de « sortir de sa dépression » après le décès de son mari...

2.2. Quelques enseignements et réflexions

Il faut resituer ce club de retraité(e) s dans le contexte particulier d'une commune littorale fortement touristique dont les effets de saisonnalité peuvent amplifier, chez de nombreux anciens, l'isolement et le sentiment de solitude lors des périodes creuses, notamment l'hiver.

Si les activités proposées par le Club du grand large ne paraissent pas vraiment innovantes, en revanche la longévité du club, la force et la qualité de son auto-organisation, fortement liée au dynamisme relationnel hors du commun de sa présidente, sont exemplaires.

L'ambiance conviviale, les rencontres régulières, les sorties et activités maintiennent et stimulent les capacités physiques, psychologiques et sociales des membres du Club.

Outre les rencontres se déroulant au sein du club, les services rendus en contrepartie des aides reçues de la collectivité (aide à l'organisation de pots de bienvenue en saison touristique en particulier), les ventes et expositions contribuent à l'ouverture, à l'inclusion sociale, au sentiment d'utilité sociale des adhérents. Ces activités ouvertes sur l'extérieur, la communication qui en est faite, sont aussi un vecteur de reconnaissance sociale et d'intégration citoyenne des anciens de Quiberon.

La personnalité charismatique, les qualités relationnelles et le dynamisme exceptionnel de sa présidente sont aussi un élément clé pour comprendre le succès et l'attractivité de ce club.

3. Les rencontres culturelles et les voyages organisés par le « Collectif Retraités » de la Confédération Syndicale des Familles d'Ille et Vilaine

3.1. Description synthétique

Le « Collectif Retraités » de la Confédération Syndicale des Familles d'Ille-et-Vilaine organise, depuis 1991, deux activités principales :

- d'une part, un cycle de rencontres culturelles sous la forme de conférences-débats mensuelles pendant l'hiver ;
- d'autre part, des séjours de vacances en immersion locale pendant l'été.

Les rencontres culturelles abordent des thèmes liés à l'actualité, aux grands enjeux sociaux, politiques, économiques. Elles ont pour vocation de permettre aux participants de s'ouvrir et de mieux comprendre le monde dans lequel ils vivent et sont acteurs.

Quant aux voyages, réalisés en petits groupes d'une quinzaine de personnes, ils sont l'occasion, tout en privilégiant les activités de détente, de rencontrer des acteurs du développement local, de tisser des relations avec les habitants...D'une durée de 10 jours environ, ils ont la particularité d'être complètement autogérés par le groupe dans un esprit d'initiative, d'autonomie collective, d'entraide et de solidarité communautaire –ce qui a aussi pour effet de réduire les coûts des voyages. Le groupe est très attentif à la bonne intégration des personnes voyageant seules : « *Nous sommes bien tous ensemble pour chanter, rire, apprendre, réfléchir, échanger, vivre* ».

Les membres du collectif sont principalement des retraités ruraux dont l'âge varie entre 60 et 86 ans. Acteurs engagés sur leur territoire, ils sont souvent des militants issus du syndicalisme agricole (Confédération paysanne notamment).

3.2. Quelques enseignements et réflexions

L'action du « Collectif retraités » de la CSF 35 illustre la capacité des personnes retraitées et âgées à se prendre en main en milieu rural, à être actrices de leur vie. Elle souligne aussi la volonté affirmée de nombreux seniors de continuer à apprendre, à découvrir, à s'ouvrir au monde et aux autres pendant leur retraite, sans limite d'âge aucune.

Les activités culturelles et touristiques contribuent au maintien, au développement de la vie sociale des participants et à leur épanouissement personnel. Ce faisant, elles permettent de lutter contre l'isolement, la solitude et le repli sur soi en milieu rural. Elles soulignent que la retraite, la vieillesse, loin de constituer un naufrage

social, peuvent au contraire être actives, engagées et regardées comme un temps d'épanouissement de la vie par l'ouverture à soi, aux autres et au monde.

Les réunions et activités vécues en commun renforcent l'esprit de solidarité entre les membres, ce qui peut constituer un soutien social précieux lors d'événements de vie douloureux.

4. Accueil de jour itinérant mis en place par l'ASSAD du Pays de Redon et Vilaine

4.1 Description synthétique

Considérant l'insuffisance de structures de type « accueil de jour » pour personnes âgées dépendantes dans le Pays de Redon et Vilaine, les besoins existants dans ce domaine en milieu rural, la lourdeur procédurale, le coût élevé et le délai important requis pour créer un bâtiment affecté à un accueil de jour, l'ASSAD du Pays de Redon, forte de son expérience et de son statut de service d'aide et de soins à domicile, a mis en place, depuis 2006, un accueil de jour innovant parce qu'*itinérant*.

Compte tenu de l'état de santé physique et/ou psychique des personnes âgées concernées, des problèmes de transports rencontrés du fait de leur situation économique et, le plus souvent, de leur isolement en milieu rural, l'ASSAD a mis en place une équipe mobile chargée d'aller à leur rencontre afin de leur offrir des moments ludiques, de bien-être, de plaisir personnel et relationnel. Sortant de la seule logique de prise en charge sanitaire ou médico-sociale, cette action non stigmatisante est autant destinée aux personnes âgées dépendantes qu'à leurs aidants à qui elle offre quelques instants de répit.

En pratique, l'équipe mobile est composée d'aides soignantes, appuyées si besoin par une psychologue, qui proposent des activités et animations diverses sur une durée d'une à trois heures par semaine : lecture, musique, jeux, conversation, massages corporels... Pour les personnes âgées en capacité de le faire, des sorties sont même organisées, en véhicule adapté, afin de rompre l'isolement : cinéma, rencontres collectives...

Afin de renforcer le caractère non stigmatisant de l'action et sa portée socialisante, le service est ouvert à toute personne de plus de soixante ans, quel que soit son « girage », GIR 5 et 6 et inclus donc...

Le bilan de l'action est, selon son responsable, très positif. En effet, en plus du répit valorisant offert aux aidants, les personnes bénéficiant de l'accueil de jour itinérant font de rapides progrès dans les domaines suivants : communication, soin de soi, autonomie... Cette prise en charge « non codifiée » produit un réel effet de stimulation « bio-psycho-sociale » des personnes.

4.2. Quelques enseignements et réflexions

Cette action, présentée au départ comme une solution provisoire permettant d'attendre la création d'une structure fixe d'accueil de jour, révèle, outre son caractère innovant, de nombreux atouts : rupture de l'isolement des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants, contournement des obstacles liés au transport, approche valorisante et non stigmatisante, stimulation « bio-psycho-

sociale », mise en place rapide d'une solution à moindre coût pour la collectivité, souplesse...

Elle rompt avec certains systèmes d'accompagnement classiques qui, par leur mode d'intervention rigide, induisent chez la personne aidée une forme de « dépendance régressive ».

Parmi les conditions de réussite, le responsable de l'ASSAD cite : l'identification et l'adhésion des usagers et de leurs aidants, l'intervention de professionnels formés à l'intervention au domicile, la mise en place d'un transport adapté - élément essentiel en milieu rural- et enfin la recherche d'activités simples permettant d'offrir des « moments de bonheur » et de dignité aux personnes aidées.

5. Bistrot Mémoire de Rennes : un groupe de parole au cœur de la cité pour les personnes âgées désorientées et leurs aidants- ASPANORD, Maison de retraite Saint-Cyr de Rennes et autres partenaires

5.1. Description synthétique

Considérant l'isolement fréquent et progressif des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée, la solitude et la souffrance croissante de leurs aidants face à l'évolution de la maladie, la détérioration courante de la relation aidants-aidés induite par cette dernière pouvant induire des phénomènes de maltraitance, l'exclusion sociale provoquée par cette situation, Isabelle Donnio, psychologue et Directrice de l'ASPANORD, avec le Dr Irène Sipos, Directrice de la maison de retraite Saint-Cyr à Rennes, ont pris l'initiative, avec d'autres partenaires, de mettre en place un « Bistrot Mémoire » au cœur de Rennes.

En pratique, le « Bistrot Mémoire » est un temps de rencontre organisé dans un lieu non stigmatisant, un bar, entre les malades, leurs familles, des bénévoles d'association, des aidants professionnels et des personnes ressources. Cette rencontre inscrite au cœur de la cité, par la dynamique de groupe qu'elle induit, favorise les conditions d'une libération de la parole des personnes présentes tout en leur permettant de rompre avec l'isolement.

Outre la stimulation psychosociale des malades, ces groupes de parole conviviaux, contribuent à prévenir l'épuisement de leurs aidants, à apaiser la relation aidant-aidé, à une prise de recul par rapport à la maladie, à cultiver une meilleure compréhension mutuelle entre les malades, les aidants professionnels, naturels ou bénévoles.

5.2. Quelques enseignements et réflexions

L'action « Bistrot Mémoire », parce qu'elle se déroule dans un lieu non stigmatisant au cœur de la cité, contribue à faire évoluer le regard social porté sur la maladie d'Alzheimer qui, outre son caractère dégénératif, induit parallèlement un isolement et une exclusion sociale des malades comme de leurs aidants. D'un coût relativement faible pour la collectivité, elle témoigne de la possibilité d'améliorer, par des moyens simples et facilement transposables, l'inclusion citoyenne et sociale de ces derniers.

Elle favorise la rencontre et la compréhension mutuelle entre aidants, dans un cadre non institutionnalisé favorisant l'ouverture à l'autre, l'écoute, l'apprentissage réciproque des préoccupations et problématiques de chacun.

Alors que les recherches menées sur la maladie d'Alzheimer le sont principalement selon une perspective médicale, l'action « Bistrot Mémoire », souligne l'intérêt de développer aussi la recherche selon une approche psychosociale des effets de la maladie, tant pour les malades que pour leurs aidants.

Sans bistrot, pas de « Bistrot mémoire ». Ainsi est aussi mis en évidence l'engagement solidaire et citoyen des entrepreneurs privés, responsables des lieux d'accueil, qui, en ouvrant leurs portes, témoignent que la lutte contre l'exclusion liée à la maladie relève de la responsabilité de tous et de chacun, quel que soit sa place, son rôle dans la cité.

Section 3.

Quelques préconisations issues de
l'analyse des initiatives sélectionnées

Avertissement

Les préconisations qui suivent ont été regroupées par grandes catégories d'acteurs afin d'attirer plus particulièrement l'attention de certains d'entre eux sur telle ou telle recommandation.

Cette déclinaison n'est ni exhaustive, ni exclusive.

L'objectif commun d'amélioration de la qualité de la vie des personnes vieillissantes vivant à domicile en Bretagne implique autant de mobiliser individuellement chaque acteur concerné que de rechercher systématiquement *la coopération* et *les effets de synergie*, notamment entre les partenaires publics et privés, dans tous les territoires.

1. Conseil régional, en lien avec les acteurs publics et privés concernés en Bretagne

- **Politique de l'économie sociale et solidaire** : Soutenir le bénévolat et la participation citoyenne des personnes retraitées et âgées sous toutes leurs formes.

- **Politique de formation tout au long de la vie** :

- soutenir la formation des bénévoles participant à des réseaux de veille de voisinage en lien avec les professionnels concernés ;
- encourager la formation des bénévoles et des professionnels à la fonction de « médiateur intergénérationnel », en particulier sur le plan des savoir-faire, de la méthodologie et de l'ingénierie de projet. Favoriser la mutualisation des bonnes pratiques en ce domaine.

- **Economie sociale, solidarités, santé publique, recherche** :

- soutenir les actions de type « Bistrot Mémoire » en Bretagne.
- Mobiliser les animateurs territoriaux de santé pour multiplier les « Bistrots Mémoire » dans l'ensemble des Pays de la Bretagne.

- **Politique territoriale, Politique des transports** : Soutenir les accueils de jour itinérants, en particulier en milieu rural, ainsi que la mise en place de modes de transports adaptés.

- **Politique culturelle** : En lien avec les acteurs concernés, développer l'offre d'activités socioculturelles aux personnes âgées dépendantes isolées, en particulier en milieu rural.

2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant– avec le Conseil régional

- CLIC, intercommunalités, Communes, CCAS... :

- Soutenir la création de "réseaux de veille de voisinage" au plus près des personnes âgées isolées et les valoriser auprès de l'ensemble de la population par des campagnes de communication régulières.
- Encourager aussi, avec l'accord des bénéficiaires et de leur entourage, l'intervention régulière de visiteurs à domicile auprès des personnes âgées isolées en milieu rural comme urbain.
- Faire appel à l'engagement citoyen des personnes âgées pour les activités d'intérêt général (événements communaux, actions humanitaires et solidaires, activités d'utilité sociale...).
- Afin d'encourager et de valoriser l'engagement bénévole, les actions de solidarité et de citoyenneté des personnes retraitées et âgées, mettre en place, sur le modèle des « Bourses initiatives jeunes », des « Bourses initiatives seniors » ou des « Bourses initiatives intergénérationnelles ».
- Avec l'ensemble des acteurs publics et privés concernés, organiser collectivement et solidairement une lutte contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées. En particulier, dans une logique de prévention, lorsque survient un accident de la vie, tel que la perte du conjoint ou d'un proche, proposer systématiquement au survivant, dans un délai approprié, un accompagnement personnalisé pour éviter que des problèmes de santé, notamment psychiques, ne s'installent durablement (ex : envoi systématique, par le Maire, en lien avec les autres acteurs compétents, d'un courrier de soutien solidaire au conjoint survivant dans les semaines suivant le décès proposant un tel accompagnement...).
- Toujours pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées, mieux exploiter localement, avec tous les acteurs concernés, les données recensées au niveau communal (ex : fichiers des « plans canicules »), en les complétant et en les actualisant régulièrement.

- **Conseils généraux, autres collectivités locales, acteurs de l'économie sociale** : soutenir les accueils de jour itinérants, en particulier en milieu rural, ainsi que la mise en place de modes de transports adaptés. En effet, l'enjeu du transport apparaît aujourd'hui comme crucial pour permettre aux personnes concernées, quels que soient leurs situations géographiques et leurs niveaux de ressources financières ou humaines, de bénéficier de ces services d'accueil.

- **Etat et autres acteurs publics** : soutenir les initiatives locales de type « Bistrot Mémoire ».

- **Observatoire Régional de la Santé en Bretagne, CREAI, PLATOSS...** : A partir des travaux de recherche nationaux et internationaux sur la question, engager une étude régionale multidisciplinaire sur les facteurs de ralentissement de la progression de la Maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées, incluant les apports des sciences humaines et sociales. A cette réflexion pourraient notamment être associés des professionnels de santé, des représentants de l'association Psychologie et Vieillesse, des laboratoires universitaires, des responsables de « Bistrots Mémoire », d'accueils de jour...

- **Economie sociale, Clubs de retraités, CODERPA...** :

- Développer et soutenir les réseaux de veille de voisinage et, d'une manière générale, les actions de solidarité permettant de lutter contre l'isolement des personnes âgées : transports, accès aux bibliothèques fixes ou mobiles, activités diverses (culture, sport...) ;
- Multiplier les animations favorisant les rencontres intergénérationnelles⁹⁵ ;
- En lien avec les collectivités publiques partenaires, mutualiser les bonnes pratiques, en particulier sur le plan de l'ingénierie, des savoir-faire et de la méthodologie.

- **Services de soins et d'aide à domicile** : Développer l'accueil de jour et l'animation à domicile auprès des personnes âgées isolées, notamment en milieu rural.

- **Restaurateurs, bars** : en s'inspirant de l'exemple des « Bistrots mémoire », ouvrir les portes aux malades et à leurs aidants, rendre les locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite.

⁹⁵ préconisation générale

Chapitre 6

Culture

SECTION 1. Transmettre, apprendre et créer tout au long de la vie

1. Transmettre : « Un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle »
2. Se cultiver : créer et se re-crée à tout âge

SECTION 2. Exemples d'actions

1. « Quêteurs de mémoire » en Finistère – Conseil général du Finistère
2. L'« Outil en main » de Vitré ou la transmission intergénérationnelle de savoir-faire artisanaux liés aux métiers du patrimoine
3. Bibliothèque sonore de Vitré – Association des Donneurs de Voix
4. Cours d'initiation à l'informatique organisés par l'Université du Temps Libre de Loudéac

SECTION 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées

1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne
2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional

Section 1.

Transmettre, apprendre et créer tout au long de la vie

Introduction

Dans sa Déclaration universelle sur la diversité culturelle du 2 novembre 2001, l'UNESCO proclame que « *La culture doit être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les façons de vivre ensemble, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances* » et que « *toute personne doit pouvoir participer à la vie culturelle de son choix et exercer ses propres pratiques culturelles (...).* »

Déjà, dans son rapport « Vieillir en Bretagne », adopté en novembre 1997, le CESR de Bretagne soulignait l'importance de la vie culturelle pour le bien-être des personnes âgées : « *On peut s'interroger sur l'importance des activités culturelles pour l'équilibre de l'individu. Si nous appelons Culture tout ce que l'homme invente pour ETRE, se compléter, pour devenir un individu social, pour communiquer, pour transformer son milieu, pour trouver ses repères et des références qui guident sa vie, alors la Culture n'est pas un luxe, réservée à quelques élites de notre société. La culture est ce « dans quoi », ce « à travers quoi », ce « pourquoi », chaque homme vit et pense ce qui fait sa condition humaine. Elle appartient à tous. Elle est ce que nous vivons.* »

La vie culturelle recouvre donc de très nombreux domaines dont l'exploration approfondie dépasse le cadre de la présente étude même si tous, à un moment, sont susceptibles de contribuer au « bien vieillir ».

Nous nous limiterons ici à aborder les enjeux culturels du « bien vieillir » à partir d'une double perspective : la transmission et la création. En effet, si chaque être est porteur d'un patrimoine culturel à transmettre aux générations actuelles et futures (1), il s'inscrit aussi, à tout âge, dans une dynamique de création culturelle qui regarde vers l'avenir (2).

1. Transmettre : «Un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle⁹⁶ »

Très souvent, la vie culturelle de la personne âgée est perçue à travers le prisme de la transmission culturelle. Elle est en effet un patrimoine vivant, une histoire en vie qui peut éclairer, donner un sens aux générations présentes et futures. Ce rôle essentiel de « passeur de mémoire » a déjà été bien analysé dans le rapport du CESR « Vieillir en Bretagne » en 1997 : « *La personne âgée est nécessairement un lien entre une société qui est en train de disparaître et une société nouvelle qui se constitue. A ce titre, elle est un témoin d'une période qui s'efface, détentrice d'une richesse dont la connaissance doit être transférée aux générations plus jeunes (...)* Elle est riche d'un savoir traditionnel qui touche à tous les aspects de la vie collective (langue, chants, poèmes, récits, musique, danse, cuisine, arts, artisanat, histoire,

⁹⁶ Amadou Hampaté Ba, écrivain et ethnologue malien

traditions, rites⁹⁷...) Cet exercice favorise ainsi la mémoire collective. Il y a certainement un lien à établir entre les programmes de stimulation de la mémoire, leurs effets induits et la transmission de la mémoire vivante, quels que soient par ailleurs les moyens de recueil et de conservation mis en œuvre⁹⁸ ».

Cette fonction de transmission peut aussi bien concerner les savoirs théoriques que les savoir-faire manuels ou les savoir-être. Sans oublier d'évoquer le rôle social traditionnel des anciens dans la transmission culturelle de l'expérience et d'une certaine sagesse des âges de la vie, tant individuelle que collective. A cet égard, peuvent ici être mentionnées les expériences locales valorisant ce rôle sociétal telles que les « Conseils des anciens ».

En explorant plus avant la "dynamique culturelle bretonne" en 2000, le CESR revenait sur cette notion de transmission qui peut aussi bien être intergénérationnelle qu'intragénérationnelle : *« En fait, chacune des générations est amenée à apprendre de l'autre. Ce lien est donc bien intergénérationnel car, pour les uns, il s'agit de transmettre un savoir souvent oral et, pour les autres, il s'agit de partir à la recherche de tout ce patrimoine passé détenu par les anciens. Les nombreux collectages effectués en Bretagne restent primordiaux pour découvrir et sauvegarder le patrimoine culturel. Ce lien est aussi intragénérationnel, dans la mesure où les jeunes, et moins jeunes, par le biais de ces associations⁹⁹, se côtoient, se rencontrent, apprennent. Ces échanges, ce travail en commun, sont porteurs de beaucoup d'enrichissements réciproques et créent une émulation culturelle¹⁰⁰ ».*

Un peu plus loin dans ce même rapport est souligné *« le travail de fond, plus ou moins invisible »*, qui s'effectue au quotidien grâce à l'engagement personnel de nombreux bénévoles dans les associations du mouvement culturel breton.

Le CESR concluait que cette vie culturelle collective, ce tissage sans cesse renouvelé de liens intergénérationnels et intragénérationnels *« contribue nettement au maintien de la cohésion sociale¹⁰¹ » en Bretagne.*

Alors que ces constats portaient essentiellement sur le mouvement culturel breton, il est bien sûr possible de leur donner une portée plus générale : ils sont également valables pour l'ensemble de la transmission culturelle en Bretagne, qu'elle soit traditionnelle ou contemporaine, de Bretagne ou d'ailleurs.

2. Se cultiver : créer et se re-crée à tout âge

Le point précédent insistait sur le rôle des personnes âgées dans la *transmission* du patrimoine en tant que lien vivant. Si cette fonction mémorielle est effectivement fondamentale, si elle porte en elle une reconnaissance sociale de l'histoire vécue des

⁹⁷ NDLR : on pourrait aussi citer les jeux traditionnels et contemporains ainsi que le théâtre

⁹⁸ CESR de Bretagne, « Vieillir en Bretagne », novembre 1997, p 102

⁹⁹ NDLR : il s'agit ici des associations du mouvement culturel breton

¹⁰⁰ CESR de Bretagne, « La dynamique culturelle bretonne », janvier 2000, p162

¹⁰¹ CESR de Bretagne, « La dynamique culturelle bretonne », janvier 2000, p162

personnes, si elle est souvent cette lanterne qui peut éclairer le présent et l'avenir des jeunes générations, elle ne doit pas toutefois réduire les aînés à un patrimoine culturel, car ils demeurent encore, de leur vivant, des êtres de création culturelle. On ne peut donc se contenter, au nom de la valorisation de la transmission culturelle, d'un regard exclusivement "muséal" sur les personnes âgées.

A nouveau, c'est toute la question du regard social porté sur la vieillesse qui se trouve posée. Doit-on considérer la vieillesse comme un temps hors de la vie ? Tant qu'il y a de la vie il y a *transmission*, mais aussi toujours en même temps *création*, re-création du monde, de son rapport au monde et de soi-même. La culture, c'est transmettre, mais c'est aussi apprendre, s'ouvrir, se cultiver, rester curieux des autres, des arts et de l'évolution du monde. Elle est ce qui contribue à donner, à redonner sens à la vie en cultivant la vie des sens. Démocratique, appartenant à tous, la création culturelle à tout âge ne devrait pas être présentée, comme c'est parfois le cas dans les médias, comme le domaine réservé d'une certaine élite intellectuelle.

L'épanouissement culturel des personnes âgées par la transmission et la création n'est pas que littérature car il a des conséquences sur leur bien-être global, notamment parce que la culture permet de se déridier -et de se débrider- les sens et l'esprit en s'ouvrant aux autres, aux univers intérieurs et extérieurs. Cette stimulation culturelle est à la fois un moyen de maintenir et développer ses ressources et son autonomie personnelle en même temps qu'un instrument majeur de lutte contre l'isolement social et les souffrances liées au sentiment de solitude.

Même pendant la vieillesse, chacun continue d'instruire et d'enrichir sa singularité, y compris sur le plan spirituel.

D'où l'enjeu crucial de développer l'accessibilité motrice, visuelle, sonore, technologique et financière des lieux et supports culturels pour que « le droit de participer à la vie culturelle de son choix », proclamé par l'UNESCO, devienne réalité, quelles que soient ses ressources physiques, psychiques, sociales et financières – quel que soit son âge –.

On mesure dès lors l'importance d'une adaptation sans cesse renouvelée de l'offre culturelle, tant en termes de disponibilité horaire que de contenus, afin de répondre aux attentes et désirs aussi pluriels qu'évolutifs des publics d'âge avancé.

Doit enfin être soulignée l'importance de donner une plus grande visibilité médiatique aux personnes vieillissantes car leur présence traduit autant l'image que la société donne d'elle-même que celle qu'elle se donne à elle-même.

Conclusion :

Continuer à se cultiver, à apprendre, à transmettre, à créer son patrimoine immatériel tout au long de la vie : les quelques exemples présentés ci-après montrent que ce défi peut-être relevé à tout âge et que l'enjeu de l'inclusion culturelle des personnes retraitées et âgées n'est jamais très éloigné de celui de leur inclusion citoyenne et sociale.

Section 2.

Exemples d'actions

1. « Quêteurs de mémoire » en Finistère – Conseil général du Finistère

1.1. Description synthétique

Constatant des difficultés de compréhension entre les jeunes bretonnants apprenant la langue à l'école et les bretonnants de naissance, le Conseil général a cherché un moyen de retisser des relations entre ces deux groupes.

L'action « Quêteurs de mémoire en Finistère », organisée pour la première fois en 2006, vise à répondre à cet enjeu à travers un double objectif : d'une part préserver et valoriser le patrimoine immatériel que représente le breton parlé, à travers sa diversité et ses richesses linguistiques et d'en assurer la transmission, d'autre part renforcer les relations intergénérationnelles.

Avec l'aide de nombreux partenaires publics et privés, les jeunes « Quêteurs de mémoire » sont allés, pendant l'année scolaire, à la rencontre de leurs aînés « Passeurs de mémoire » afin d'échanger et de collecter des témoignages et des contenus linguistiques. A l'issue de ces rencontres, les jeunes ont réalisé des reportages écrits ou filmés dont certains ont été primés à la fin de l'année scolaire, lors d'une fête départementale réunissant l'ensemble des acteurs de la démarche.

Le rapport d'activité de l'initiative départementale témoigne de son succès, d'ailleurs abondamment commenté par la presse locale : 62 classes concernées regroupant environ un millier d'élèves, toutes filières et tous niveaux confondus dans l'ensemble du Finistère ; une vingtaine d'étudiants inscrits ; 83 projets réalisés ; 200 bretonnants de naissance « Passeurs » ; 15 associations fortement impliquées ; de nombreux autres relais et soutiens locaux publics et privés ; 1500 personnes réunies à Brest pour la fête de clôture.

Fort de cette réussite, le Conseil général a reconduit l'action en 2007 en centrant davantage les rencontres « Quêteurs - Passeurs » autour de la réalisation d'activités en commun : productions d'objet, de textes, échanges de compétences...

1.2. Quelques enseignements et réflexions

L'action se situe à la croisée d'une compétence légale du Conseil général, la politique « personnes âgées », et une volonté politique départementale de sauvegarde, de valorisation et de transmission du patrimoine immatériel constitué par la langue bretonne.

Les moyens mis en œuvre par le Conseil général pour la réussite de cette action sont particulièrement importants.

La démarche a bien été relayée au niveau infra-départemental par la mobilisation de nombreux partenaires : collectivités locales, établissements d'enseignement, associations...

Certains peuvent privilégier l'approche « intergénérationnelle », le patrimoine linguistique régional n'étant dans ce cas qu'un médiateur relationnel parmi d'autres, alors que d'autres font valoir la sauvegarde et la promotion de la langue bretonne comme fin première de l'action, « l'intergénérationnel » n'étant alors qu'un support mis au service de cette finalité première. Si l'on s'en tient à la première approche privilégiant le développement des relations intergénérationnelles, on peut tout à fait imaginer d'autres formes de médiation à partir de ce concept de transmission « Quêteurs-Passeurs », y compris par une expression en langue française.

2. « L'Outil en main » de Vitré ou la transmission intergénérationnelle de savoir-faire artisanaux liés aux métiers du patrimoine

2.1. Description synthétique

L'association «L'Outil en main » de Vitré fait partie d'un mouvement national du même nom. Créée à Vitré en 1998, à l'initiative de membres du Lion's Club, elle organise, au sein de l'IME La Barratière, des ateliers de transmission intergénérationnelle de savoir-faire artisanaux liés aux métiers du patrimoine.

Cette activité de loisir, qui se déroule les mercredis après-midi pendant l'année scolaire, permet à des jeunes âgées de 9 à 14 ans, réunis en petits ateliers, de s'initier successivement aux bases de la menuiserie, de la couverture, de l'électromécanique, de la plomberie, de la peinture...de découvrir et de développer des savoir-faire et savoir-être en lien avec les valeurs de l'artisanat et du compagnonnage. Une cotisation annuelle de 90€ est demandée aux jeunes. Celle-ci couvre les frais attachés à l'activité de chaque atelier qui est animé bénévolement par un binôme d'artisans retraités.

En 2006/2007, 24 jeunes dont 3 filles participaient, avec une assiduité exemplaire, à ces ateliers encadrés par 17 hommes de métier.

A signaler : L'association CAC SUD 22 et le Mouvement rural soutient également ce type d'action à Loudéac. Un atelier « métallerie » animé bénévolement par un artisan retraité, a ainsi vu le jour. Cette action, bien qu'assez similaire à celle de l'Outil en main, est toutefois, pour l'instant, encore peu développée.

2.2. Quelques enseignements et réflexions

Les responsables de l'Outil en main soulignent plusieurs conditions de réussite : une équipe très motivée d'artisans ou compagnons bénévoles avec un « noyau dur » de 4-5 personnes, une localisation de l'activité dans une ville de taille moyenne permettant la mobilisation d'un réseau d'interconnaissance d'artisans, la disposition de locaux adaptés pour les ateliers...

Les animateurs des ateliers témoignent des bénéfices de leur activité bénévole : plaisir d'initier et de transmettre aux jeunes leur savoir-faire, leur intelligence du geste, leur passion, leur goût du travail bien fait, le respect des métiers à dominante manuelle, l'ouverture culturelle vers le patrimoine bâti, un passage à la retraite facilité par le sentiment de se sentir utile et de continuer à exercer son activité librement, une estime de soi renforcée, une vie sociale enrichie par les contacts et l'entraide entre animateurs, les enfants, les familles, la fierté de pouvoir contribuer

éventuellement au processus d'orientation des jeunes et à la découverte éventuelle de vocations...

Les jeunes, quant à eux, ont le plaisir d'apprendre sur un mode ludique, de découvrir, de s'initier aux métiers du patrimoine bâti. Ils ont aussi la fierté du travail bien fait, celle de mener à bien un projet commun (ex : réalisation d'un bateau sur deux années). Ils s'enrichissent aussi d'une relation humaine avec un aîné qui pourrait être leur grand-père. Leur participation peut également, pour certains, contribuer à une orientation vers des métiers à partir d'un changement de regard sur ces derniers.

A Vitré, le déroulement de l'activité au sein d'un IME contribue à l'ouverture de celui-ci sur la vie de la cité et valorise socialement son activité. Ce dernier souhaiterait toutefois que des relations plus étroites puissent être tissées entre les acteurs de l'Outil en main, les élèves et les enseignants de l'IME.

Enfin, parfois, l'activité de l'Outil en main révèle aux parents des motivations, aptitudes et talents de leurs enfants qu'ils ne soupçonnaient pas.

3. Bibliothèque sonore de Vitré – Association des Donneurs de Voix

3.1. Description synthétique

La Bibliothèque sonore de Vitré de l'Association des Donneurs de voix¹⁰² propose aux personnes aveugles ou malvoyantes –exclusivement- un prêt gratuit d'ouvrages très divers sous la forme de K7 ou de CD audios ou MP3 enregistrés par des bénévoles « donneurs de voix ». Aujourd'hui, ce sont près de 1200 ouvrages qui sont ainsi rendus accessibles aux personnes connaissant des troubles de la vision attestés médicalement dites « audiolecteurs » : romans, documentaires, essais, revues périodiques...

Les audiolecteurs sont composés de 10% d'aveugles et de 90 % de malvoyants dont 80% sont des personnes âgées (l'âge moyen des écoutants est de 79 ans).

En raison de l'obsolescence du support K7 audio, la Bibliothèque a dû moderniser son activité en l'adaptant aux nouvelles possibilités offertes par les technologies numériques. Mais si le CD offre une qualité sonore supérieure et permet de stocker, sur un même support, une quantité plus grande de données, il comporte aussi quelques inconvénients pour les audiolecteurs et notamment celui de recommencer la lecture à zéro si la lecture d'une plage est stoppée avant la fin.

Afin de pallier cet inconfort d'écoute majeur, la Bibliothèque sonore de Vitré diffuse, auprès de ces audiolecteurs, un nouveau lecteur de CD adapté aux aveugles et malvoyants. Cet appareil d'origine canadienne est particulièrement innovant : il permet, même après éjection du CD, de reprendre sa lecture à l'endroit même ou celle-ci a été arrêtée, comporte des touches à synthèse vocale et offre la possibilité de faire varier le débit de la voix...c'est tout l'univers culturel de la lecture qui est ainsi rendu accessible aux personnes à vision réduite, dans des conditions d'écoute se rapprochant de celles d'une personne valide.

Compte tenu de l'étroitesse du marché concerné, les prix pour ce type d'appareil reste encore élevé : près de 350€ TTC l'unité. Afin de le rendre accessible au plus grand nombre, la Bibliothèque sonore de Vitré recherche actuellement des soutiens financiers.

3.2. Quelques enseignements et réflexions

Grâce à l'action de la Bibliothèque sonore (BS), c'est tout l'univers culturel de la lecture qui devient accessible, gratuitement, aux personnes atteintes d'un handicap visuel. Or, bien que reconnue d'utilité publique depuis 1977, l'association des

¹⁰² Site Internet de la Bibliothèque Sonore de Vitré : http://perso.orange.fr/bs-22-35-53/1_page/Histo.html

Donneurs de Voix semble encore assez peu connue par ses bénéficiaires potentiels. Le responsable de la BS de Vitré a fait part de sa difficulté à trouver des relais d'information auprès des personnes concernées, de leur entourage ou des institutions locales.

L'enjeu est bien celui de l'égal accès de tous à la culture par la lecture.

4. Cours d'initiation à l'informatique organisés par l'Université du Temps Libre de Loudéac

4.1. Description synthétique

Depuis 1996, l'Université du Temps Libre (UTL) de Loudéac organise des cours d'initiation à l'informatique dont de nombreux bénéficiaires sont des personnes retraitées et âgées.

Allant d'une première familiarisation avec l'ordinateur jusqu'à l'usage d'Internet, la formation de l'UTL permet à ses élèves d'acquérir, progressivement et avec méthode, les bases nécessaires pour devenir autonomes en informatique et, dès lors, avoir accès à tous les avantages qui peuvent être retirés de ses nombreux usages, notamment dans le domaine de la communication mais aussi de la robotique ou de la domotique.

La formation de l'UTL, dont le coût pour les élèves suivant l'intégralité du cursus est de 200€ environ, rassemble près de 50 personnes par trimestre.

4.2. Quelques enseignements et réflexions

La formation permanente des personnes retraitées et âgées à l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) est devenue aujourd'hui un véritable enjeu d'inclusion citoyenne et sociale.

Elle est aussi une traduction concrète de la nécessité, de la possibilité – et du plaisir – de se former tout au long de la vie, y compris pendant la retraite.

La maîtrise des NTIC par les personnes retraitées et âgées est par ailleurs un formidable outil de rapprochement intergénérationnel : courriels avec les enfants et petits enfants, partage d'un nouveau langage commun, chats, webcams...

Section 3.

Quelques préconisations issues de
l'analyse des initiatives sélectionnées

Avertissement

Les préconisations qui suivent ont été regroupées par grandes catégories d'acteurs afin d'attirer plus particulièrement l'attention de certains d'entre eux sur telle ou telle recommandation.

Cette déclinaison n'est ni exhaustive, ni exclusive.

L'objectif commun d'amélioration de la qualité de la vie des personnes vieillissantes vivant à domicile en Bretagne implique autant de mobiliser individuellement chaque acteur concerné que de rechercher systématiquement *la coopération* et *les effets de synergie*, notamment entre les partenaires publics et privés, dans tous les territoires.

1. Conseil régional, en lien avec les acteurs publics et privés concernés en Bretagne

- **Politique culturelle** : Soutenir les actions facilitant l'accès de tous à l'art et à la culture, à tout âge.

- **Conseil régional des lycéens et apprentis de Bretagne – Politiques du patrimoine** : développer les réflexions et actions collectives sur le thème des relations intergénérationnelles et du patrimoine. Pourquoi pas une action « Quêteurs de mémoire en Bretagne » dans les Lycées en lien avec les actions de la charte « Karta Bretagne » ? Ces actions pourraient, entre autres, concerner la transmission du patrimoine culturel véhiculé par les langues et expressions françaises et/ou régionales (langue bretonne, expression galloise...). Le service de l'Inventaire, récemment transféré à la Région, pourrait être associé à ces initiatives.

- **Bretagne 2.0** :

- Dans le prolongement du dispositif Cybercommune développé par la Région Bretagne, rendre accessible aux personnes retraitées et âgées l'usage de l'outil informatique et en priorité celui d'Internet. Soutenir les actions locales allant dans ce sens.
- Etudier la possibilité, en dehors des heures de cours, d'une mise à disposition des salles d'informatique des lycées pour la formation, par des professionnels ou des lycéens bénévoles, des personnes retraitées et âgées à l'usage de l'informatique.
- Rendre accessibles les matériels et l'usage des nouvelles technologies aux personnes aveugles ou malvoyantes dans un souci d'équité et d'inclusion citoyenne, sociale et culturelle.

- **Politique de formation, Accueil-Information-Orientation, politique culturelle du patrimoine, développement économique (bâtiment)** :

- soutenir les actions bénévoles de transmission intergénérationnelle des savoir-faire et savoir-être, des associations de type « Outil en main ».
- faciliter la mise à disposition des locaux et du matériel des lycées professionnels et techniques pour ces associations.

2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant– avec le Conseil régional

- **Rectorat d'Académie, Inspections Académiques, Etablissements d'enseignement (écoles, collèges, lycées...)** : favoriser les rencontres intergénérationnelles autour du patrimoine, sous toutes ses formes matérielles et immatérielles, et par là, le recours aux ressources de mémoire, de savoir, de savoir-faire, que constituent les personnes âgées.

- **Conseils généraux** : soutenir les initiatives de type « Outil en main » au niveau des collèges.

- **Chambre de Métiers et de l'Artisanat** : Renforcer les liens et le partenariat avec les associations de type « Outil en main ».

- **Communes, bibliothèques et médiathèques, intercommunalités, CCAS, CIAS, CRAM, MSA., Caisses de retraites complémentaires ...** :

- Diffuser l'information sur l'existence des « Bibliothèques sonores » en Bretagne (bulletins municipaux, sites Internet, autres supports de communication locale...)
- Bibliothèques et médiathèques publiques : Développer l'offre de CD audio pour l'aide à la lecture des personnes aveugles ou malvoyantes et mettre à disposition, gratuitement, le matériel le mieux adapté à l'écoute des supports numériques.

- **Tous acteurs publics** :

- Améliorer l'accessibilité visuelle et auditive de l'information et des supports culturels : gros caractères d'imprimerie, signalétiques adaptées, sous-titrage des documents vidéos, etc.
- Favoriser l'accès à la culture des personnes âgées disposant de faibles ressources, notamment par la mise en place de tarifs publics spécifiques (ex : musiques, danses et jeux traditionnels et actuels...).

- **Associations** : Favoriser l'accueil des retraités et leur prise de responsabilités bénévoles afin qu'ils restent acteurs de leur vie sociale tout en encourageant le développement des synergies intergénérationnelles permettant de valoriser le rôle ressource des personnes âgées.

- **Etablissements d'enseignement** : favoriser les rencontres intergénérationnelles régulières autour du patrimoine, sous toutes ses formes matérielles et immatérielles.

- **Presse locale, Caisses de retraites des artisans** : diffuser l'information sur les actions intergénérationnelles de type « Outil en main » afin de susciter des engagements de retraités bénévoles...

- **Universités du Temps Libre** : Développer les activités et manifestations culturelles gratuites accessibles au plus grand nombre.
- **Services associatifs d'aide et de soins à domicile, Clubs de retraités, CODERPA, Presse locale** : relayer l'information sur l'existence des Bibliothèques sonores auprès des audiolecteurs potentiels.
- **Entreprises privées, fondations, économie sociale** : soutien financier à la mise en accessibilité des produits et activités culturels.
- **Tous acteurs privés** : Améliorer l'accessibilité motrice, visuelle et auditive des supports et lieux culturels : gros caractères d'imprimerie, signalétiques adaptées, accessibilité des bâtiments culturels et de leurs abords...Pour ce faire, par exemple, développer le recours, le plus en amont possible, aux conseils d'un(e) ergothérapeute . En ce sens, développer la concertation entre les maîtres d'ouvrage, maîtres d'oeuvre des sites culturels, les communes ou EPCI, les DDE (et leurs Subdivisions notamment), les CODERPA, les associations concernées, les services des CLIC et des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)...
- **Economie sociale et solidaire** : Développer les partenariats entre les entreprises d'insertion intervenant dans l'activité de recyclage du matériel informatique et les acteurs engageant des actions de formation des anciens à l'usage des nouvelles technologies (ex : Entreprise d'insertion « Actif Ouest »).

Conclusion et principales préconisations

Pour une nouvelle politique des âges de la vie en Bretagne

Au terme de cette réflexion alliée à une enquête de terrain riche de nombreux exemples d'actions montrant qu'il est déjà possible d'agir localement pour « mieux vieillir » en Bretagne, il apparaît qu'au-delà du regard social porté sur la vieillesse, c'est bien la question de *la représentation collective du cheminement des âges de la vie* qui est centrale.

C'est ce que soulignent les philosophes Eric Deschavanne et Pierre-Henri Tavoillot en s'interrogeant sur l'actuelle « confusion des âges » : « *Paradoxe : c'est au moment où, grâce à l'allongement de l'espérance de vie, nous avons le plus de chances de vivre la totalité des âges que les moyens de les concevoir clairement nous font le plus cruellement défaut. Qu'est-ce qu'un enfant ? Pourquoi grandir ? Qu'est-ce qu'un adulte ? Pourquoi vieillir ? Toutes ces questions se sont insensiblement ouvertes avec la modernité, jusqu'à devenir béantes aujourd'hui. Le sens des âges (aussi bien leur direction que leur signification) semble s'être irrémédiablement brouillé (...)* ». Et ces derniers de s'interroger : Se dirige-t-on vers la « *fin des âges* » ou au contraire vers une « *lutte des âges* » ?

Plus probablement, nous vivons une période de mutation de notre rapport individuel et social au temps, un mouvement de *reconfiguration des âges de la vie*. Par exemple, l'allongement de la durée de la vie n'est pas sans conséquence sur l'organisation de la société et sur notre conception même du cycle de la vie. Pour reprendre la formule du philosophe et historien, Marcel Gauchet, désormais « *nous avons à apprendre à vivre avec une autre temporalité de la vie* ».

Pour ce qui concerne plus particulièrement la Région Bretagne, ce n'est pas seulement la formation qui est à repenser « tout au long de la vie », mais bien l'ensemble de ses politiques publiques. Au-delà de l'objectif fondamental d'une meilleure *sécurisation des parcours professionnels*, dans lequel la Région a un rôle éminent à jouer¹⁰³, c'est bien la recherche collective d'une meilleure *sécurisation des trajectoires de vie des citoyens* -à toutes les étapes de leur existence- qui est en jeu.

La qualité de la vie à tout âge -et entre tous les âges- devrait être davantage reconnue comme une cause publique, car, comme en témoignent avec force de nombreuses initiatives locales figurant dans le rapport, le « développement durable de la personne » ne peut reposer sur les seules épaules de l'individu, en particulier lorsque surviennent des ruptures brutales liées aux accidents de la vie.

Alors qu'en ce début de vingt-et-unième siècle se poursuivent la révolution de la longévité et la mutation des âges, bien vieillir à domicile -ou ailleurs- c'est d'abord relever le défi d'un bien vivre ensemble dans une Bretagne pour tous les âges.

¹⁰³ A ce sujet, voir l'étude du CESR de Bretagne "Conjuguer flexibilité et sécurisation des parcours professionnels en Bretagne", septembre 2007

Principales préconisations du CESR

Les préconisations, présentées ici de manière synthétique, appellent de nombreux prolongements pratiques de la part de l'ensemble des acteurs publics et privés du "bien vieillir" en Bretagne qui pourront très utilement, pour leur mise en œuvre, s'inspirer des initiatives présentées dans le rapport du CESR.

Pour améliorer la qualité de la vie et l'inclusion sociale des personnes vieillissantes vivant à domicile en Bretagne, le CESR recommande au Conseil régional ainsi que, d'une manière générale, à tous les acteurs concernés, y compris à ses propres membres, de se mobiliser et d'œuvrer, par tous moyens appropriés, à la concrétisation des préconisations suivantes :

Préconisations générales :

- 1. Changer de regard sur le vieillissement :** vieillir n'est pas un processus pathologique en soi, c'est le parachèvement de la vie qui continue.
- 2.** Par la mobilisation de tous, avec celle des personnes vieillissantes elles-mêmes, **renforcer les politiques de prévention, d'information et de formation** sur les conséquences individuelles et collectives du vieillissement, ainsi que sur les aides et dispositifs existants.
- 3. Mieux reconnaître le droit de la personne vieillissante à demeurer le principal auteur et acteur de sa vie** et, pour ce faire, autant que possible, privilégier la mobilisation de ses capacités personnelles et la prise en considération de sa parole, de ses désirs, de sa liberté de choix et de sa qualité de citoyen à part entière.
- 4.** A partir de la conjugaison dynamique et ouverte d'approches à la fois globales et spécialisées, **développer la coopération, la coordination, le travail en réseau de l'ensemble des acteurs** susceptibles d'améliorer la qualité de la vie des personnes vieillissantes. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), en développant leurs relais de proximité sur tous les territoires, ont ici un rôle éminent à jouer.
- 5. Concevoir et adapter toutes les politiques publiques** en prenant en compte la reconfiguration des âges de la vie et en recherchant systématiquement le « mieux vivre ensemble » dans *une Bretagne pour tous les âges*.
- 6. Soutenir et valoriser l'ensemble des initiatives locales** allant dans le sens des préconisations du CESR.

Préconisations thématiques :**7. Habitat : Penser l'habitat tout au long de la vie**

Dans tous les territoires de la Bretagne, inciter les acteurs publics et privés, y compris les habitants intéressés eux-mêmes, à penser l'habitat tout au long de la vie de manière inclusive, évolutive et durable dans un environnement adapté et accessible à tous. Pour ce faire notamment : initier, développer, soutenir et accompagner les études et actions allant dans le sens des évolutions nécessaires.

8. Mobilité : Agir pour favoriser la mobilité

Agir pour favoriser la mobilité des personnes vieillissantes vivant à domicile, tant sur le plan du maintien des capacités personnelles que sur celui de l'adaptation et de l'accessibilité physique et financière de l'offre de transports sur tous les territoires et entre ces derniers.

9. Services : Privilégier l'écoute, mobiliser les capacités et développer l'accessibilité

- En privilégiant l'écoute des besoins exprimés par les personnes elles-mêmes, mettre en pratique, chaque fois que possible, une culture de « l'être » et du « faire avec » plutôt que du « faire » et du « faire pour » ;
- Si besoin en y associant des aides techniques, humaines et financières, mobiliser les capacités et les ressources individuelles en prenant en compte, systématiquement, le rôle et la place de leur environnement social et familial de proximité, notamment de leurs aidants familiaux et bénévoles ;
- Développer l'accessibilité économique et territoriale d'une offre de services de qualité aux personnes âgées vivant à domicile, en intervenant plus spécialement auprès de celles qui sont socialement isolées, en situation de handicap ou économiquement défavorisées.

10. Santé : Favoriser la prévention et la mise en œuvre d'une qualité de vie

En prenant pour fondement l'approche « bio-psycho-sociale » de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, considérant que la qualité de la vie personnelle, sociale, culturelle et environnementale ainsi que la prévention sont des facteurs de bien-être et de santé durables aussi importants que le bon fonctionnement des organes : favoriser et soutenir l'essaimage des bonnes pratiques et le développement des actions correspondantes.

11. Vivre ensemble : Cultiver le lien social, la solidarité et lutter contre l'isolement

Pour bien vieillir, il faut cultiver -individuellement et collectivement- le lien social, l'art et le plaisir de bien vivre ensemble à tous les âges de la vie. La lutte contre l'isolement social des personnes vieillissantes devrait, bien au-delà du seul principe de précaution sanitaire, être affirmée comme la priorité des priorités de l'ensemble des politiques publiques menées en direction des personnes âgées.

Les souffrances psychiques liées à la solitude, aux sentiments de relégation et d'inutilité sociale peuvent avoir des conséquences tragiques lorsqu'une société se résigne implicitement à l'abandon et au mal-être de ses anciens. D'où l'importance de valoriser et de soutenir publiquement, dans une logique de prévention, toutes les initiatives de solidarité et d'inclusion sociale au plus près des personnes vieillissantes vivant à domicile, notamment lorsque surviennent des accidents de la vie.

12. Culture : Favoriser le rôle de transmission des anciens et mieux reconnaître leur capacité à créer et se cultiver.

Parce qu'une personne vieillissante n'est pas qu'une histoire *de* vie mais encore une histoire *en* vie, favoriser et valoriser le rôle et la vie culturels des anciens, tant du point de vue de la création que de la transmission. Mieux reconnaître leur capacité à apprendre encore, à s'ouvrir au monde, à se cultiver tout en améliorant l'accessibilité financière, motrice, sensorielle et technologique de l'offre culturelle dans toute sa diversité. Donner une plus grande visibilité médiatique aux personnes vieillissantes car leur présence traduit autant l'image que la société *donne d'elle-même* que celle qu'elle *se donne à elle-même*.

Contributions, auditions et rencontres

Les titres et mandats correspondent à la situation au moment de l'audition.

| | |
|------------------------------------|--|
| Mme Marie-Jo ANDRÉ-GOURIOU | Initiatrice du projet "Réseaux de veille de voisinage des Quartiers St Marc et de l'Europe à Brest" et membre du Conseil consultatif de quartier (St Marc) |
| M. Louis AUBRÉE | Agriculteur à la retraite et membre de la Confédération Syndicale des Familles de l'Ille et Vilaine (CSF) |
| Mme Janine BAUDET | Présidente du "Club du Grand Large de Quiberon" |
| M. Jean-Marie BEVIÈRE | Directeur général Adjoint de la Chambre de métiers et d'artisanat du Morbihan |
| Mme Maria BLAKE | Direction des personnes âgées et des personnes handicapées au Conseil général du Finistère |
| Mme Pascale BOBILLE | Directrice de la Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées – Conseil général d'Ille et Vilaine |
| Mme Valérie BOUDIN | Chargée de mission à l'Union régionale des Pact-Arim Bretagne |
| Mme Valérie BOUTELOUP | Responsable de l'Association "RenneSolidaire" |
| Mme Anna BRIAND | Usager du Service d'accompagnement social à la Fédé UNA des Côtes d'Armor |
| Mme Marie-Odile BRUNEAU | Philosophe |
| M. Yvon CALLAC | Président de l'Université du Temps Libre (UTL) du Pays de Loudéac |
| Mme Martine CARRILLO | Membre de l'association « UFC – Que choisir ? » de Rennes |
| Mme Anne-Marie CIBAUD | Adjointe au Maire de Brest |
| M. Vincent CLECH | Directeur de la Communauté de Communes "Callac Argoat" |
| Mme Madeleine COQUIO | Étudiante à l'Université du Temps Libre du Pays de Loudéac (cours d'informatique) |
| M. Guy CRISSIN | Président de l'Office des Retraités de Brest et de l'Union Régionale des Offices de Personnes Agées et Retraités de Bretagne (UROPAR) |
| Mme Annaïg DAOUPHARS | Coordinatrice "Quêteurs de Mémoire en Finistère" au Conseil général du Finistère |
| Mme Marie-Thérèse DELAMARRE | Agricultrice à la retraite, membre de la Confédération Syndicale des Familles de l'Ille et Vilaine et responsable de l'animation du Collectif retraités |
| Mme Florence DELAUNE | Docteur en économie, consultante, responsable de formation continue à l'EHESP. Responsable de l'étude-action sur les femmes âgées en situation de pauvreté sur le territoire du CODEM de la couronne Nord-Ouest de Rennes. |
| M. Claude DELHERBE | Animateur bénévole à l'association « L'outil en main » de Vitré |
| Mme Marie-Eve DEPASSE | Service "Actions médico-sociales" – Conseil général d'Ille et Vilaine |
| M. Loïc DERON | Conseiller à Lamballe Communauté et Maire de Pommeret (Côtes d'Armor) |
| M. Philippe DESCOTTES | Directeur de Domicile Action à Rennes (35) |
| Mme Isabelle DONIO | Psychologue, Directrice de l'ASPANORD (Rennes), Co-responsable du Bistrot Mémoire de Rennes |
| Mme Claude DOUCET | Membre de l'association « UFC – Que choisir ? » de Rennes |

| | |
|-------------------------------------|--|
| M. Jérôme ESNAULT | Chargé d'études au Pact-Arim 22 |
| Mme Muriel EVEN | Service "Contrôle des établissements et services aux personnes âgées" – Conseil général du Morbihan |
| M. Christian FAGON | Enseignant de breton ayant participé à l'opération « Quêteurs de Mémoire en Finistère » du Conseil général du Finistère |
| Melle Rebecca FAGOT | Chargée de mission aux Mutuelles de Bretagne |
| M. Pascal FORTIN | Responsable du service aux particuliers au Pact-Arim 29 |
| Mme Béatrice FOUCAULT | Psychosociologue à France Télécom R&D Lannion, Responsable du pilotage de l'expérimentation MAD |
| M. Julien FRAVAL | Responsable de l'atelier informatique de l'Université du Temps Libre du Pays de Loudéac |
| M. François GALARD | Directeur de la DRASS Bretagne |
| Mme Caroline GIRAUX | Ergothérapeute libérale à Rennes |
| Mme Sandrine GOIZET | Animatrice Promotion et Prévention de la Santé à la Mutualité Française 35 |
| Melle Francine GOUHIER | Service "Réseaux gérontologique et CLIC" – Conseil général des Côtes d'Armor |
| Maître Alain GOURANTON | Notaire à Rennes, membre du Conseil régional des Notaires de la Cour d'Appel de Rennes |
| M. Jean-Yves GUEGUEN | Premier adjoint au Maire de Ploudaniel |
| Mme Jeannine GUILLARD | Adjointe au Maire de Ploërmel et Vice-présidente du Pays de Ploërmel |
| M. Jean-Paul GUIZELIN | Membre du Club des Aînés Ruraux de Tréveneuc (22) |
| Mme Hilary HARRISON | Étudiante à l'Université du Temps Libre du Pays de Loudéac (cours d'informatique) |
| Mme Yolaine HUONNIC | Accompagnatrice sociale à la FEDE UNA 22 |
| M. André JACQUES | Responsable régional adjoint du Service Social de la CRAM Bretagne |
| Mme Annie JAIMES | Fougères Communauté |
| M. Bernard JAIN | Directeur de la Direction des interventions sociales au Conseil général du Morbihan |
| M. Alain JAMIER | Animateur bénévole de l'atelier chauffage plomberie de l'Association "L'outil en main" de Vitré |
| M. Joseph-François KERGUERIS | Président du Conseil général du Morbihan |
| Mme Annie KERNIN | Directrice de l'Agence Armorique Habitat de Landerneau |
| Mme Marie-Hélène KEROUANTON | INSEE Bretagne |
| Mme Paulette KIRZIN | Usager du Service de Prévention par les Activités Physiques Adaptées (SPAPA) de la Mutualité Française des Côtes d'Armor |
| Mme Magali LE BELLEC | Assistante du Directeur des services techniques et responsable du transport à la demande « Distribus » à Lamballe Communauté |
| Mme Yveline LE BERIGOT | Responsable Adjointe du service "Développement sanitaire et social" à la Mutualité Sociale Agricole 56 |
| M. Michel LE BOURDONNEC | Président d'Armorique Habitat |
| M. Claudy LEBRETON | Président du Conseil général des Côtes d'Armor |

| | |
|----------------------------------|---|
| Mme Bénédicte LECOMTE | Infirmière coordonnatrice au Village Services de l'ADMR « Les Dolmens JRS » à Janzé (35) |
| Mme Anne-Marie LE GALL | Bénévole "Passeur de mémoire" ayant participé à l'opération « Quêteurs de Mémoire » mise en place par le Conseil général du Finistère |
| Mme Marie-Thérèse LE GALL | Directrice de la MARPA de Ploudaniel |
| Mme LEMAITRE | Responsable d'une famille d'accueil pour personne âgée |
| Mme Nathalie LE MOIGNE | Accompagnatrice sociale à la FEDE UNA 22 |
| Mme Denise LE TRAOU | Usager du Service d'accompagnement social de la FEDE UNA 22 |
| Mme Estelle LE SAGER | Chargée de mission Prévention au CLARPA 56 |
| Mme LEDREFF | Habitante du quartier de l'Europe à Brest - |
| Mme Annie LEROUX | Présidente de l'association "Rien sans elles" de Brest, co-porteuse du projet « Maison babayagas » (Brest) |
| Mme Marie LOUSSOUARN | Adhérente de l'association "Rien sans elles" de Brest co-porteuse du projet « Maison babayagas » (Brest) |
| Mme Anaïg LAUDREN | Maison du Val d'Oust à St Caradex (22) |
| M. Alain LOZAC'H | Chef de projets "Côtes d'Armor Numériques", Conseil général des Côtes d'Armor |
| M. Jérôme LUCAS | Mouvement rural "Les ateliers de la découverte" – CAC Sud 22 |
| M. Jean LUTROT | Président du CLARPA 56 |
| Mme Marina LOUARN | Infirmière coordinatrice aux Mutuelles de Bretagne |
| M. Daniel MACÉ | Directeur de la Direction de la Solidarité pour l'Autonomie – Conseil général des Côtes d'Armor |
| M. Jean-Pierre MACÉ | Bénévole animateur de l'atelier "métallerie" et initiateur de l'action "Les ateliers de la découverte" à Loudéac (22) |
| M. Pierre MAILLE | Président du Conseil général du Finistère |
| M. Pierre-Yves MALO | Psychologue clinicien Président de l'Association "Psychologie et vieillissement" |
| M. Joël MARCHADOUR | Conseiller régional et Maire de Ploudaniel (Finistère) |
| Mme Marie-France MARCHAL | Représentante de la MSA Bretagne |
| M. Emmanuel MARTIN | Directeur du Pays de Ploërmel |
| Mme Marcelle MARTIN | Adhérente membre du Collectif retraités à la Confédération Syndicale des Familles de l'Ille et Vilaine |
| M. Mark MASSON | Chargé de mission langue bretonne au Conseil général du Finistère |
| Mme Estelle MAUTEMPS | Directrice de la maison de retraite Ker Joseph à Pipriac (35) |
| M. Pascal MERE | Président de l'association ADMR « Les Dolmens » JRS à Janzé (35) |
| M. Yann MENOT | Responsable de l'Activité Prévention et Promotion de la Santé – département d'Ille-et-Vilaine - Mutualité française Bretagne |
| Mme Suzanne MESTON | Responsable de l'atelier informatique de l'Université du Temps Libre du Pays de Loudéac |

| | |
|---|---|
| M. Serge MICHEL | Secrétaire général à la CAPEB 35 |
| M. Robert NADEAU | Animateur bénévole de l'atelier « électromécanique » de l'Association "L'outil en main" de Vitré |
| M. Jean-Paul NICOLAS | Adjoint au Maire de Ploudaniel (Finistère) |
| M. Jean OLLIVRO | Professeur de géographie à l'Université de Haute Bretagne et Président de l'Association "Bretagne Prospective" |
| Mme Catherine PAPION | Intervenante du CLIC du Pays de Plouërmel (56) |
| Mme Martine PARE | Médiateur à la Commission des relations avec les usagers et de qualité de prise en charge du Centre Hospitalier de Port-Louis (Morbihan). |
| Mme Simone PENNEC | Sociologue à l'Université de Bretagne Occidentale |
| M. Fabien PETIT | Etudiant à l'IEP de Rennes – Stagiaire au CESR de Bretagne |
| Mme Lyse PEYROUSET | Directrice du Village Services de l'ADMR « Les Dolmens » à Janzé (35) |
| M. POHU | Animateur bénévole à l'Association "L'outil en main" de Vitré |
| Mme Catherine PORTES | Coordinatrice du Service d'accompagnement social à la Fédé UNA des Côtes d'Armor |
| Mme Françoise POULIQUEN | Comité Consultatif de Quartier – Quartier de l'Europe à Brest- |
| Mme Isabelle PUREN | Responsable d'une structure d'accueil pour personnes âgées désorientées dans le Morbihan |
| M. Michel QUILFEN | Directeur du Service "Développement et Construction d'Armorique Habitat" |
| M. Mickaël RAMONET | INSEE Bretagne |
| Mme Karine RETO | Coordinatrice du CLIC du Pays de Plouërmel (56) |
| M. Pascal ROULIN | Responsable du service "Adaptation" au Pact-Arim 35 |
| Mme Corinne ROUSSEL | Directrice du SPASAD des Mutuelles de Bretagne à Brest |
| M. Christian ROUX | Directeur de l'ASSAD du Pays de Redon |
| M. Michel ROZE | Animateur bénévole de l'atelier « peinture » de l'Association "L'outil en main" de Vitré |
| M. Tugdual RUELLAN | Journaliste |
| Service social de la CRAM Bretagne | Responsables et agents |
| Mme Simone SOULSONNE | Présidente du Club des Anciens de Ploeren (56) |
| Mme Jacqueline THEPAUT | Habitante du quartier St Marc à Brest |
| M. Christian THOMAS | Président de l'Association "L'outil en main" de Vitré |
| Mme Françoise THOUMINE | Directrice de la Direction des personnes âgées et des personnes handicapées au Conseil général du Finistère |
| M. Yves TILLAUT | Responsable d'Agence au Pact-Arim 56 |
| M. Jean-Louis TOURENNE | Président du Conseil général d'Ille et Vilaine |
| M. Hosny TRABELSI | Adjoint au Maire de Brest |
| M. Jean-Claude TRAVERS | Animateur bénévole de l'atelier « menuiserie » de l'Association "L'outil en main" de Vitré |

| | |
|------------------------------|--|
| Mme Yveline TOULLEC | Agent à la Mairie de quartier St Marc à Brest. |
| M. Stéphane TURBIN | Directeur de la Société de cars LE VACON, Plénée-Jugon (Côtes d'Armor) |
| M. Alain VACAVANT | Secrétaire de l'Association "L'outil en main" de Vitré Président de l'Association "Donneurs de voix" de la Bibliothèque Sonore de Vitré (Lion's Club) |
| Mme Maguelonne VALLEE | Éducatrice sportive en charge de l'animation du Service de Prévention par les Activités Physiques Adaptées (SPAPA) – Mutualité Française des Côtes d'Armor |
| Mme Hélène ZERAPHA | Directrice de l'IME et du SESSAD de la "Barratière" de Vitré (ADAPEI 35) |

Enquête territoriale

Composition des sous-groupes de la Commission "Qualité de vie, culture et solidarité"

- Sous-groupe « Morbihan » du 27 avril 2007.

Mme Andrée CARIO (Réfèrent-coordonnateur)

M. Jean LEMESLE

Mme Nicole FRANÇOIS

M. Bernard PIVETTE

M. Daniel HARDY

M. Michel MORVANT

- Sous-groupe « Finistère » du 4 mai 2007.

Mme Andrée CARIO (Réfèrent-coordonnateur)

M. Jean LEMESLE

Mme Nicole FRANÇOIS

M. Bernard PIVETTE

Mme Monique HERROU

M. Noël ROUDAUT

- Sous-groupe « Côtes d'Armor » du 9 mai 2007.

Mme Nicole FRANÇOIS (Réfèrent-coordonnateur)

M. Jean LEMESLE

Mme Andrée CARIO

M. Bernard PIVETTE

M. Yannick BARBANÇON

Mme Yvette DEMAY

Mme Joëlle DEGUILLAUME

- Sous-groupe « Ile-et-Vilaine » du 29 mai 2007.

M. Bernard PIVETTE (Réfèrent-coordonnateur)

M. Jean LEMESLE

Mme Andrée CARIO

Mme Nicole FRANÇOIS

M. Loïc RICHARD

M. Émile LEGAVRE

M. Lucien THOMAS

Mme Anne SAGLIO

Composition du groupe de pilotage de l'étude

M. Jean LEMESLE, Président de la Commission

Mme Andrée CARIO, Vice-Présidente de la Commission

Mme Nicole FRANÇOIS, co-rapporteur

M. Bernard PIVETTE, co-rapporteur

M. Fabien BRISSOT, Conseiller technique

Annexes

Annexe 1

Questionnaire de collecte des initiatives locales

"L'INNOVATION AU SERVICE DE LA QUALITÉ DE LA VIE DES PERSONNES
AGÉES VIVANT A DOMICILE EN BRETAGNE "

QUESTIONNAIRE DE COLLECTE DES INITIATIVES INNOVANTES

**Prénom et Nom de la conseillère ou du conseiller référent(e)
pour ce questionnaire :**

Nom :

Prénom :

Date à laquelle ce questionnaire est complété :

Le présent questionnaire est destiné aux membres de la Commission « Qualité de vie, Culture et Solidarités » du Conseil économique et social régional de Bretagne (CESR) volontaires pour participer à *la collecte d'initiatives innovantes* répondant à certains besoins, attentes et désirs en qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile en Bretagne, ainsi qu'à leurs interlocuteurs.

Seules les initiatives répondant au cahier des charges de l'étude (voir note de présentation générale), offrant *une information de qualité* et qui sont susceptibles de donner lieu à une rencontre locale de leurs organisateurs et de quelques personnes âgées bénéficiaires pourront être pré-sélectionnées. Il est précisé que la recherche du CESR s'inscrit exclusivement dans une *démarche d'étude* exploratoire et n'entre donc pas dans le cadre d'un appel à projets pouvant donner lieu à une aide publique.

Chaque questionnaire de collecte ne traite *que d'une seule* initiative remarquable. Il y a donc autant de questionnaires à compléter que de réponses innovantes identifiées. Le champ de la collecte est largement ouvert, toutefois l'attention des « collecteurs » et des « collectés » est attirée sur le fait que *toutes* les initiatives repérées et renseignées par le biais du présent questionnaire pourraient ne pas figurer dans le rapport final du CESR, celui-ci ne prévoyant de présenter qu'une vingtaine de réponses innovantes en Bretagne, parmi les plus exemplaires à ses yeux, soit environ cinq actions par département.

Toutes *documentations ou contributions écrites* accompagnant les réponses apportées au présent questionnaire seraient très appréciées.

Ce questionnaire a été conçu en mode « formulaire » pour pouvoir être complété, totalement ou en partie, et exploité sous forme électronique. Vos réponses peuvent donc être saisies directement dans ce fichier. Il est ensuite à « enregistrer sous » et à retourner par mail au CESR.

- **Questionnaire à retourner au CESR de Bretagne, avant le 9 mars 2007** si possible, par mail de préférence, à : ✉ f.brissot@region-bretagne.fr
ou, à défaut, par courrier au CESR de Bretagne, à l'attention de Fabien BRISSOT, 7, rue du Général Guillaudot, CS 26918 -35069- Rennes cedex

- Contact : Fabien BRISSOT, conseiller technique au CESR de Bretagne - ☎ 02.99.87.17.67

- Site du CESR de Bretagne :

http://www.region-bretagne.fr/CRB/Public/rubriques_institutio/cesr

1/ Votre réponse innovante concerne (cocher la ou les cases correspondantes - ou compléter la rubrique « Autres ») :

| Besoins, désirs et attentes des personnes âgées | Thématique | Cocher (en cliquant) |
|---|--|--------------------------|
| 1. Adapter son habitat aux diminutions de ses capacités | Logement | <input type="checkbox"/> |
| | Cadre de vie | <input type="checkbox"/> |
| | Autres (préciser) : | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pouvoir se déplacer en autonomie et rompre l'isolement | Transports en commun | <input type="checkbox"/> |
| | Transports individuels | <input type="checkbox"/> |
| | Autres (préciser) : | <input type="checkbox"/> |
| 3. Accéder facilement aux services essentiels de proximité | Services de santé | <input type="checkbox"/> |
| | Services sociaux | <input type="checkbox"/> |
| | Services publics | <input type="checkbox"/> |
| | Services d'aide à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> |
| | Accès aux commerces de proximité | <input type="checkbox"/> |
| | Autres (préciser) : | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prendre soin de soi | Prévention des accidents et maladies liés au vieillissement | <input type="checkbox"/> |
| | Traitement des traumatismes et maladies liées au vieillissement | <input type="checkbox"/> |
| | Entretien de la santé physique et mentale | <input type="checkbox"/> |
| | Maintien des facultés intellectuelles, des possibilités et capacités d'apprentissage | <input type="checkbox"/> |

| Besoins, désirs et attentes des personnes âgées | Thématique | Cocher (en cliquant) |
|--|---|-----------------------------|
| | Maintien de l'autonomie de la personne | <input type="checkbox"/> |
| | Sécurité matérielle : ressources financières, aide à la gestion autonome de son budget et de son patrimoine, prévention des abus de faiblesse et lutte contre les pièges à la consommation... | <input type="checkbox"/> |
| | Sécurité affective : lutte contre la solitude, goût de vivre | <input type="checkbox"/> |
| | Loisirs : se distraire, se détendre, prendre du plaisir, ... | <input type="checkbox"/> |
| | Bénéficier des progrès et aides techniques (système de téléassistance, de télécommunication, domotique, robotique...) | <input type="checkbox"/> |
| | Préserver et défendre sa liberté, sa dignité et ses droits | <input type="checkbox"/> |
| | Lutter contre la maltraitance, favoriser la bien-traitance | <input type="checkbox"/> |
| | Autres (préciser) : | <input type="checkbox"/> |
| | 5. Vieillir et vivre ensemble | Sentiment d'utilité sociale |
| Inclusion sociale et citoyenne des personnes âgées | | <input type="checkbox"/> |
| Maintien du capital social, du soutien social et familial de proximité (en particulier consolidation des liens familiaux et de voisinage...) | | <input type="checkbox"/> |
| Aide aux « aidants » naturels (familles, amis, voisins...) et professionnels | | <input type="checkbox"/> |
| Solidarité, mixité et liens intergénérationnels | | <input type="checkbox"/> |
| Autres (préciser) : | | <input type="checkbox"/> |
| 6. Se cultiver, s'ouvrir au monde, transmettre | Accès aux pratiques culturelles | <input type="checkbox"/> |
| | Apprendre et se former tout au long de la vie | <input type="checkbox"/> |
| | Transmission du savoir, du savoir-faire, de l'expérience, du patrimoine immatériel... | <input type="checkbox"/> |
| | Accès à l'information et à l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) | <input type="checkbox"/> |
| | Tourisme, voyages... | <input type="checkbox"/> |
| 7. Autres ... | - | <input type="checkbox"/> |
| | - | |
| | - | |

2/ En quoi consiste en pratique cette action ?

- a) Quelle est la nature de l'initiative ? De quoi s'agit-il ? Quels sont les différents aspects de la prestation ou du service ?
- b) Où se déroule cette action (Département, localité, quartier...) ?
 - Est-elle mise en œuvre dans un territoire à dominante rurale, urbaine ou péri-urbaine ?
- c) Quand a-t-elle été mise en place ?
 - Quelle est (ou a été) sa durée ?

3/ Qui sont les acteurs de cette action innovante ?

- a) Qui sont les responsables et organisateurs de l'initiative?
- b) Qui sont les personnes âgées bénéficiaires ?
 - S'agit-il d'un public particulier ? oui non
- c) Quel est, en général, leur niveau d'autonomie ?
- d) Qui sont les partenaires publics et/ou privés impliqués dans l'action ?
 - Quelle est, pour chacun, leur mode d'implication dans l'initiative ?
- e) Ce partenariat vous paraît-il innovant ? oui non
 - Si oui, en quoi ?
- f) Les interventions de ces acteurs auprès des personnes âgées sont-elles coordonnées ?
oui non
 - Un travail en réseau a-t-il été développé ? oui non

4/Quelle est l'origine de l'initiative ?

- a) Pourquoi, quand, dans quel contexte et avec qui l'action a-t-elle vu le jour ?
- b) Qui en a été le créateur et l'initiateur principal ?
- c) Les besoins et attentes des personnes âgées ont-ils été pris en considération dès la définition de l'action ? oui non
- d) Si oui, comment et à partir de quel(s) mode(s) d'écoute, de participation ou de co-construction ?

5/ Quel est le coût financier de l'action ?

- a) Quel est le coût financier global de l'action ?
- b) Comment son budget s'équilibre-t-il ?
- c) A-t-elle bénéficié ou bénéficie t-elle d'aides publiques ou privées ? oui non
- Si oui, lesquelles ?
- d) Des *modalités de financement innovantes* ont-elles été mise en place ? oui non
- Si oui, lesquelles ?
- e) L'action est-elle gratuite ou payante pour ses bénéficiaires ? Gratuite Payante
- Si un prix a été fixé, quel est-il ?
 - Est-il modulé en fonction du niveau de ressources des personnes âgées ? oui non
 - Si oui, quelle est cette modulation ?
- f) Des aides publiques, sociales ou privées, des exonérations ou facilités de paiement sont-elles prévues pour favoriser l'accès au service des personnes âgées en situation de fragilité financière ? oui non
- Si oui, veuillez-préciser :

6/ Par quels apports et dans quels domaines spécifiques cette action permet-elle de maintenir ou d'améliorer la qualité de la vie des personnes âgées bénéficiaires ?

- a) L'initiative contribue-t-elle à améliorer le bien être matériel, physique et psychique des **personnes âgées bénéficiaires** ? oui non
- Si oui, veuillez préciser en quoi ?
- b) L'initiative permet-elle de prévenir des maladies, des accidents, certains troubles physiques ou psychiques ? oui non
- Si oui, veuillez préciser ?
- c) Participe t-elle au maintien et au développement de l'autonomie de la personne ? oui non
- Si oui, veuillez préciser ?
- d) L'initiative favorise t-elle l'inclusion sociale ou citoyenne des personnes âgées ? oui non
- Si oui, veuillez préciser ?

e) Contribue-t-elle à restaurer, maintenir, ou développer les liens et solidarités intergénérationnelles ? oui non

- Si oui, veuillez préciser ?

f) Quelles sont les autres valeurs ajoutées de l'initiative, tant pour les personnes âgées elles-mêmes que pour la société dans son ensemble ?

7/ En quoi, selon vous, cette initiative est elle innovante aujourd'hui en Bretagne ?

a) S'agit-il plutôt d'une innovation :

- sociale
- économique
- culturelle
- technologique
- autre (préciser)

b) L'initiative est *innovante* par (plusieurs réponses possibles):

- *l'objet et la nature* même de l'action (préciser)? oui non
 - Si oui, veuillez préciser
- *ses modalités d'accès*, y compris financières (préciser)? oui non
 - Si oui, veuillez préciser
- *ses modalités de co-construction* avec les personnes âgées (préciser) ? oui non
 - Si oui, veuillez préciser
- *ses modalités de mise en œuvre* (préciser)? oui non
 - Si oui, veuillez préciser
- *son public cible* (préciser) ? oui non
 - Si oui, veuillez préciser
- *ses partenariats publics et/ou privés* (préciser) ? oui non
 - Si oui, veuillez préciser
- *les méthodes de coordination ou le travail en réseau* entre les acteurs intervenants auprès des personnes âgées, notamment entre aidants « naturels » (familles, proches...) et/ou entre aidants professionnels des secteurs social, médical et médico-social (préciser) ? oui non
 - Si oui, veuillez préciser

- *la prise en compte globale* de la personne âgée et de son parcours de vie ? oui non
 - Si oui, veuillez préciser
- *le mode de personnalisation* de la réponse apportée ? oui non
 - Si oui, veuillez préciser
- *la formation* des acteurs intervenants auprès des personnes âgées ? oui non
 - Si oui, veuillez préciser
- les modalités *d'évaluation* de la réponse apportée aux besoins des personnes âgées et de la satisfaction ces dernières? oui non
 - Si oui, veuillez préciser
- *autres types d'innovation* (préciser) ? oui non
 - Si oui, veuillez préciser

8/ A votre connaissance, s'agit-il d'une initiative locale isolée ? oui non

D'autres expériences de ce type ont-elles été menées en Bretagne ou ailleurs et , si oui, où ça ?

9/ Cette expérience vous paraît-elle transposable ailleurs en Bretagne ? oui non

Si oui dans quels types de territoires (rural, urbain, péri-urbain...) ? ...
... et à quelles conditions ?

10/ L'initiative est-elle pérennisable ou s'agit-il d'une expérience ponctuelle ?

Dans ce dernier cas, comment vous paraît-il possible de la pérenniser ?

11/ Si votre initiative fait appel à la participation active des personnes âgées bénéficiaires, comment l'action est-elle co-construite avec ces dernières ? Comment leurs besoins, attentes et désirs sont-ils pris en compte de la définition à l'évaluation de l'action menée ?

12/ Au-delà des personnes âgées elles-mêmes, l'initiative a-t-elle un intérêt « transgénérationnel », c'est-à-dire peut-elle bénéficier à d'autres générations ?

- oui non
- Si oui, veuillez préciser

13/ Quelles sont les mesures prises pour faciliter l'accessibilité du service aux personnes âgées isolées ou à mobilité réduite ?

14/ Quels sont, à vos yeux, les principaux points forts de l'initiative et ceux qui restent encore à améliorer ?

- Points forts :
- Points restant à améliorer :

15/ Selon vous, l'initiative peut-elle concerner la Région Bretagne ?

oui non

16/ Si vous estimez que la reproduction et le développement de cette initiative présentent un intérêt régional, quelles sont les principales politiques publiques de la Région qui seraient plus particulièrement concernées (plusieurs réponses possibles) ?

- a) -Formation ? Pouvez-vous préciser ?
- b) -Développement économique ? Pouvez-vous préciser ?
- c) -Aménagement du territoire ? Pouvez-vous préciser ?
- d) -Culture ? Pouvez-vous préciser ?
- e) -Autres ...? Pouvez-vous préciser ?

17/ Pensez-vous que la Région Bretagne devrait, dans le respect des compétences des autres acteurs publics concernés, développer son intervention en direction des personnes âgées ? oui non

- Si oui, cette intervention devrait elle concerner en priorité :

- (1) Les personnes âgées vivant à domicile ?
- (2) Les personnes âgées vivant en établissement ?

18/ Quelles sont les attentes des acteurs de l'initiative vis-à-vis du Conseil régional ? Avez-vous des préconisations particulières à formuler en direction du Conseil régional de Bretagne ?

19/ Avez-vous des propositions complémentaires à formuler en direction d'autres acteurs publics (Union européenne, Etat, Départements, Communes et leurs groupements...) ou privés (entreprises du secteur marchand ou non marchand, associations...) ?

oui non

- Si oui, lesquelles ?

20/ Existe-t-il de la documentation (écrite, video, Internet...) sur cette initiative ?

oui non

- Si oui, comment y avoir accès ?

21/ Est-il envisageable que des organisateurs et des personnes âgées bénéficiaires de l'action innovante puissent être rencontrés par un petit groupe de conseillers économiques et sociaux afin de recueillir directement leurs témoignages lors d'une rencontre locale ?

oui non

22/ Selon, vous, si nous retenions une rencontre d'audition locale, sur quoi faudrait-il privilégier nos échanges ?

23/ Si vous souhaitez apporter des observations complémentaires, cette rubrique peut-être complétée librement (une contribution écrite librement rédigée par les organisateurs et/ou les bénéficiaires de l'initiative peut-être jointe au présent questionnaire pour compléter cette rubrique)

24/ Quelles sont les personnes-relais à contacter pour obtenir des précisions complémentaires sur l'initiative et organiser, dans votre département, une éventuelle rencontre ?

Personne relais n°1

Nom :

Prénom :

Adresse physique :

Adresse électronique (e-mail) – écrire très lisiblement - :

Tél fixe :

Tél portable :

Fax :

Personne relais n°2

Nom :

Prénom :

Adresse physique :

Adresse électronique (e-mail) – écrire très lisiblement - :

Tél fixe :

Tél portable :

Fax :

Rappel : Toute documentation, tous témoignages ou contributions écrits d'organisateur ou de bénéficiaires de l'initiative, qui viendraient librement compléter les réponses apportées au présent questionnaire constitueraient un matériau précieux pour l'étude du CESR et seraient, de ce fait, très appréciés.

Ils peuvent être communiqués par mail à f.brissot@region-bretagne.fr ou par courrier, à l'adresse indiquée à la première page du questionnaire.

Annexe 2

Intervention de Mme Marie-Odile BRUNEAU, philosophe¹⁰⁴

VIEILLIR : UNE CHANCE OU UN NAUFRAGE ? DE LA RELEGATION A L'ENTOURAGE

INTRODUCTION :

Quand Kofi Nyamgan - qui a la double nationalité française et togolaise - fut élu maire de la petite commune du Finistère de St Couly, il fut appelé d'urgence par sa famille du Togo et sommé de se rendre chez lui. A son arrivée là-bas, sa famille lui a demandé de renoncer à cette charge disant qu'il était trop jeune et qu'il allait faire des bêtises. Quand il eût expliqué que ce n'était pas possible, le conseil de son village togolais s'est réuni et lui a demandé de s'entourer de vieux pour lui éviter de commettre des erreurs dans sa charge en France. C'est d'ailleurs ainsi qu'est née en lui l'idée de former un conseil des sages.

Cette histoire est là pour nous rappeler que la vieillesse n'a pas le même statut partout, par exemple en France et en Afrique noire.

Ainsi chez nous les vieux sont plus souvent vus comme un fardeau que comme une aide, comme posant des problèmes plus que comme pouvant apporter des conseils, les anciens sont plus souvent dévalorisés que considérés comme des personnes infiniment respectable et dignes d'être écoutées.

Pour pouvoir réfléchir sur la contribution que l'on peut apporter à la qualité de vie des personnes vieillissantes à domicile dans notre société, il me semble nécessaire d'abord de nous interroger sur **le statut de la vieillesse** chez nous (1), et comprendre que celui-ci dépend en grande partie du **regard** que nous portons sur le grand âge (2).

Nous verrons ensuite l'importance de considérer les vieux comme des **personnes** (3), **dignes de respect** (4) **porteuses de valeurs** (5) ce qui nous conduira à nous situer de manière **éthique** face aux questions que pose l'attention, et le souci des personnes très âgées (6).

Enfin nous nous arrêterons sur deux questions plus particulières : celle du **souci de la sécurité** d'une part et celles de **la solitude** d'autre part.

¹⁰⁴ Audition et contribution écrite du 13 février 2007

A – LA REPRESENTATION SOCIALE ET LE REGARD SUR LA VIEILLESSE

1 – LA VIEILLESSE N'EXISTE PAS

Deux auteurs, entre autres, ont montré que la vieillesse était une notion très relative : **Bernard Ennuyer**, sociologue et longtemps directeur d'un service de soins à domicile à Paris et **Jacques Messi** qui a écrit un livre au titre significatif : La personne âgée n'existe pas.

Il y a en effet de multiples vieillesse : celle de Madeleine Renaud, de l'Abbé Pierre, des hommes politiques, des philosophes comme Ricoeur... celle de nos proches si différentes les unes des autres ... celle des très pauvres qui est bien plus précoce que celle des riches.... celle des vieux à la campagne et celle des vieux à la ville... celle d'aujourd'hui et celle d'hier ...celle d'ici et celle d'ailleurs ... en Afrique, en Asie ...

La vieillesse varie selon les individus, leur statut social et aussi selon les cultures

Le senior, étymologiquement c'est celui qui est plus vieux... que... c'est un relatif et non un superlatif. **Le caractère relatif de la vieillesse** est évident : « on est tous et toujours le vieux de quelqu'un »

La vieillesse est donc avant tout une représentation sociale variable et subjective.

Bourdieu disait : « ***l'âge est une variable biologique socialement manipulée et manipulable*** ».

Selon les circonstances, les interlocuteurs, les périodes (électorales ou non par exemple), les modes même, les vieux seront présentés d'une manière ou d'une autre, la vieillesse sera montrée sous un aspect ou sous un autre, et on s'y intéressera pour des raisons différentes... Les vendeurs de revues du 3ème âge ou de monte-charge, les marchands de voyage ou de Viagra, les cures de Thalassothérapie ou les recherches sur la désorientation, ne s'adressent pas tous à la même vieillesse... Tantôt les projecteurs sont orientés sur la sécurité des établissements (après un incendie par exemple), tantôt sur la lutte contre la canicule, tantôt sur la maladie d'Alzheimer...Il serait intéressant de se demander pourquoi aujourd'hui, c'est davantage sur les services à domicile ...

Par contre ce qui est une **réalité objective** c'est la meilleure santé des personnes vieillissantes, la longueur du temps de vie après le travail, l'allongement de la durée de vie... de très bonnes nouvelles...même si cela entraîne un déséquilibre de la pyramide des âges

Mais la réalité c'est aussi les fragilités et handicaps divers qui peuvent accompagner le vieillissement, le fait aussi que les vieux sont souvent éloignés de leurs familles et plus souvent seuls qu'en couple et aussi que la plupart d'entre eux souhaiteraient finir leur vie chez eux et rencontrent bien des difficultés pour y arriver comme ils le souhaiteraient.

Ce qui est sûr aussi c'est que la vieillesse nous pose à tous question et en particulier les deux questions suivantes :

- qu'allons-nous faire de nos 30 ans de vie supplémentaires ?
- qu'est-ce que la société va faire de nous ? « On juge une société au sort qu'elle réserve à ses anciens. » disait Claude Lévi-Strauss.

2 – UNE QUESTION DE REGARD

Comment notre société regarde-t-elle ses vieux ? Comment chacun de nous les regarde-t-il ?

Celui qui m'a fait le mieux saisir l'importance de notre regard, personnel et collectif, sur la vieillesse, et qui du coup permet de comprendre d'une autre manière les difficultés du grand âge dans nos sociétés, c'est le psychiatre **Jean Maisondieu**, rencontré lors d'interventions de formation que nous animions ensemble, et à travers son livre : Le crépuscule de la raison

Tout le monde sait que, aujourd'hui, la vieillesse est vue et représentée très souvent de 2 manières opposées :

La vieillesse qui va bien

Dans notre société les jeunes retraités sont valorisés, le début du 3ème âge est vécu comme une période positive, de temps libre où l'on est encore en bonne santé, où - pour le moment ! - la plupart ont encore des revenus substantiels (qui souvent leur permettent d'aider leurs enfants), peuvent s'investir dans la vie associative (combien d'associations pourraient sans la participation des retraités !) et sont chouchoutés par les vendeurs de voyage et de divers biens de consommation proposés particulièrement à cette tranche d'âge.

Le 3ème âge est celui de la vieillesse active et consommatrice

La vieillesse qui va mal

Par contre le 4ème âge est perçu comme un âge problématique, avec les aléas divers de la dépendance et les coûts sociaux qui y sont afférents. Les très anciens ne sont-ils pas souvent regardés avec des grilles de mesure dont la finalité est l'argent et le coût de la dépendance ?

C'est pour beaucoup le temps d'une vieillesse passive et exclue de la vie sociale.

Pour quoi chez nous cette dramatisation sociale de la grande vieillesse ?

Comment nous voyons les vieux et quel miroir ils nous renvoient ?

Les anciens sont souvent pour nous, dit Maisondieu, **le miroir de ce que l'on a peur de devenir** et qui parfois nous semble insupportable.

La manière dont nous regardons la plupart des personnes très âgées est bien souvent le reflet de nos peurs : peur de la mort, de la déchéance, de la solitude. Notre attitude est le résultat d'un système de défense par rapport à notre propre angoisse, en particulier face à la dépendance, la maladie d'Alzheimer et la mort..

En nous rappelant ce que la personne âgée était avant, nous avons tendance à décliner ses **pertes** : perte de la capacité de se mouvoir, perte de son utilité sociale,

perte dans les cas les plus lourds de sa faculté de s'exprimer, de s'orienter dans sa vie... perte de son conjoint aussi...

Combien d'entre nous en voyant des personnes très âgées pensent : « je ne voudrais pas finir comme ça, je veux bien être centenaire mais pas dépendant, je préférerais mourir avant.... »

Les personnes vieillissantes ont des désavantages relatifs à leur âge (mais, en fait, pas uniquement des désavantages !!!) mais aussi beaucoup d'autres **désavantages relatifs au regard qu'on porte sur elles !**

Selon Maisondieu, **ce regard social** dévalorisant sur la vieillesse peut aller jusqu'à faire basculer les vieux dans la démence : « Les vieux ne veulent pas se voir vieux et nous ne voulons pas les voir comme semblables en humanité, **ce qui les rend déments**. Ce refus de se reconnaître dans ce qu'ils sont devenus leur fait perdre la tête, car ils ne peuvent plus savoir qui ils sont. »

Importance du regard porté sur l'autre.

Pour le philosophe **Emmanuel Lévinas** : je regarde l'autre, l'autre me regarde ...car ce qu'il est et ce qu'il peut devenir... ça me regarde ! j'ai à en répondre, j'en suis responsable d'autant plus quand il s'agit d'une personne vulnérable, fragile....

On peut en effet soit le « dévisager », en rester aux apparences, ou au contraire les dépasser pour « envisager » au-delà la grandeur de l'humain. Pour Lévinas c'est même à travers le visage de l'autre que le divin, le sacré se manifeste.

La qualité de vie ne dépend-elle pas aussi de la manière dont on est regardé ?

En effet, **la dévalorisation du grand âge** est le premier obstacle à ce que les personnes très âgées puissent trouver leur place dans le réseau des relations humaines. L'ensemble de notre société stigmatise la vieillesse comme un état insupportable, les personnes très âgées ne sont plus vues comme désirables, elles deviennent même encombrantes.

Il s'agit donc en premier lieu de **transformer notre regard** sur le grand âge, ses misères et pourquoi pas aussi sa grandeur. On ne peut vivre ni se situer dans une relation d'échange si l'on n'est pas reconnu comme celui qui compte pour quelqu'un, qui vaut la peine de vivre (or beaucoup pensent et c'est bien « entendu » par la personne qui est en face « plutôt mourir que de vivre ainsi ! ») reconnu comme quelqu'un qui conserve toute sa dignité humaine derrière une apparence dégradée, reconnu comme sujet de son histoire ayant comme tout homme une valeur inestimable, reconnu en fin de compte comme un semblable.

B – UNE APPROCHE ETHIQUE DE LA PERSONNE VIEILLISSANTE

I – COMME NOUS TOUS, LE VIEILLARD EST UNE PERSONNE :

Cela veut dire quoi être reconnu comme une personne ?

- Une personne c'est un être **unique**.
- Elle a une **dignité**, c'est-à-dire, de la valeur et pas de prix (elle ne saurait se définir ni par ce qu'elle vaut en terme de rentabilité, ni par ce qu'elle coûte !) ; la personne ne doit pas être traitée comme un objet ni être instrumentalisée ; que la personne soit une fin et non un moyen c'est ce qui la rend digne de respect.
- Elle est ouverte sur autrui, ne se réalisant qu'avec, par et pour les autres. La
- personne se définit toujours **en relation**.
- Elle est **sans cesse à construire**, et ce, jusqu'à la fin de la vie.
- Elle est **incarnée** dans un corps et dans une société où elle doit pouvoir trouver sa place.
- Elle est **capable d'initiative**, d'ouverture, de projet, capable de prendre sa vie en main, d'être sujet de sa vie , d'être autonome malgré ses dépendances.
- Elle a une **vie intérieure et spirituelle**.

Ce sont tous ces paramètres, tout autant que le confort, l'hygiène, la santé, qui contribuent à sa qualité de vie

La dignité comme principe moral :

Tout homme est digne de respect.

Le respect

Le grand âge a longtemps été perçu comme l'âge de la respectabilité... Cela semble de moins en moins vrai de nos jours. Dans certains cas les gens très âgés sont objets de mépris, ils sont peu ou mal considérés, perçus comme encombrants parfois.

Or, comme le dit **F.X. Dumortier** : « le respect est dû à chaque membre de la communauté humaine, parce qu'il est un être humain, quelques soient les vicissitudes de son existence, le moment de sa vie, ou la figure d'homme qu'il doit subir ou vivre. »

La dignité :

Il en est de même pour la dignité, c'est encore **F.X. Dumortier** qui dit : « la **dignité** de l'homme n'est pas une évidence, mais une tâche et un combat. L'homme est fragile et ce qui peut nier son humanité est puissant... la dignité d'autrui est entre nos mains et dépend de ce que nous en faisons ».

Cette **dignité** consubstantielle à l'humain est loin d'être toujours reconnue... s'il est vrai qu'elle ne l'est pas toujours, l'exigence de la manifester ne revient pas à ceux qui vivent le crépuscule de leur vie et parfois aussi celui de leur raison, mais bien aux autres, c'est-à-dire à chacun de nous.

C'est ce qu'affirme avec force le **docteur Sébbag Labnoé**, qui a été parmi les pionniers ses soins palliatifs : « En définitive, ce ne sont pas ceux qui meurent, ceux qui souffrent, ceux qui vieillissent qui manquent de dignité, mais nous tous, qui en manquerons si nous ne pouvons pas, au sein d'une communauté développée comme la nôtre, assurer à chacun qu'il sera soigné, aidé, accompagné avec respect à défaut d'amour quelque soit son âge et son état ».

2 - VALEURS ET CONTRE VALEURS

Non seulement la personne âgée doit être reconnue comme valant la peine de vivre, mais elle peut aussi être vue comme porteuse de valeurs spécifiques. C'est ce que la gérontologue Maximilienne **Levet Gautrat** a développé dans son livre : L'âge de la flambloyance.

Elle est partie des questions suivantes :

- Quelle est la fonction sociale des personnes âgées ?
- Peuvent-elles et comment être intégrées à part entière comme citoyennes dans le corps social ?

La réponse de Mme Levet Gautrat est qu'elles apportent une contribution spécifique et indispensable à la survie de notre société, qui, si elle n'est pas capable de les prendre en compte, ira dans le mur. Les personnes âgées sont porteuses des contre-valeurs de notre société, contre valeurs dont la société a besoin pour s'en sortir... ce que Mme .Levet Gautrat appelle **les valeurs tierces**.

De quoi s'agit-il ?

De valeurs qui ne sont pas reconnues car elles s'opposent à celles qui dominent et prédominent dans notre société moderne, qui sont même tout l'opposé de ce qui est valorisé par la plupart dans le monde d'aujourd'hui.

Ainsi, les personnes âgées **opposent** :

- A la frénésie de consommation ... la valeur de **frugalité**... qui est peut être en train d'être redécouverte aujourd'hui, en ce temps où l'on en vient à s'interroger sur la décroissance impossible nécessaire, comme dit le titre d'un livre écrit par un breton **Jean Aubin**.
- A la vitesse d'une société bousculée qui risque bien de nous empêcher de vivre vraiment ...elles opposent la valeur de la **lenteur** : autre titre de livre, cette fois-ci de **Sébastien Japrisot** : Eloge de la lenteur. Seule la lenteur permet d'aller au fond des choses et permet la maturation nécessaire à toute fructification.
- A la force revendiquée qui risque d'écraser et de produire de la violence... elles opposent la valeur de la **faiblesse**, de la fragilité qui laisse place à l'autre et permet une sollicitude entre frères humains
- A l'activisme qui fait que plus personne ne prend le temps d'écouter l'autre ou de savourer la vie... elles opposent enfin la **disponibilité** qui permet d'être présent aux choses et aux êtres, de prendre son temps au lieu de courir après lui dans l'agitation.

NB : se sont des valeurs considérées plutôt comme féminines.

3 - PERSONNE, RESPECT, DIGNITE, VALEURS : UNE VISION ETHIQUE DE LA VIEILLESSE ET DE LA QUALITE DE VIE

Parler de personne, de respect, de dignité, de valeurs, c'est parler d'éthique.

Pour le philosophe **Emmanuel Lévinas** : l'éthique consiste essentiellement à prendre soin de l'autre

La question éthique est donc : comment prendre soin le plus humainement possible de la personne âgée qui souhaite rester chez elle pour y vivre le plus longtemps possible et le mieux possible malgré l'affaiblissement progressif de ses capacités ?

Ce qui pose question, c'est la prise en compte de paramètres divers et pas toujours faciles à concilier... voire même parfois en contradiction les uns avec les autres. C'est le philosophe **Ricoeur** qui nous aide à comprendre que pour être dans le juste sur le plan éthique, nous devons chercher dans telle ou telle situation ce qui est le mieux à même de nous permettre d'être dans l'estime de soi, tout en ayant de la sollicitude pour autrui et en recherchant à contribuer à des institutions justes.

C'est très probablement ce que recherche votre commission qui énonce une perspective en terme de valeurs: je lis :

- Améliorer la **qualité de la vie**, le **bien-être** individuel et social des personnes,
- Connaître et **prendre en compte les personnes** elles-mêmes (besoins, attentes, désirs, craintes, espérances),
- Leur permettre de demeurer le **libre acteur** et le principal **auteur** de sa vie personnelle.

Ricoeur :

* **Garder l'estime de soi** : c'est rester le plus possible cohérent avec ses valeurs : par exemple :

- ne pas décider à la place de l'autre, importance de la liberté,
- ne pas laisser en danger, permettre de vivre en sécurité,
- valoriser les relations affectives positives pour soi et aussi pour l'autre,
- se sentir responsable de l'autre,
- prendre en compte l'importance d'un cadre de vie agréable, propre.

Ce que je privilégie pour moi, pour être en cohérence avec moi-même est-ce le plus important pour l'autre ? Que vais-je privilégier ?

* **tout en ayant de la sollicitude pour l'autre** :

- il préfère rester chez lui malgré les différents risques,
- il préfère garder ses relations même difficiles (une certaine maltraitance familiale, nous dit Maisondieu, est un parfois moindre mal),
- pour lui l'hygiène n'est pas une valeur prioritaire.

Par conséquent : vais-je aller contre sa liberté pour préserver sa sécurité ou son hygiène ?

*** en cherchant à contribuer à des institutions justes**

- comment je me situe par rapport aux valeurs sociales actuelles concernant le vieillissement ?
- dans la répartition de l'argent public qu'est-ce qui est jugé comme prioritaire ? quelle est la place du financement par ex des soins à domicile dans les choix médico- sociaux ?
- les orientations politiques concernant les personnes âgées, énoncées souvent avec des mots faisant référence à des valeurs, sont-elles réellement au service des personnes ou au service d'une ambition de pouvoir ? Ont-elles pour but le bien des personnes ou le gain d'électeurs ? Ainsi, après la canicule toute une politique de prévention, au nom du principe de précaution, a privilégié ce qui était matériel et visible comme les brumisateurs, l'air conditionné et les ventilateurs.. était-ce cela l'essentiel pour la qualité de vie des personnes ?

C - SECURITE OU LIBERTE : LA QUESTION DU RISQUE DANS LA VIE - L'AUTONOMIE MALGRE LA DEPENDANCE

Je me suis appuyée pour cette partie sur le travail du **Conseil des familles et l'association**. Psychologie et vieillissement, avec lesquelles j'ai d'ailleurs collaboré plusieurs fois, sur ce thème et sur d'autres.

C'est quoi être autonome ?

Ce n'est pas, comme on le croit parfois, pouvoir tout faire tout seul...c'est se donner ses propres règles pour mener sa vie, décider de ses choix de vie.

L'autonomie peut donc être, en particulier quand l'âge se fait sentir, la manière de gérer ses dépendances au mieux et en conservant une part de choix, en gérant son réseau d'aide et son entourage relationnel

Or l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées sont souvent limitées par le souci (certes pourtant légitime!) de leur sécurité.

Or il n'y a pas de liberté et de vie sans risque... La question n'est donc pas comment supprimer tous les risques mais...jusqu'où ne pas aller trop loin.. quoi respecter en priorité (on retrouve la question éthique) ..

Il y a une **logique sécuritaire** qui souvent prévaut dans les institutions qui veulent prendre soin des personnes fragiles (personnes handicapées ou personnes âgées surtout).

Cela est encore plus marqué dans une société qui devient obsédée par la question du risque et fait du principe de précaution un bouclier défensif qui empêche trop souvent une réelle qualité de vie pour les personnes.

A l'entrée du grand âge, où la mort devrait pourtant être considérée comme plus naturelle, car plus proche et plus probable, on observe, au contraire, que se tisse autour du vieillard qui approche de la mort, un **renforcement du filet de sécurité**, le plus souvent au détriment de la liberté de la personne.

Ainsi des personnes âgées arrivent fréquemment dans les établissements sur le simple motif d'une chute. Parfois aussi, leur entourage craint pour elles l'isolement

ou trouve leur logement soudainement inadapté à leur âge et à leurs capacités...ce qui est possible mais peut trouver diverses autres formes de solutions.

D'ailleurs la vie en institution ne protège pas forcément ni de la solitude ni des accidents ...de même qu'une contention ne résout pas forcément les problèmes de chutes (les chutes sont souvent plus graves quand la personne est attachée sur son fauteuil) et provoque d'autres conséquences néfastes comme les escarres ou des troubles du comportement.

Là encore **on retrouve le phénomène de miroir**. Car ce qui motive le comportement sécuritaire c'est plus ce qui se passe dans l'esprit des familles ou des soignants, que la réalité des besoins des personnes très âgées, c'est en effet **la peur de mal faire et l'angoisse de mort** que réveille en nous la fin de vie.

Les soignants ont tendance, de par leur formation, **à privilégier l'hygiène, la sécurité et la conservation de la vie au détriment parfois de la qualité de vie** de la personne.

Les familles ont tendance à penser, parler et agir à la place de leur parent âgé.

Il y a aussi un sentiment de culpabilité face à la difficulté de vie de son parent âgé auquel on répond plus facilement par des mesures sécuritaires que par la recherche de solutions de type relationnel qui engagent davantage.

Certains enfants, devenus « les parents de leurs parents », se mettent en situation de domination, d'autoritarisme pour faire obéir leur parent en reproduisant parfois des conduites qu'ils ont subies quand ils étaient jeunes, et qu'ils ont vécues comme portant atteinte à leur liberté. Les mesures sécuritaires peuvent être alors des sortes de règlements de compte déguisés.

Cette négation de **la personne en tant qu'individu responsable, cette mise en dépendance** (prétendument mise en place à cause des dépendances justement !!) va dans le sens de **l'exclusion sociale**. Ces mesures sécuritaires impliquent souvent une restriction des déplacements, mais aussi une perte progressive de la maîtrise de sa vie au profit de son entourage, familial ou soignant. Comment dans ce cas pouvoir rester un citoyen responsable, un sujet libre, capable de jugement et acteur de sa vie. Il devient du coup bien plus vulnérable à la maltraitance physique ou symbolique de la part de son entourage.

Fort heureusement certaines institutions, établissements ou services de soins à domicile, ont pris conscience du danger de privilégier la sécurité au détriment de la liberté et construisent une **réflexion** autour du **projet institutionnel** qui tient compte du respect des libertés des personnes âgées.

Les chartes des droits et libertés des personnes âgées cherchent à promouvoir un autre discours, défendant la personne comme sujet libre et le plus possible acteur de sa vie jusqu'au bout... même avec de fortes dépendances. Le concept d'autonomie représente la capacité de décider seul de ses choix de vie quels que soient les risques (on l'accepte pour des jeunes qui vont faire des sports extrêmes mais non pour des personnes âgées qui souhaiteraient qu'on les laisse un peu plus tranquilles, quitte à ce qu'elles se blessent, ne s'alimentent plus correctement, ou même meurent dans leur jardin ; je pense en donnant cet exemple au beau livre de **Martine Laffon** : [Le tablier bleu](#).

De plus, étant donné que les décisions, dans certains cas, sont loin d'être évidentes, des **lieux d'aide à la décision éthique** commencent à se mettre en place ainsi que des **groupes de paroles** pour soignants, aidants familiaux et/ou bénévoles... Ces rencontres peuvent permettre d'élaborer des solutions alternatives, préparées et réfléchies, parfois avec les personnes âgées elles-mêmes ou leurs représentants, décisions plus à même de recevoir l'accord des personnes âgées concernées.

D – SOLITUDE OU ISOLEMENT : LE BESOIN D'ENTOURAGE

L'évolution de la société :

L'historien **Louis Dumont** oppose deux types de sociétés : les sociétés holistiques et les sociétés individualistes.

Les **sociétés holistiques** : elles-ci « valorisent en premier lieu l'ordre, la conformité de chaque élément à son rôle dans l'ensemble, en un mot la société comme un tout .» Dans une certaine mesure nos sociétés rurales du début du 20ème siècle vivaient encore sur ce modèle. L'individu n'y avait que peu d'importance ; il faisait partie d'une ensemble qui déterminait sa place, son rôle, sa valeur et qui présidait à la plupart de ses choix, mariage, profession, lieu d'habitation. Il n'y avait pas d'espace social pour la solitude (en dehors de ceux qui s'y donnaient pas vocation) : chacun avait une place reconnue, fixée, déterminée, ce qui comportait des sujétions, mais ce qui offrait en même temps une assistance à vivre, une solidarité dans la communauté. Ainsi les vieux restaient à la ferme avec les enfants, étaient pris en charge par eux, aidaient quand ils le pouvaient et continuaient même parfois à exercer un pouvoir et une autorité fondés sur leur longue expérience ; enfin beaucoup mouraient entourés des leurs...

NB : Il ne faudrait pas non plus faire un tableau rose de ce temps qui avait ses drames, ses conflits et ses situations difficiles ...qui conduisaient parfois à étouffer des vieux ou à les laisser choir dans la cheminée !!!

Les **sociétés individualistes** : valorisent en premier lieu l'être humain individuel. L'homme moderne veut se prendre lui-même en main, il valorise l'autonomie, (les personnes âgées disent aussi qu'elles ne veulent pas peser sur les autres) ; il refuse que le choix de ses valeurs, de ses principes, de son statut, de sa profession, de son conjoint, lui soit dicté de l'extérieur. Il se trouve alors seul devant lui-même.

Mais il risque du coup de devenir, comme le dit **G. Lipovetski**, un « être sans appartenance ». De plus, ce qui est paradoxal, plus les moyens de communication se développent, plus la solitude est mal ressentie.

En fait il serait peut-être plus juste de parler ici **d'isolement**, chacun enfermé dans sa cage de verre, dans son appartement souvent trop petit pour accueillir un vieux parent, les enfants loin des grands parents, chacun – homme et femme- pris par son travail sans beaucoup de loisir à consacrer aux relations familiales et surtout sans possibilité d'avoir du temps pour s'occuper d'un vieux fragile et plus ou moins dépendant qui devra aller en maison de retraite ou en long séjour, trop souvent loin des siens.

Ce qui rend la vieillesse plus difficile à vivre aujourd'hui c'est la conjonction entre l'évolution de notre société, individualiste, éclatée géographiquement, prise dans une course effrénée, qui valorise l'autonomie, l'efficacité, la performance, la consommation, la jeunesse, la beauté et la santé... et le nombre de plus en plus important de personnes très âgées à qui on ne reconnaît plus leur place dans ce monde, où elles sont loin de leur famille, peu autonomes, se sentant inutiles, démunies, rejetées et en plus coûtant cher à la collectivité.

En conséquence la plupart de ceux que l'on n'ose plus appeler **les vieillards, souffrent de solitude** au sens de rejet, voire de mépris, d'abandon, de mise à l'écart, d'isolement loin de ceux qu'ils aimaient, ayant perdu contact avec ceux qui ne peuvent plus ou ne veulent plus s'occuper d'eux, sans la compagnie de leur voisinage, se sentant esseulés, délaissés, parfois même désolés au sens fort.

Mais le changement de regard sur ces anciens est la condition sine qua non de la possibilité de lutter contre leur esseulement. Ensuite seulement peut-être pensée et mise en œuvre toute une série de moyens concrets pour favoriser des contacts avec d'autres, pour trouver ce qui pourra pallier à l'isolement, au sentiment d'être mis à l'écart. Ces moyens n'auront de sens que si ceux qui les choisissent sont profondément convaincus que les vieux méritent de vivre, d'être respectés et aimés pour eux-mêmes et qu'ils ont encore quelque chose à nous apprendre de l'humanité.

La question du comment résoudre le problème de la solitude ne peut avoir de sens que si l'on se pose avant celle du pourquoi.

En fait nous avons tous, et les vieux comme nous, à la fois peur et besoin de solitude :

Milan Kundera se demandait : « Qu'est-ce que la solitude ? Un fardeau, une angoisse, une malédiction... ou au contraire la valeur la plus précieuse, en train d'être écrasée par la collectivité omniprésente ? »

Chez nous aujourd'hui, on est parfois confronté à deux maux :

- soit les vieux sont isolés dans leur maison ; exclus, relégués, marginalisés.
- soit ils sont dans un hébergement où ils sont parfois réduits à n'être que de simples individus perdus dans le groupe, et ils se sentent seuls dans la masse...

On rencontre souvent **la peur d'une solitude non désirée**, qui entraîne une souffrance, une difficulté à vivre et même un risque sanitaire : une enquête toute récente faite aux USA dit que le risque de maladie d'Alzheimer serait multiplié par deux chez les personnes souffrant de solitude !

Mais on risque aussi d'oublier le besoin... et même l'aspiration à des temps de solitude : elle est alors vue comme une valeur à préserver et à cultiver.

Car il ne faut pas oublier que la présence permanente de quelqu'un ou de plusieurs autres auprès de soi peut aussi parfois être vécue comme un poids difficile à assumer.

Une vieille dame qui vit continuellement dans la proximité physique et sous le regard de sa fille, que ce soit dans sa propre maison ou dans celle de cette dernière, peut ressentir **le manque de temps de solitude** (et la fille aussi bien évidemment !).

Il est bien connu que ce genre de situation plus ou moins fusionnelle, et le plus souvent non véritablement choisie, est capable d'engendrer des réactions de maltraitance de part et d'autre. Peut-être d'ailleurs que certaines attitudes, interprétées en général de façon négative, comme le repli sur soi, le mutisme ou le refus de communication, ne sont-elles parfois qu'un ultime recours pour essayer de retrouver des moments de solitude nécessaires.

NB : c'est au domicile que la maltraitance est la plus fréquente quand les aidants familiaux n'en peuvent plus, quand il y a enfermement dans une relation avec un poids trop lourd, quand il n'y a pas de relais pour l'aide ou de tiers pour parler de ce qui est difficile à vivre.

D'où la nécessité de mettre en place du soutien aux aidants naturels, le plus souvent familiaux, en mettant l'accent sur les capacités des uns et des autres et non en stigmatisant leurs faiblesse ou leurs manques

Que dire de certains **établissements** où il est fait **obligation aux résidents âgés de vivre en collectivité de façon permanente**. Or on ne peut faire fi du besoin de se retirer sans la présence des autres, du besoin de silence, de la nécessité de se retrouver face à soi-même, avec ses souvenirs et la présence intérieure de ceux que l'on aime ou que l'on a aimés .

La vieillesse est le temps privilégié de l'intériorité ce qui suppose du silence et de la solitude, ce dont notre société manque souvent ; en atteste le succès inattendu du film « Le grand Silence ».

La mise à l'écart ou l'isolement

La mise à l'écart des vieux peut exister aussi bien à domicile ou en établissement...

Jean Maisondieu : « la mise à l'écart qu'aucun risque de contagion (ni aucune faute) ne vient expliquer, blesse le coeur d'une blessure mortelle d'amour-propre. Elle fait basculer dans l'univers morbide de la honte, car elle signifie l'exclusion de l'individu pour ce qu'il est ... Il devient un réprouvé indigne d'amour et de considération... s'installe tranquillement chez nous un apartheid des vieux. Il est organisé par la mise hors la loi de la mort dont, à leur corps défendant, ils sont les représentants, puisque leur âge les assigne aux limites ultimes de la vie, les fait paraître plus mortels que les autres mortels. »

Le mot isolement est de la même famille que **désolation** ; dont une des significations est d'être laissé seul après des ravages, et consolation que l'on pourrait définir comme l'attitude qui consiste à ne pas laisser seul l'autre qui est dans la peine, la difficulté ou la douleur et à lui apporter un soulagement et une présence.

La nécessité du réseau

Le mot de « maintien » à domicile semble antithétique avec celui de choix.

NB : J'ai apprécié que ce ne soit pas un terme utilisé dans votre document !

Le vrai désir, ce qu'on aimerait pouvoir choisir, n'est-il pas de garder son environnement, son cadre de vie, une place reconnue dans la société, un entourage humain, affectif, valorisant et sécurisant.

Besoin de structures à taille humaine souples

L'opposition alors n'est pas tant entre domicile ou établissement, car l'une et l'autre peuvent être facteur de déshumanisation

Mais entre rester à son domicile par choix, mais avec tout un réseau de soutien affectif, médical, social...ou un isolement à domicile

Et entre une vie en établissement qui risque de renforcer la dépendance et la dépersonnalisation et un établissement à taille humaine, où l'on n'est pas perdu dans une masse anonyme et en gardant le plus possible un environnement familial (petites structures comme le MAPAD, possibilité de garder ses meubles, son chien, ses activités habituelles telles que aller chez son boulanger, au club des anciens de la commune, aux offices de sa paroisse).

Il serait intéressant d'analyser aussi dans ce sens le développement de la cohabitation vieux et étudiants, vieux et familles d'immigrés...

Ce qui est encore plus souhaitable c'est de permettre une souplesse entre une vie ordinaire au domicile, ou en résidence autonome, une vie aidée au domicile avec si besoin une possibilité de séjours ponctuels en famille ou en famille d'accueil, ou en hébergement de jour ou temporaire.

C'est la préservation ou la constitution d'un réseau relationnel qui permettra de rester acteur de sa vie, citoyen intégré dans la société et qui continue à entretenir des relations sociales où il est reconnu.

Pour terminer ce dernier point une citation de **Simone de Beauvoir** : « Le sens ou le non-sens que revêt la vieillesse au sein d'une société met celle-ci tout entière en question puisqu'à travers elle se dévoile le sens ou le non-sens de tout vie antérieure. Pour que la vieillesse ne soit pas une parodie dérisoire de notre vie antérieure, il n'y a qu'une solution, c'est continuer à poursuivre des fins qui donnent sens à notre vie. »

Or, comme vous l'avez dit beaucoup d'anciens ont comme projet, comme fin à poursuivre pour la dernière étape de leur vie, de pouvoir rester chez eux... ou dans un environnement proche, cela a du sens pour eux, cela a aussi du sens pour nous de les aider à pouvoir réaliser ce projet.

Mais cela suppose de transformer notre regard sur la vieillesse et d'écouter ce que ces personnes ont à nous dire...

C'est pourquoi je vous propose pour conclure par le texte suivant :

LA VIEILLE FEMME GRINCHEUSE

*Que vois-tu, toi qui me soignes, que vois-tu ?
Quand tu me regardes, que penses-tu ?
Une vieille femme grincheuse, un peu folle
Le regard perdu, qui n'y est plus tout à fait,
Qui bave quand elle mange et ne répond jamais,
Qui, quand tu me dis d'une voix forte : « essayez »
Semble ne prêter aucune attention à ce que tu fais
Et ne cesse de perdre ses chaussures et ses bas,
Qui, docile ou non, te laisse faire à sa guise,
Le bain et les repas pour occuper la longue journée grise
C'est ça que tu penses, c'est ça que tu vois ?
Alors ouvre les yeux, ce n'est pas moi :
Je vais te le dire qui je suis, assise là si tranquille
Me déplaçant à ton ordre, mangeant quand tu veux :
Je suis la dernière de dix, avec un père et une mère,
Des frères et des sœurs qui s'aiment entre eux.
Une jeune fille de dix ans, des ailes aux pieds
Rêvant que bientôt elle rencontrera un fiancé.
Mariée déjà à vingt ans. Mon coeur bondit de joie
Au souvenir des vœux que j'ai faits ce jour-là.
J'ai vingt-cinq ans maintenant et un enfant à moi
Qui a besoin de moi pour lui construire une maison.
Une femme de trente ans, mon enfant grandit vite
Nous sommes liés l'un à l'autre par des liens qui dureront.
Quarante ans, bientôt il ne sera plus là.
Mais mon homme est à mes côtés qui veille sur moi.
Cinquante ans, à nouveau jouent autour de moi des bébés.
Me revoilà avec des enfants, moi et mon bien-aimé.
Voici des jours noirs, mon mari meurt.
Je regarde le futur en frémissant de peur,
Car mes enfants sont tous occupés à élever les leurs.
Et je pense aux années et à l'amour que j'ai connus.
Je suis vieille maintenant, et la nature est cruelle
Qui s'amuse à faire passer la vieillesse pour folle.
Mon corps s'en va, la grâce et la force m'abandonnent,
Et il y a une pierre là où jadis j'eus un coeur.
Mais dans ma vieille carcasse, la jeune fille demeure
Dont le vieux coeur se gonfle sans relâche.
Je me souviens des joies, je me souviens des peines,
Et, à nouveau, je sens ma vie et j'aime.
Je repense à ces années trop courtes et trop vite passées
Et accepte cette réalité implacable que rien ne peut durer.
Alors ouvre les yeux, toi qui me soignes et regarde
Non, pas la vieille femme grincheuse,
Regarde mieux, tu verras !*

Ce texte a été trouvé dans les papiers d'une vieille dame irlandaise, après sa mort, au service de gériatrie du Centre Hospitalier Général de Dieppe.

Annexe 3

Synthèse de l'enquête du CESR sur les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) en Bretagne¹⁰⁵

1. Le Centre Local d'Information et de Coordination, un dispositif au cœur de l'action gérontologique locale

1.1 La coordination de l'action gérontologique, une préoccupation nationale ancienne

1.1.1. Les aspects de la coordination du champ gérontologique depuis le début des années 1990.

L'idée de coordonner les actions en direction des personnes âgées n'est pas nouvelle¹⁰⁶. Dès 1960, dans un rapport, Pierre Laroque soutenait la nécessité de construire un « ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins ».

Jusqu'aux années 1970, seules des initiatives locales circonscrites prenaient en charge la coordination de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

Plusieurs circulaires parues dans les années 1970 ont prescrit la sectorisation des politiques de maintien à domicile des personnes âgées. C'est sur la base du volontariat que les DDASS soutiennent alors les acteurs investis dans ces projets. Progressivement, l'Etat a cherché à inciter davantage le maintien à domicile des personnes les moins dépendantes pour réserver en priorité l'accueil en hébergement collectif aux cas les plus lourds. C'est ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont été créés autour des années 1980. Financés par les CRAM, ils mettent en place des infirmiers coordinateurs. Néanmoins, sur le terrain, peu d'initiatives sont prises pour développer ces structures.

¹⁰⁵ Enquête et synthèse réalisées par M. Fabien PETIT, étudiant à l'Institut d'Études Politiques de Rennes, stagiaire au CESR de Bretagne, de juin à septembre 2007

¹⁰⁶ *La Coordination gérontologique. Evolutions et enjeux*. DAS/20.05.2000

A partir de 1981-1982, 500 emplois de coordonnateur sont créés pour rapprocher sur les territoires les acteurs du champ gérontologique. La circulaire Franceschi du 7 avril 1982 place la coordination au coeur de l'action publique. Néanmoins, cela n'a pas eu l'effet escompté du fait de la nature de ces emplois créés essentiellement pour lutter contre le chômage.

La politique de la vieillesse se heurte dans les faits à la multiplication des services offerts aux personnes âgées. Plus la coordination est recherchée, plus les textes énumèrent des prestations attribuées à différents acteurs. Dans un document publié lors de la création des CLIC, la DGAS évoque un « développement empirique et anarchique » qui conduit l'Etat à revenir « sans cesse sur la rationalisation, l'organisation, la mise en ordre de ces initiatives désordonnées et foisonnantes. »

On assiste progressivement à un empilement et un émiettement des structures et des initiatives. La superposition des financements et la montée en puissance de la décentralisation conduisent à concevoir la coordination comme une nécessité permettant, à terme, de rationaliser la politique gérontologique.

Ce contexte a conduit le Premier Ministre Lionel Jospin à annoncer le 21 mars 2000 la création des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

1.1.2. La création et l'évolution des CLIC au cours de ces dernières années

- **L'expérimentation sur 25 sites pilotes en 2000 et l'évaluation par l'Inserm**

Une première évaluation avait été menée par l'INSERM. Elle portait sur la légitimité de la démarche. Cinq CLIC expérimentaux avaient été évalués sur une période de trois ans. L'étude a été publiée en juin 2002.

Cette évaluation avait montré :

- Une **forte motivation des acteurs de terrain** ;
- Une **difficulté pour mobiliser les acteurs médicaux**, en particulier libéraux, et sanitaires ; l'Inserm recommandait donc de « veiller à l'équilibration de la composante médicale dans les processus de coordination » ;
- Pour qu'un CLIC puisse développer ses actions à un niveau opérationnel, **il faut au minimum trois professionnels dans chaque antenne** ;
- **Un CLIC commence à remplir correctement ses missions au bout de trois années** ;
- La structure de coordination **se pérennise plus facilement si, en amont, elle développe ses actions en direction des personnes âgées les plus dépendantes**. Le cas échéant, le CLIC n'a que l'information pour seule vocation ;

- Les CLIC ne paraissent pas encore être devenus des institutions stabilisées au sein du champ d'action gérontologique ;
- Au point de vue institutionnel, **l'Etat doit garantir « l'équité de la distribution des services à l'ensemble de la population**. Les évaluateurs de l'Inserm avancent que le rôle de coordinateur ne doit pas être d lugu  «   d'autres échelons institutionnels qui n'ont qu'une vue partielle de l'ensemble du processus ». Or, l'Etat « n'est pas celui qui va directement piloter un processus comme la coordination gérontologique ».

Une seconde évaluation a été réalisée sur huit sites par l'INSERM et dans dix-sept autres par l'Association du réseau des consultants en gérontologie. Ce travail a abouti à la création d'un guide méthodologique permettant aux CLIC de conduire des évaluations internes.

- **Le rôle des CLIC dans la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie**

La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie a appuyé le développement des CLIC.

Les CLIC n'ont pas comme mission exclusive de participer à la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie dans la mesure où ils ne s'adressent pas aux seules personnes âgées dépendantes éligibles à l'APA. Néanmoins, le Conseil général peut déléguer aux CLIC, au moyen de conventions, tout ou partie des missions de mise en œuvre de l'APA ( valuation, élaboration, et suivi du plan d'aide).

La mise en place du dispositif risque, pour les Clic labellisés 2 et 3, de se télescoper avec le travail des équipes médico-sociales chargées de l'APA. Les Clic sont des instances chargées d'organiser une coordination sur un territoire, de faire en sorte que les personnes âgées puissent bénéficier d'une évaluation et, éventuellement, d'un plan d'aide. L'articulation entre les missions du Conseil général et celles d volu es au CLIC est parfois complexe.

Les CLIC sont chargés de mettre en place des liens de complémentarité. Le partage de l'information permet d'éviter les doublons. Cela évite à la personne âgée de subir plusieurs évaluations pour chaque demande.

- **Les CLIC et les évolutions récentes des politiques publiques en direction des personnes âgées**

Les politiques de prise en charge de la vieillesse se sont traditionnellement concentrées sur les personnes dépendantes. La vague de chaleur de l'été 2003 a pourtant montré que l'ensemble des personnes âgées devait faire l'objet d'un suivi social et sanitaire.

Les CLIC n'apparaissent pas au premier plan des programmes nationaux récents conduits en direction des personnes âgées. Ils sont en fait considérés comme des relais de certaines actions devant être menées à l'échelle locale.

- L'impact de la canicule de l'été 2003

Un rapport d'information parlementaire¹⁰⁷ rendu en février 2004 a montré une « coordination insuffisante des acteurs locaux ». Lors de son audition, le ministre des affaires sociales, François Fillon, avait évoqué « un émiettement des responsabilités et [un] enchevêtrement des compétences [...] contraires aux besoins d'un pilotage de proximité. Les rapporteurs soutiennent que « cette crise a été révélatrice des faiblesses d'un système sanitaire et social, fragmenté et cloisonné ».

Mais la mission parlementaire écrit que si « le dispositif des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) présente un intérêt certain », **«les interlocuteurs de la mission se sont dans l'ensemble montrés très favorables aux CLIC, mais nombre d'entre eux ont souligné la difficulté de s'engager dans une telle démarche et ce, en raison des incertitudes pesant sur leur financement dans la durée »**.

Les parlementaires ont mis en exergue le rôle incontournable du Département, chef de file en matière d'action sociale. Le niveau local est par conséquent considéré comme étant pertinent pour coordonner l'action gérontologique. Or, **si les CLIC voient leur utilité reconnue, ils ne constituent pas pour autant une institution centrale au regard des dispositions prises depuis la canicule de l'été 2003 pour venir en aide aux personnes âgées en cas de vague de chaleur extrême.**

Pourtant, selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹⁰⁸, **« les CLIC devraient être généralisés et optimisés dans leur fonctionnement de telle sorte qu'ils puissent notamment intervenir en cas de crise pour coordonner les interventions locales ou leur servir de support »**.

Depuis le 3 septembre 2004, le maire doit tenir une liste nominative des personnes âgées et handicapées de sa commune. La démarche d'inscription est volontaire. Le maire peut confier cette mission à un CCAS, à un CLIC ou à une instance extra-municipale¹⁰⁹.

Les CLIC ne sont pas considérés comme les seules institutions habilitées à pouvoir informer la population de la mise en place de ce dispositif.

Cette démarche peut aussi être entreprise par l'ensemble des acteurs (les médecins ; les infirmiers libéraux ; les services sociaux du conseil général ; les pharmacies ; les CRAM ; les points de sécurité sociale ; les mutuelles ; les élus ; les SSIAD ; les services à domicile ; les organismes de tutelle ; les associations locales (UDAF...) ; les clubs de retraités ; les commerces de proximité (magasins d'alimentation...) ; la Poste ; les bailleurs (offices HLM...) et les syndics ; les gardiens d'immeuble, etc.)¹¹⁰

¹⁰⁷ *La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise. Rapport d'information n° 195 (2003-2004)* de Mme Valérie LÉTARD, MM. Hilaire FLANDRE et Serge LEPELTIER, fait au nom de la mission commune d'information, déposé le 3 février 2004.

¹⁰⁸ *La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003.* Rapport de l'IGAS n° 2004/009. Janvier 2004

¹⁰⁹ *La mise en œuvre du dispositif canicule par les CCAS-CIAS,* Guide édité par l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale, juin 2007.

¹¹⁰ Op. Cit.

Une circulaire interministérielle du 4 mai 2007¹¹¹ souligne que les retours d'expérience de l'année 2006 montrent que les personnes les plus fragiles et les plus vulnérables s'inscrivent peu sur ces registres communaux. Les acteurs du champ gérontologique sont donc appelés à inciter ces personnes à se signaler afin de figurer sur le registre.

Le plan canicule 2007 prévoit par conséquent que les CLIC participent à « la prévention vis-à-vis de la chaleur, même en l'absence de canicule ». Ils peuvent être associés au comité départemental canicule (CMC) « pour les questions relatives à la prise en charge des personnes fragiles ».

La version 2007 du guide pour l'élaboration d'un plan départemental de gestion d'une canicule¹¹² prescrit de « généraliser la couverture territoriale des CLIC de niveau 3 » afin « d'améliorer la qualité des interventions des médecins et des professionnels sanitaires et sociaux. »

- Le plan « Solidarité grand âge »

Le plan « Solidarité grand âge » a été présenté en mai 2006 par Dominique de Villepin. Ce programme quinquennal succède au plan Vieillesse et Solidarité 2004-2007 lancé après la canicule de 2003.

Il s'inscrit aussi dans la construction progressive de la protection sociale d'un cinquième risque¹¹³ illustrée notamment par la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette caisse est en partie financée par la Journée de solidarité. L'équivalent de cette journée est ainsi versé par les entreprises, sous forme d'une contribution égale à 0,3% de la masse salariale. La CNSA engrange ainsi quelque deux milliards d'euros (1,2 milliard d'euros pour les personnes âgées et 800 millions d'euros pour les handicapés).

Le plan « Solidarité grand âge » a pour ambition de créer une filière gériatrique offrant une continuité de solutions aux personnes âgées et à leurs familles.

A cette fin, cinq grands axes ont été retenus : assurer aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester à domicile ; inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre ; adapter l'hôpital aux personnes âgées ; garantir pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance ; insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

Ces cinq axes déclinent des objectifs en évoquant le rôle des CLIC.

¹¹¹ Circulaire interministérielle du 4 mai 2007 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2007 du plan national canicule et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule.

¹¹² <http://www.sante.gouv.fr/canicule/>

¹¹³ Il est d'ailleurs régulièrement envisagé de créer une cinquième branche de la protection sociale pour prendre en charge la dépendance. La notion de risque disparaît pour laisser place ici à l'idée, plus neutre, de branche qui serait alors la seule à ne pas reposer sur une logique assurantielle. Celle-ci pourrait s'appuyer sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cf, notamment, Les Echos, 9 juin 2007, [<http://www.lesechos.fr/info/france/300178326.htm>, visité le 25 juillet 2007]

La troisième mesure du premier axe : « **Créer un droit au répit pour les aidants familiaux** » prévoit que les CLIC mettent à disposition « **une liste des professionnels volontaires pour être recrutés sur des missions courtes** ». Ces professionnels soulagent les familles lors d'une absence momentanée.

La treizième mesure du plan – « **resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital** » – prévoit « **d'informer en temps réel les personnes âgées, leur famille et les professionnels sur les places disponibles dans les services hospitaliers, les maisons de retraite et les services à domicile** ». Cette mission sera confiée à un Clic et à un réseau de santé gérontologique.

Le plan cherche à resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital. Comme le souligne Pascal Gouffier, président de l'Andass, (l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux), il est nécessaire de « faciliter la mise en place de "circuits" adaptés entre institutions... tout en rappelant qu'il **s'agit précisément de la mission assignée aux Clic, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique. Certes, ces derniers fonctionnent "de façon très disparate" en fonction des départements** »¹¹⁴.

1.2 Les missions confiées aux CLIC

1.2.1. Les actions menées par les CLIC répondent à une triple logique : proximité, accès facilité aux droits, travail en réseau

La politique gérontologique implique la coordination de très nombreux acteurs institutionnels, publics mais aussi privés, qui ont des compétences spécifiques qu'il convient de mettre en synergie dans le cadre de la coordination.

Les CLIC sont des **guichets de proximité** au service de l'accueil, l'information, la coordination, l'évaluation des personnes âgées, de leur entourage, mais aussi des professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

Ils constituent des **centres de ressources** ayant compétence sur tous les aspects de la vie quotidienne avec **une approche globale du vieillissement**.

De plus, les CLIC sont des interfaces qui offrent aux personnes âgées et à leurs familles, **un dispositif d'écoute et de dialogue**. Souvent contactés dans l'urgence, les CLIC apportent une première réponse en orientant les personnes vers les dispositifs de soins et de services les plus adaptés.

¹¹⁴ http://www.carrefourlocal.org/breves_jour/060530.html [2 juillet 2007]

Evaluation de la personne âgée et mise en œuvre du plan d'aide¹¹⁵

La personne âgée est rencontrée sur son lieu de vie après que le CLIC a été contacté. Une évaluation globale de la situation est alors réalisée. Elle prend en compte les facteurs médicaux, sociaux, familiaux et environnementaux. Tout d'abord, un temps d'écoute s'installe pendant lequel la personne expose les difficultés rencontrées au quotidien. Il s'accompagne aussi d'un temps d'observation servant, notamment, à élaborer, le plan d'aide. « *Plus l'évaluation est fine et construite au départ, plus le plan d'aide va être en adéquation avec les besoins de la personne* ».

Le plan d'aide peut comporter « *des aides humaines, un système de téléalarme, un portage de repas, un soutien psychologique, un aménagement d'habitat et/ou des conseils en aides techniques, une protection juridique, etc.* ». De plus, les aides financières sont mise en œuvre en partenariat avec les différentes caisses de retraites et les services sociaux de divers organismes.

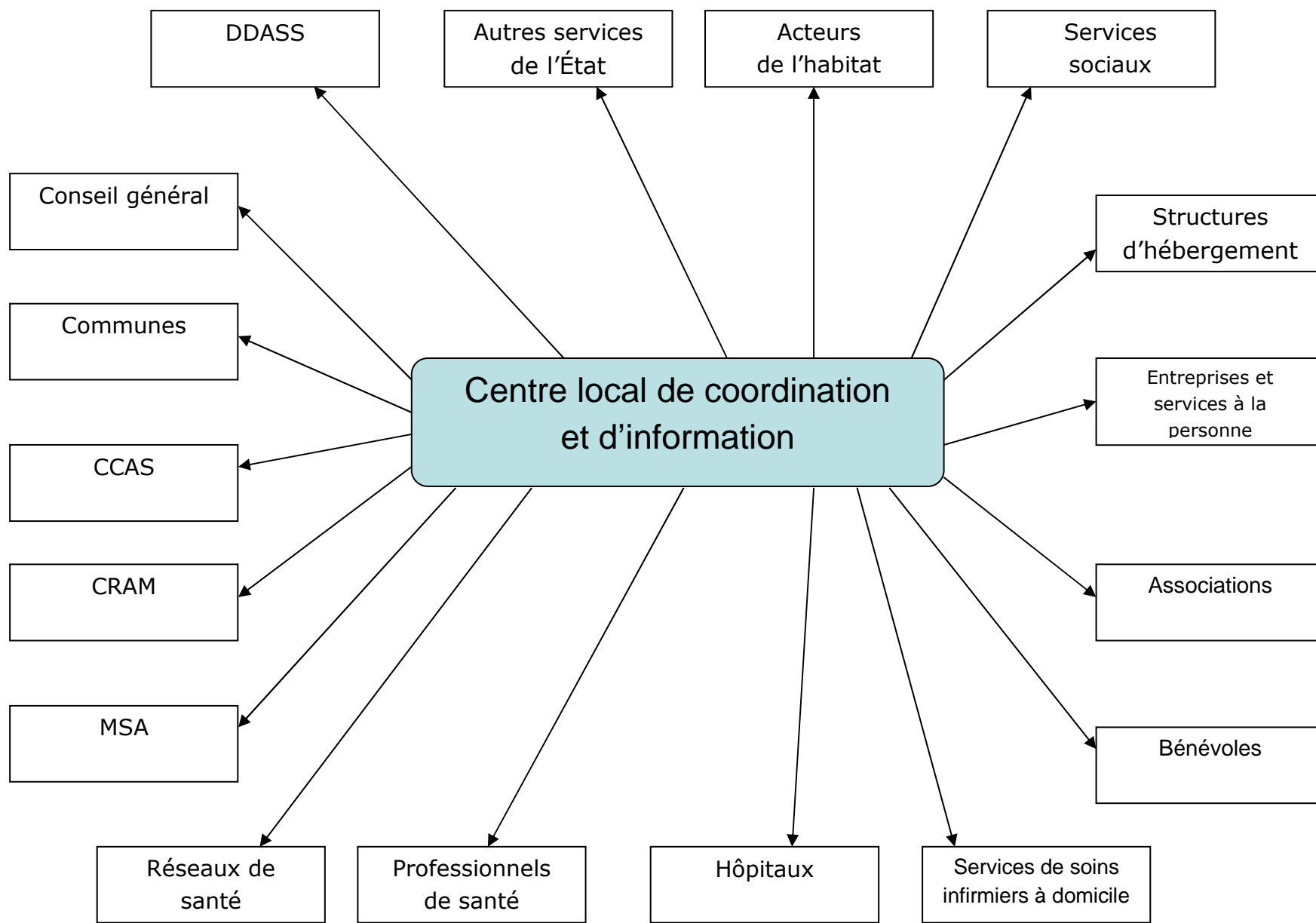
Dans une contribution à un rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), consacré à l'action sociale des collectivités territoriales¹¹⁶, l'Inspection générale des affaires sociales souligne le rôle majeur joué par les CLIC dans la coordination des acteurs : « Dans les zones géographiques où ils ont été mis en place, **les CLIC jouent un rôle essentiel pour décroiser les différents secteurs, public et privé, sanitaire et social. Dans les départements visités par la mission, les CLIC se sont imposés comme des acteurs majeurs de coordination entre les différents intervenants et leur présence semble favoriser le développement de dynamiques locales très fortes** ».

1.2.2. Les acteurs intervenants auprès des CLIC

Les services de l'État (DDAS, etc.) ; les collectivités territoriales (Communes, Conseil général, leurs services sociaux, etc.) ; les organismes de sécurité sociale (Caisse régionale d'assurance maladie, Mutualité sociale agricole, etc.) ; les intervenants au sein du champ sanitaire et social (les établissements de santé, les professionnels de santé, les réseaux de santé, les structures d'hébergement, les services de maintien et de soins à domicile, etc.) ; les réseaux de bénévoles ou les associations ; les acteurs de l'habitat et les autres acteurs privés peuvent notamment intervenir auprès des CLIC.

¹¹⁵ Synthèse réalisée par le CESR – D'après Eva Larboulette, Ergothérapeute au CLIC de Lorient, in *Expérience au sein d'un CLIC*, Ergothérapies, n° 9, mars 2003

¹¹⁶ *L'action sociale des collectivités territoriales*, Rapport d'information de Mme Martine CARRILLON-COUVREUR, députée, déposé en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, 20 février 2007. [<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3739.asp>]



1.2.3 L'échelle d'intervention des CLIC

Le territoire d'intervention des CLIC est infra-départemental, il est défini dans le cadre du schéma gérontologique départemental et correspond aux « bassins de vie des habitants ».

L'INSEE définit le bassin de vie comme ce qui « constitue le plus petit territoire sur lequel s'organise la vie quotidienne des habitants. C'est dans chacun de ces bassins à l'autonomie plus ou moins marquée que les habitants accèdent à l'essentiel des services, que les actifs ont leurs emplois et les élèves leurs établissements publics. »

La circulaire du 18 mai 2001 relative aux CLIC évalue la capacité d'accueil maximale d'un CLIC, soit entre 7000 et 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural et 15 000 en milieu urbain.

1.2.4. La préservation de la qualité de vie, un principe fondateur

La fragmentation du champ gérontologique oblige SOUVENT les familles à subir un « parcours du combattant » où elles affrontent la disparité, la complexité, la multiplicité des prestataires.

Les CLIC offrent une approche globale et personnalisée aux personnes âgées en coordonnant les aides, les services et les soins. Ils concourent à la préservation de la qualité de vie, au maintien des liens et des échanges sociaux. **La personne âgée prise en charge doit continuer à se sentir chez soi.**

« L'intérêt du Clic, c'est de rentrer dans la logique du développement local pour que les personnes âgées sortent du "ghetto" de l'action sociale et soient reconnues comme des habitantes à part entière »¹¹⁷.

Exemple d'action concrète d'un CLIC suite à une demande¹¹⁸

Monsieur X est âgé de 101 ans et vit seul à domicile. Sa fille, Madame Y, âgée de 77 ans, habite à proximité. Elle a contacté le relais gérontologique en juin 2006, suite à un problème de santé, pour la mise en place d'une garde de nuit et la réorganisation des interventions des aides à domicile.

Le responsable du relais a :

- Organisé une réunion de coordination entre les différents professionnels intervenant au domicile afin de modifier la prise en charge ;
- Recherché des salariés pour assurer des gardes de nuit et élaboration de leurs contrats de travail ;
- Accompagné Madame Y dans la réalisation des démarches administratives pour la recherche de financement ;
- Réalisé les plannings tous les trimestres et s'occupe des remplacements des gardes de nuit.

¹¹⁷ Brigitte DHERBEY, consultante au cabinet Icares à Marseille

¹¹⁸ D'après le relais d'information pour personnes âgées – Ploërmel

1.3. Le régime juridique des CLIC

1.3.1. Le transfert de la tutelle de l'Etat sur les CLIC au Conseil général

Les CLIC sont considérés par le Code de l'action sociale et des familles comme des établissements sociaux et médico-sociaux.

Depuis la loi du 13 août 2004 sur les responsabilités locales, les Conseils généraux sont les autorités de tutelle des CLIC.

En effet, l'article 56 de la loi confie au Département la fonction de chef de file pour la coordination gérontologique. C'est ainsi que les comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA) sont par ailleurs légalement reconnus. Ils constituent une instance consultative placée auprès du Président du Conseil général, réunissant notamment des représentants des associations et organisations représentatives, sur le plan local, des retraités et personnes âgées. Les CODERPA sont des lieux de dialogue, d'information et de réflexion.

Article L. 113-2 – Code de l'action sociale et des familles

Le département définit et met en oeuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale [...], les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public.

Le département met en oeuvre [c]es compétences [...] en s'appuyant notamment sur les centres locaux d'information et de coordination [...].

Un CLIC peut être géré par diverses personnes morales (voir ci-après).

Les CLIC qui ont été labellisés avant le 1er janvier 2005 sont réputés autorisés pour une durée de quinze ans. Le renouvellement de l'autorisation est subordonné à une évaluation externe (article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles).

1.3.2. La labellisation

- **Le processus de labellisation**

Depuis le 1^{er} janvier 2005, la création d'un CLIC est autorisée par le Président du Conseil général après avis du Comité régional de l'organisation sanitaire et médico-sociale (CROSMS).

Le Président du Conseil général informe le CROSMS des modifications (comme le changement de gestionnaire, de territoire ou du niveau d'intervention).

- **Les trois différents niveaux de labellisation**

Les CLIC font l'objet d'une labellisation en fonction des missions prises en charge et des services offerts.

- Le niveau 1 :

Il correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles.

Il suppose un local de permanence, un standard téléphonique, une base de données, des actions de formation/information.

Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention.

- Le niveau 2 :

Il prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.

Il propose une palette de services partielle, comme des groupes de paroles ; et le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.

- Le niveau 3 :

Il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge.

Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile, etc.

Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

Un CLIC de niveau 3 doit disposer d'un minimum de trois équivalents temps plein aux profils différents : un agent d'accueil, un professionnel apte à effectuer une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne âgée et un coordinateur.

2. Les CLIC en Bretagne, un paysage éclaté

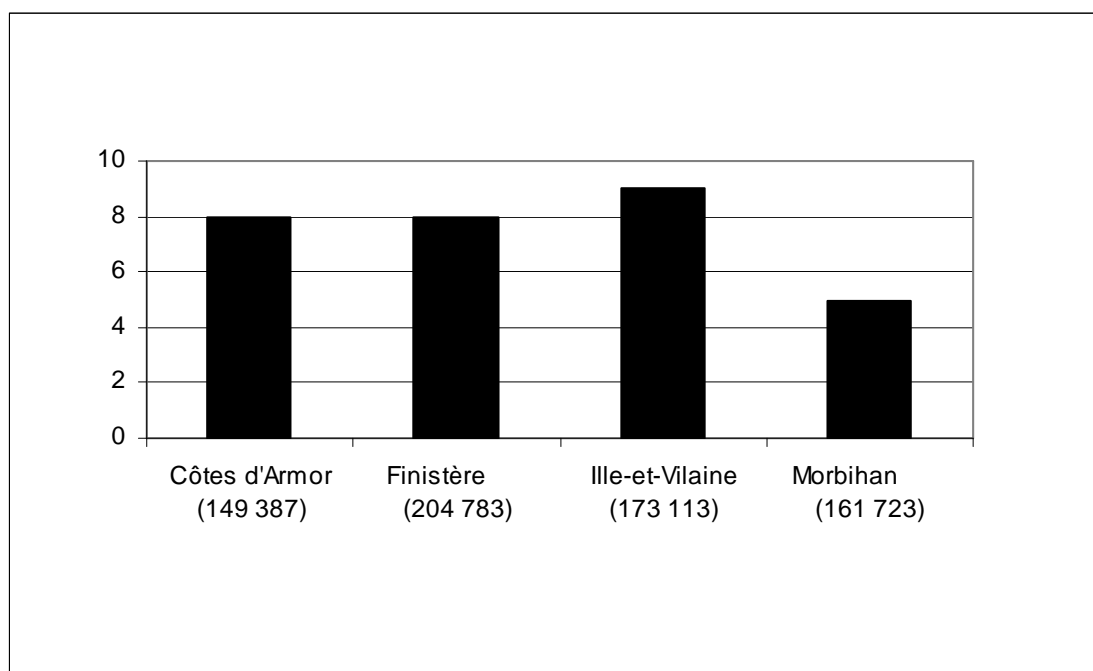
2.1. Quatre départements, quatre modes d'organisation différents

Les CLIC reflètent des modes d'organisation territoriale différents. L'Etat a toujours cherché à accorder une marge de manœuvre aux Départements en prévoyant diverses formes de fonctionnement des CLIC.

Les réalités locales sont disparates : elles sont liées aux orientations politiques successives, aux effets induits par la présence de sites expérimentaux ainsi qu'à l'esprit d'initiative des acteurs qui se sont mobilisés sur un territoire.

Cet enjeu est particulièrement présent dans la région Bretagne dans la mesure où **les quatre départements ne partagent pas les mêmes caractéristiques de fonctionnement et d'organisation**¹¹⁹. Cela illustre la manière dont les acteurs locaux s'approprient des règles définies à l'échelle nationale pour les adapter aux nécessités territoriales.

Graphique 23. Répartition des CLIC par département en Bretagne en juin 1997

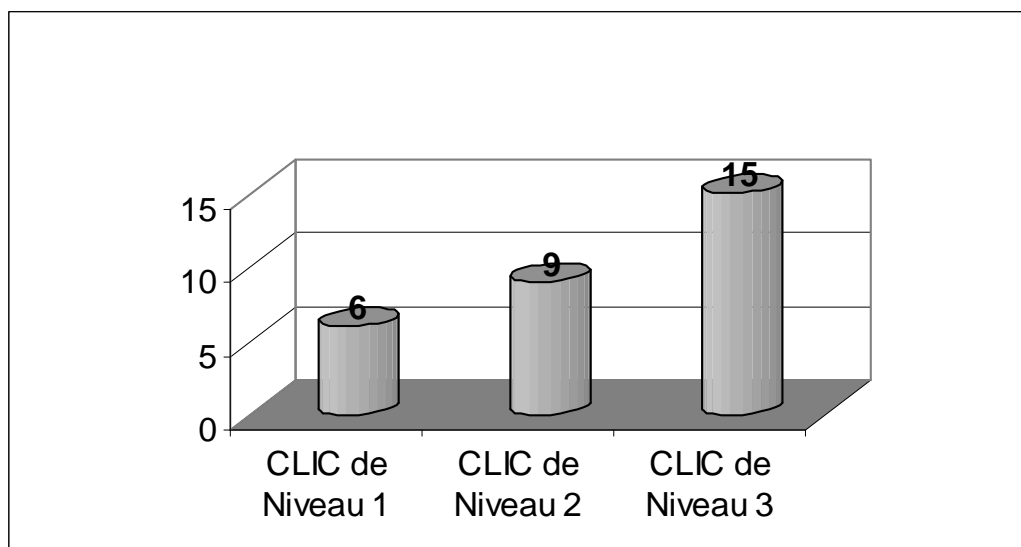


Source : CESR de Bretagne

Lecture : En juin 2007, on dénombrait 8 CLIC dans le département des Côtes d'Armor pour un effectif de personnes de 60 ans et plus de 149 387 (estimation INSEE au 01/01/2004).

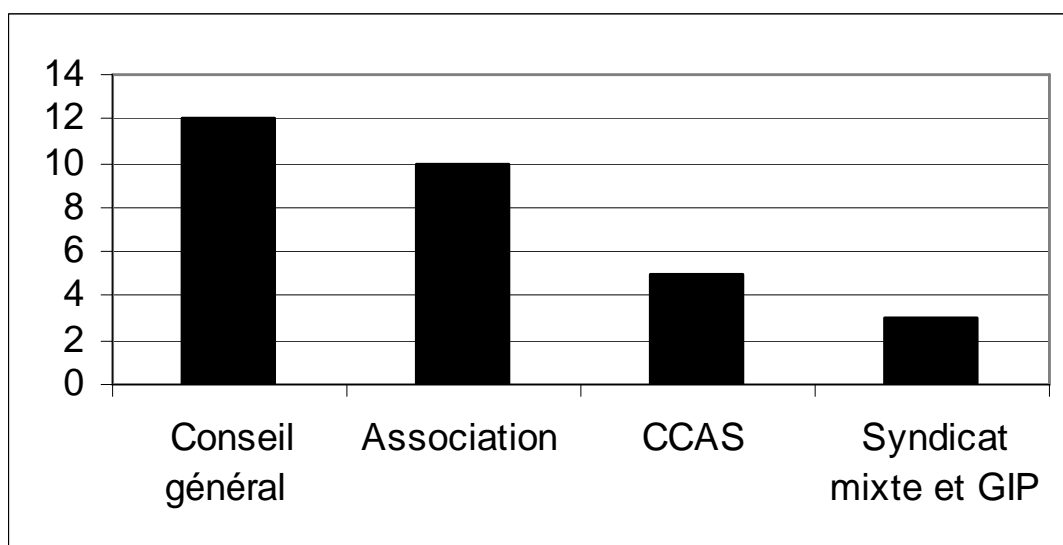
¹¹⁹ Cette situation n'est cependant pas propre à la Bretagne. L'IGAS présente le même constat dans un rapport sur *L'action sociale locale en direction des personnes âgées et des personnes handicapées dans les départements du Lot-et-Garonne, du Nord, du Rhône et du Val-de-Marne*. Février 2007. N° RM2007-001P.

Graphique 24. Répartition des CLIC par niveau de label en Bretagne en juin 2007



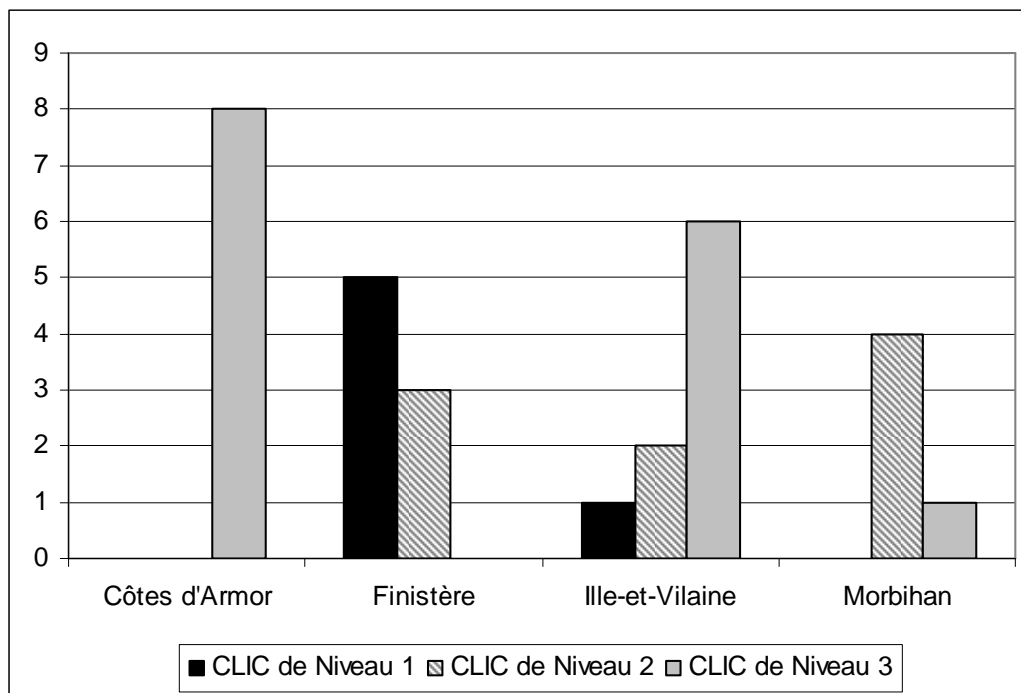
Source : CESR Bretagne

Graphique 25. Répartition des gestionnaires des CLIC par statut en Bretagne en juin 2007



Source : CESR Bretagne

Graphique 26. Répartition des CLIC par département et par niveau de label en Bretagne en juin 2007



Source : CESR Bretagne

2.1.1. Les Côtes d'Armor

Le département a lancé l'ensemble de ses CLIC en septembre 2001, suite à l'expérience positive du site pilote de Guingamp. Le Conseil général des Côtes d'Armor a choisi de favoriser « la pluralité des structures et de [respecter] leur originalité » ; « la gestion de quatre d'entre elles a été confiée à des associations, quand quatre autres sont directement rattachées au Conseil général¹²⁰»

C'est ainsi que quatre CLIC sont gérés par des associations spécifiques : Ouest-Trégor ; la plate-forme de Guingamp ; Clic du Pays de Dinan ; Clic Sud-Ouest Côtes d'Armor. Quatre autres sont gérés directement par le Conseil général : Paimpol-Goëlo ; Tréguier ; Lamballe Penthièvre ; Loudéac Sud Armor.

Un neuvième CLIC est en cours d'ouverture sur le territoire de Saint-Brieuc ; il sera géré par le Conseil général.

L'acronyme du CLIC est repris pour résumer les actions menées : Centraliser les informations ; Lancer le dialogue et la réflexion autour de grandes thématiques ; Informer, évaluer les besoins et orienter ; Conseiller et prendre en charge des situations complexes.

¹²⁰ Editorial de Claudy Lebreton, *Les CLIC des Côtes d'Armor, un réseau au service des personnes âgées et de leur famille*.

Depuis 2005, le Conseil général finance intégralement les CLIC gérés « en direct » et il participe à 85 % du financement des CLIC associatifs.

Parmi les initiatives développées par les CLIC du département, on repère notamment les réseaux de bénévoles, les ateliers mémoires, les actions de prévention santé, les groupes de paroles aux professionnels, les actions de soutien aux aidants familiaux.

Une démarche innovante a été entreprise par les CLIC de Paimpol-Goëlo et de Tréguier, avec le soutien de la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Un Réseau volontaire d'accompagnement des Aînés y a été lancé. Il a pour but de « promouvoir la solidarité de proximité, de lutter contre l'isolement des personnes âgées et de préserver l'estime de soi à travers du lien qui nous relie à l'autre.¹²¹ »

L'accompagnant bénévole se rend à domicile ou assiste une personne pour ses sorties ; il s'engage « avec une certaine régularité dans une relation d'accompagnement fondée sur la réciprocité et le respect de l'autonomie¹²² ».

2.1.2. Le Finistère

La mise en place des CLIC a été impulsée dans le cadre du deuxième schéma gérontologique départemental 1998-2006. Le troisième schéma sera adopté en décembre 2007 pour la période 2007-2011. Les débats organisés à l'occasion de son lancement¹²³ font apparaître la nécessité de la coordination des différents acteurs (Conseil général, Etat, collectivités, associations, etc.). Le schéma va jouer en faveur de la simplification de la vie des usagers et de leurs familles et du maintien à domicile des personnes âgées.

Les CLIC sont des éléments centraux de ce dispositif qui vise à développer, par exemple, un numéro unique de demande d'admission en structure ou à encourager la coordination des services et des intervenants.

Le Finistère a organisé son maillage départemental autour des 8 CLIC qui « fédèrent » chacun des antennes. Les CLIC dépendent des CDAS ; ils sont relayés par 20 gestionnaires aux statuts très divers (CCAS, associations, établissements de santé, maisons de retraites, communes) qui sont chargés du pilotage des relais. A terme, environ 30 antennes couvriront le département.

Le Finistère se distingue des autres départements bretons par un maillage territorial serré qui permet de couvrir notamment les zones rurales. Les antennes tiennent des permanences dont les horaires d'ouverture sont proportionnels au poids démographique du territoire considéré.

¹²¹ Brochure d'information – Conseil général des Côtes d'Armor. *Développer des liens de solidarité avec les personnes âgées. Le réseau d'accompagnement volontaire des aînés des CLIC Paimpol-Goëlo et de Tréguier.*

¹²² Op. cit.

¹²³ Un forum-débat s'est tenu à Quimper le 7 février 2007 sur le thème « Les personnes âgées demain en Finistère ».

2.1.3. L'Ille-et-Vilaine

En Ille-et-Vilaine, la coordination gérontologique s'organise autour d'une coordination gérontologique départementale (le CODERPAG), relayée par une coordination gérontologique locale (les CODEM) et enfin une coordination de proximité (les CLIC).

Le CODERPAG est issu de la fusion en 2006 de l'ancien Comité départemental des personnes retraitées et des personnes âgées (CODERPA) et du comité départemental de coordination gérontologique qui était une instance propre au Conseil général dans le cadre de la politique de coordination gérontologique départementale.

Une spécificité existe dans ce département puisque la coordination gérontologique s'appuie sur des structures originales : **les Comités d'Observation de la Dépendance et de la Médiation (CODEM)**. Les réactualisations successives des schémas gérontologiques ont réaffirmé le rôle majeur de ces comités crées en 1999. Le CODEM est composé des différents acteurs locaux  ouvrant sur le secteur gérontologique (collectivités locales, service de soins et d'aide à domicile, les établissements sanitaires et médico-sociaux, les clubs de retraitées, les professionnels de santé) et de l'équipe médico-sociale du Conseil général chargée de l'APA.

Les CODEM sont présents à l'échelle des secteurs gérontologiques, recoupant dans la plupart des cas les territoires des Pays.

Liste des CODEM : CODEM de Dinard ; CODEM de Saint-Malo ; CODEM de Combourg ; CODEM des Marches-de-Bretagne ; CODEM des Trois-Cantons ; CODEM de Saint-Aubin-d'Aubigné ; CODEM de Brocéliande ; CODEM du Pays de Vitré ; CODEM de Rennes ; CODEM de la couronne rennaise nord-ouest ; CODEM de la couronne de rennaise est ; CODEM de la couronne de Rennes sud ; CODEM de la Roche-aux-fées ; CODEM du Pays de Redon ; CODEM des Vallons de Vilaine-Guichen

La liste des CODEM montre qu'il en existe plus que de CLIC ; certains CODEM font donc « office de CLIC » sur certains territoires de l'Ille-et-Vilaine sans avoir juridiquement ce statut. C'est ainsi que les secteurs gérontologiques de Guichen, Brocéliande, Saint Aubin d'Aubigné, de Rennes nord ouest et de Combourg sont aujourd'hui dépourvus de CLIC. Le Conseil général a prévu d'installer à terme un CLIC par secteur gérontologique.

A l'instar des CLIC, les CODEM peuvent être gérés directement par le Conseil général ou bien par des associations. Mais les CODEM ne sont reconnus par aucun texte national. A ce titre, contrairement aux CLIC qui sont considérés comme des établissements médico-sociaux, les CODEM ne peuvent pas procéder à des évaluations personnelles des personnes âgées.

La participation au CODEM est volontaire ; les intervenants sont répartis en cinq collèges : collège des partenaires institutionnels, collège des élus territoriaux, collège du secteur sanitaire et des services sociaux, le collège des usagers et le

collège des personnes ressources (Centre de formation, Association d'aide à l'adaptation du logement, etc.).

Les CODEM ont pour mission de recueillir les données relatives à la personne âgée du secteur gérontologique et identifier les ressources locales ; d'évaluer les besoins et les demandes exprimés par les personnes âgées et leur famille, sur le secteur ; élaborer des projets et favoriser la mise en œuvre d'actions collectives ; constituer un lieu de médiation et de concertation entre les différents partenaires de l'action gérontologique.

Les CODEM se voient confier des missions d'expertise et de diagnostic sur leur territoire. Ils constituent des observatoires de la réalité gérontologique. En 2005, par exemple, le Conseil général leur a demandé de se prononcer sur la répartition des nouvelles places créées en établissement.

Autrement dit, Le CODEM a la responsabilité du projet CLIC pour son territoire. Le CLIC est l'organe opérationnel du CODEM, il doit être un service à la population et aux professionnels ; c'est un lieu d'information tandis que le CODEM est une instance de rencontre.

En Ille et Vilaine, les CODEM sont apparus lors de l'application en 1998 de la loi sur la prestation spécifique de dépendance (PSD) à laquelle l'APA s'est substituée en 2001. La coordination qui apparaît alors dans le département est très proche des programmes que l'Etat lance quelques années plus tard avec les CLIC ; or, comme le souligne Claire Heid¹²⁴, le maintien des CODEM lors du passage de la PSD à l'APA s'explique par le refus des acteurs à accepter « le prêt-à-porter des mesures nationales ».

Le Conseil général souhaite faire des CLIC des lieux d'accueil et de proximité. A cet effet, les CLIC deviennent progressivement des antennes de la Maison départementale des personnes handicapées. L'objectif est de permettre aux personnes en situation de handicap d'être accompagnées dans l'expression de leur projet de vie et de faire valoir leurs droits.

Les personnes handicapées sont considérées comme un public à part entière du CLIC à coté des personnes âgées, des aidants familiaux et professionnels. Cela s'inscrit dans une démarche de guichet unique.

2.1.4. Le Morbihan

Le Département du Morbihan met en place deux dispositifs différents de coordination sur deux échelles de territoire. On trouve un CLIC à l'échelle des Pays soit 5 sur le département ; il existe des relais gérontologiques à l'échelle des communautés de communes ou des cantons – ces dispositifs ne sont pas labellisés en tant que CLIC.

Chaque CLIC signe une convention d'objectifs avec le Conseil général et une convention de partenariat avec les relais. Le CLIC est chargé de mutualiser l'action

¹²⁴ Claire Heid, *Le local dans le processus de mise en œuvre d'une mesure nationale, objet ou sujet des politiques publiques ? : L'exemple de la mise en place de l'APA en Ille-et-Vilaine*. Mémoire de l'IEP de Rennes (2003).

de proximité des relais. Le CLIC collecte les informations, met en place des outils communs et met en œuvre des actions communes.

Quant au relais, il est un service de proximité dont l'objectif est d'améliorer la vie des personnes âgées en s'appuyant sur le réseau local constitué de l'ensemble des partenaires. Le relais accueille la personne âgée et sa famille, analyse les besoins et suit la prise en charge globale. Il est le correspondant du CLIC à l'échelle cantonale. A ce titre, il constitue une force de proposition du fait de sa position privilégiée pour observer les besoins.

Les CLIC fédèrent les relais et, dans la mesure où ils sont ouverts à temps plein, ils apportent leurs services lorsque les relais sont fermés.

Dans le Morbihan, le développement des CLIC et des relais gérontologiques s'effectue dans le cadre de l'axe 5 du schéma gérontologique « Informer et coordonner ». Le dispositif de coordination gérontologique n'est pas encore achevé ; certains CLIC fonctionnent sans relais et dans un cas il existe un relais alors que le CLIC n'est pas encore constitué. L'implication du Département au sein du dispositif est assez récente.

Tableau 13. Dispositif de coordination gérontologique

| | Relais gérontologique (proximité) | CLIC (mutualisation) |
|-------------------------------|--|---|
| Personnes âgées et famille | Accueil, écoute, analyse des besoins | Mise en œuvre d'actions communes : nutrition, semaine bleue, aide aux aidants |
| | Information sur les droits | |
| | Accompagnement administratif | Actions de prévention (santé, habitat) |
| | Suivi post prise en charge | Mise en place d'outils communs (logiciel de gestion, élaboration de fiches de transmission) |
| | Aide au retour (en l'absence de service social et/ou avec le service social) | Formation |
| Professionnels | Coordination des interventions des professionnels du secteur social | Veille réglementaire |
| | Lien avec le référent local de santé | |

D'après Conseil général du Morbihan – La coordination gérontologique 2006-2010 ; Axe 5 – Informer et coordonner

Carte 9. Les CLIC dans les Côtes d'Armor en juin 2007



Source : CESR de Bretagne

Carte 10. Les CLIC dans le Finistère en juin 2007



Source : CESR de Bretagne

Carte 11. Les CLIC en Ille-et-Vilaine en juin 2007



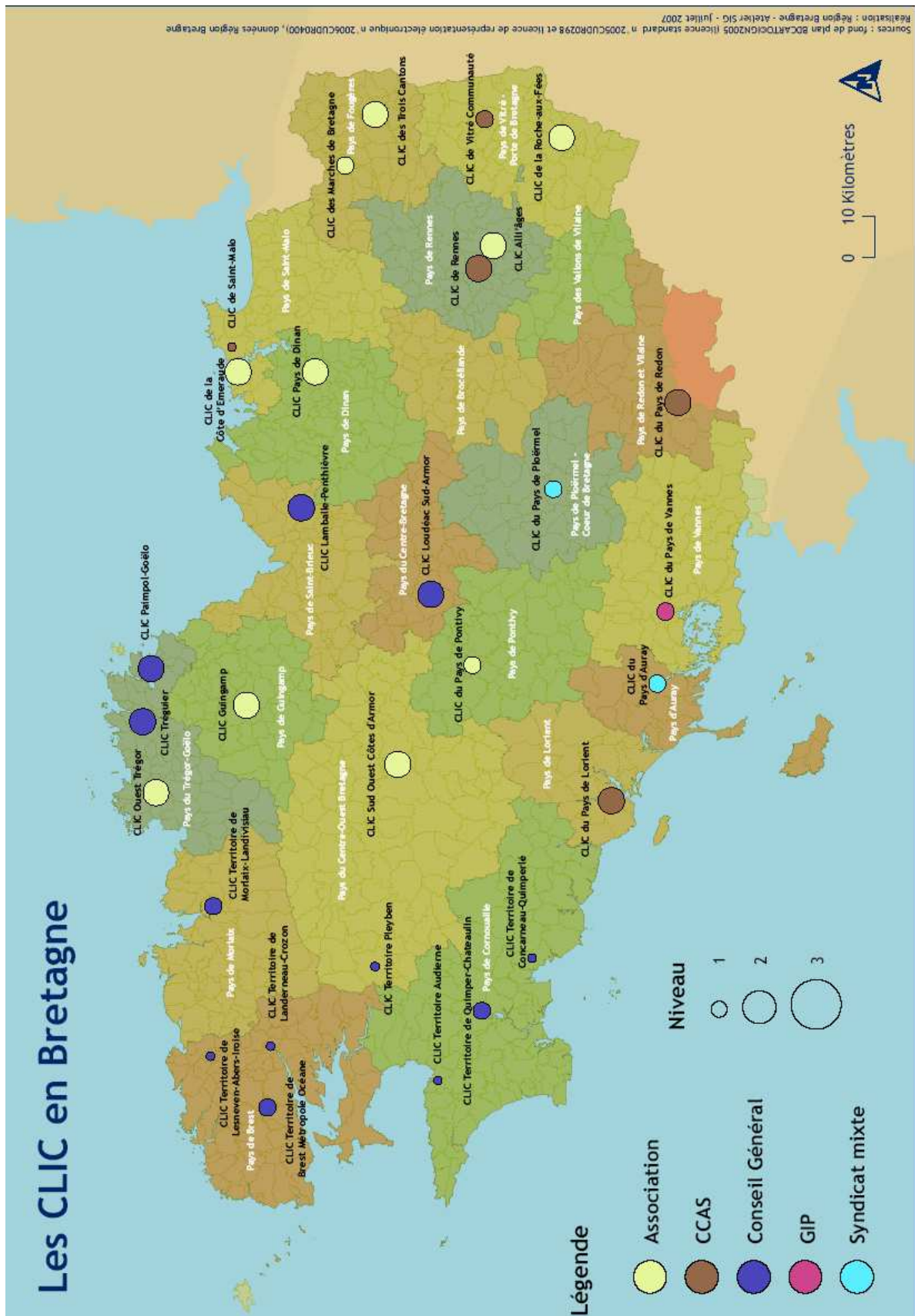
Source : CESR de Bretagne

Carte 12. Les CLIC dans le Morbihan en juin 2007



Source : CESR de Bretagne

Carte 13. Les CLIC en Bretagne en juin 2007



2.2 Les actions conduites par les CLIC : exemples

L'activité annuelle d'un CLIC : l'exemple du CLIC du Pays de Dinan¹²⁵

- *Présentation du CLIC*

Depuis le 1er janvier 2006, le CLIC du Pays de Dinan est géré par une association loi 1901.

Les projets conduits par ce CLIC prennent appui sur la « *Charte des droits et devoirs du CLIC* ». Cette charte présente les valeurs fondamentales du CLIC : droit au respect, neutralité, transversalité. Elle rappelle que « *la personne âgée est placée au cœur du dispositif dans le respect du libre choix de son mode de vie, de ses intérêts et de son intimité* ». De plus, « *la coordination des interventions auprès de la personne âgée s'articule dans une logique horizontale : aucun service n'a de suprématie sur un autre* ».

Enfin, le CLIC rappelle régulièrement qu'« *étant une « plate-forme » de coordination, il n'interviendra pas « à la place de » et ne se substituera pas aux partenaires compétents* ».

Les orientations du CLIC se déclinent en 4 thèmes principaux : l'information ; la prévention ; l'animation et le développement local en gérontologie ; la coordination.

Le CLIC utilise le logiciel *Logiclic*¹²⁶ qui permet de saisir de façon anonyme ou non, toutes personnes prenant contact avec le CLIC. C'est ainsi qu'au cours de l'année 2006, le CLIC a recensé 1278 contacts. Le rapport d'activité souligne qu'un lien a pu être établi entre l'augmentation progressive de fréquentation du CLIC et les campagnes de communication organisées pour accroître la visibilité de la structure. Cette sensibilisation plus forte aux missions du CLIC s'illustre aussi par la forte augmentation du nombre de professionnels ayant orienté les personnes vers le CLIC en 2006.

Les entretiens téléphoniques constituent le principal mode de contact du CLIC : « *cela peut en partie s'expliquer par le fait que les personnes âgées bénéficiaires ont une mobilité réduite et que les familles, prises par leurs activités professionnelles, privilégient l'appel téléphonique*¹²⁷ ».

En 2006, le CLIC a aidé 315 personnes ; 182 personnes ont été informées et orientées (niveau 1), 106 ont évaluées sans être prise en charge (niveau 2) et 43 ont été prises en charge (niveau 3)¹²⁸.

En 2006, le profil type d'une personne suivie par le CLIC se caractérise par le fait qu'elle est une femme, âgée entre 80 et 89 ans, résidant dans le canton de Dinan ;

¹²⁵ Il s'agit ici d'une reprise des principaux éléments du Rapport d'activités du CLIC du Pays de Dinan pour l'année 2006.

¹²⁶ Le logiciel LOGICLIC, édité par la société DICSIT Informatique, est le produit de référence pour la gestion des CLIC et des réseaux gérontologiques [http://www.jvs-implicit.fr/Download/fp_CLIC.pdf]

¹²⁷ Rapport d'activités 2006. p 8

¹²⁸ Ce qui correspond à 331 dossiers demandés ; « *une personne aidée peut avoir plusieurs dossiers de demandes en fonction des aides et des informations demandées* ».

c'est sa famille qui a contacté le CLIC pour les questions relatives¹²⁹ à l'hébergement, à l'APA et à l'aide à domicile.

Le rapport rappelle que « le lieu d'implantation du CLIC est déterminant puisque les demandeurs proches géographiquement s'approprient plus facilement le lieu » Et d'ajouter que « le fait que le découpage des secteurs CLIC ne corresponde pas au réel « Pays » fait que certains demandeurs s'associent directement au CLIC de leurs pays. L'amalgame entre « Pays » et CLIC est relativement fréquent ».

La vie associative du CLIC est un axe essentiel du projet mené par l'association gestionnaire. Nombreux sont les professionnels qui sollicitent le CLIC sur cette thématique.

- Les actions du CLIC du Pays de Dinan

Le CLIC organise des opérations de communication pour présenter ses missions aux différents publics. Par ailleurs, dans le cadre de son rôle de coordination, le CLIC met en place des rencontres individuelles ou collectives des différents acteurs du champ gérontologique.

Au plan de l'information, une conférence a été organisée sur le thème de « La famille face à la maladie d'Alzheimer », une autre conférence-débat a eu lieu sur le thème « Accompagner la fin de vie ».

Le CLIC a par ailleurs participé à la mise en place d'une exposition sur « la création et l'évolution des services d'aide à la personne et des métiers afférents à ces services ».

Au plan de la prévention, le CLIC a identifié les besoins des personnes et les facteurs sur lesquels il est nécessaire d'être vigilant.

En partenariat avec une association de Kinésithérapeutes, le CLIC a mis en place deux conférences « *Equilibr'Agés* » consacrées à la prévention des chutes (sensibilisation sur les capacités d'équilibres, l'apprentissage à se relever, réflexion sur l'aménagement du domicile, etc.)

Le CLIC a été sollicité pour relayer auprès des personnes âgées une expérimentation de nouveaux services de maintien à domicile (conduite par France Télécom et les conseils généraux des Côtes d'Armor et de l'Ille-et-Vilaine) ainsi que pour mener une réflexion sur un centre de téléassistance destiné aux personnes âgées et handicapées.

Dans le cadre de la coordination des acteurs et des moyens, le CLIC a lancé une conférence-débat sur l'isolement et le sentiment de solitude des personnes âgées.

Enfin, au plan de la coordination, le CLIC travaille en lien avec les professionnels du champ gérontologique et le réseau de santé afférent.

¹²⁹ Présentées ici par ordre de récurrence

Pour éviter aux médecins la multiplication des tâches administratives et pour simplifier les démarches des personnes âgées et de leurs familles, le CLIC a constitué un groupe de travail chargé de réfléchir à la conception d'un dossier commun d'inscription en établissement.

Une procédure nouvelle a ainsi été arrêtée pour constituer un dossier uniforme pour la première étape d'inscription dans un établissement du Pays de Dinan. Une seule fiche et un seul certificat médical sont remplis par chaque partie qui en conserve les originaux ; ce sont ensuite les photocopies qui sont adressées lors des demandes.

Quelques actions types des CLIC relatives à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées

- Conférences, débats, informations sur l'ensemble des aspects de la maladie d'Alzheimer ;
- Ateliers mémoires : stimuler la mémoire par des jeux et des exercices, acquérir des mécanismes pour l'entretenir, prévenir le vieillissement ;
- Réunion de groupes de soutien aux aidants familiaux pour échanger, recueillir des conseils, rompre l'isolement ;
- Actions de formation des professionnels et des aidants familiaux : développement du « toucher relationnel », formation à l'esthétique médico-sociale ;
- Sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées ;
- Actions de lutte contre l'isolement social : les « cafés rencontre » ;
- Organisation d'ateliers diététiques relatifs à l'équilibre alimentaire et aux besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées ;
- Mise en place d'ateliers sur les récits autobiographiques : les personnes écrivent leur histoire pour laisser un témoignage de leur vie ;
- Information sur la constitution du dossier de liquidation de pension de retraite ;
- Information sur les droits (consommation, services fiscaux) ;
- Développement de la prévention des chutes ; cela permet de maintenir à domicile les personnes en cherchant à diminuer le risque et la gravité des chutes, intervention d'ergothérapeutes, notamment à domicile pour établir des diagnostics ;
- Information sur l'habitat, les transports ;

- Exercices pratiques de conduite ; sensibiliser aux risques de la conduite en lien avec l'avancée en âge ; prendre conscience des modifications physiologiques et physiques pouvant avoir des répercussions sur l'aptitude à la conduite ; ateliers pratiques avec une voiture d'une auto-école et apprentissage sur un simulateur.

Le CLIC de Lannion, à l'instar d'autres CLIC, voit ses actions reposer sur une charte constitutive. Elle traduit « l'état d'esprit » des CLIC associatifs.

Extrait de Charte des Droits et des Devoirs réciproques des partenaires du CLIC OUEST-TREGOR entre eux et vis à vis des usagers

[...]

Droits des usagers et devoirs des partenaires à leurs égards

Choix de vie

En référence à l'article I et II de la charte des droits et libertés de la personne âgée : toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

1. La personne âgée doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque, il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond.
2. Un handicap mental rend souvent impossible la poursuite de la vie au domicile. Dans ce cas l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et avec ses proches. Ce choix doit rechercher la solution la mieux adaptée au cas individuel de la personne malade.
3. L'utilisateur doit être entendu dans ses attentes, respecté dans son développement et dans son projet de vie. Il doit ainsi, dans le respect de ses possibilités et de ses compétences, être associé à l'élaboration du projet d'intervention.
4. Une information claire, mesurée, diversifiée, complète, une explication de la loi et des recours possibles doivent pouvoir emporter leur adhésion ou leur refus.
5. L'acteur social doit respecter l'utilisateur, son autonomie et son histoire mais il a aussi un devoir d'investissement, d'engagement et de responsabilité.
6. Il doit veiller à la qualité de l'accueil, de la relation, de la disponibilité et privilégier en toutes circonstances le respect de l'intégrité physique et de la dignité de l'utilisateur.
7. Il s'engage à être attentif à l'information de l'utilisateur sur ses droits et sur les recours qui peuvent lui être ouverts tant au niveau des biens que de sa personne.
8. Il est vigilant à évaluer avec un esprit critique les effets de ses actions auprès des usagers pour rendre le meilleur service possible. Il est soucieux de participer à l'élaboration d'outils d'évaluation du service rendu.
9. Le rôle des familles, qui entourent de leurs soins leurs parents âgés dépendants à domicile doit être reconnu. Ces familles doivent être soutenues dans leurs tâches notamment sur le plan psychologique.

3. Les enjeux relatifs à l'évolution des CLIC

3.1. La dimension sanitaire, un aspect peu présent dans les CLIC

La dimension sanitaire et médicale est un enjeu incontournable aujourd'hui pour le développement des CLIC. Il s'agit de mesurer ce que doit être la place des médecins et des autres professionnels de santé dans une structure qui n'a pas directement vocation à apporter des soins.

Mais, comme les CLIC sont chargés de la coordination de l'action gériatrique, l'aspect sanitaire ne peut pas être ignoré.

Ce problème peut être abordé à la fois sous l'angle de l'articulation entre le CLIC et le réseau de santé ainsi que sous l'angle des actions à vocation médicale que le CLIC peut mettre en œuvre.

3.1.1. L'articulation entre les CLIC et les réseaux de santé gériatriques

Les soins font partie intégrante de la coordination assurée par les réseaux de santé, alors que les CLIC n'ont vocation à délivrer *directement* ni soins ni prestations à domicile.

La spécificité des CLIC tient essentiellement à leur ancrage territorial fort, concrétisé par un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, qui leur permet de faire converger les aspirations du public (les personnes âgées et leur entourage), les interventions des professionnels et les politiques des institutions.

Les missions des réseaux sont centrées sur la prise en charge du patient, qui doit être globale, continue et d'égale qualité - quel que soit le lieu de prise en charge - pluriprofessionnelle et interdisciplinaire. Inscrits dans une démarche qualité, les réseaux sont organisés et structurés pour coordonner et former les professionnels concernés.

Les CLIC s'inscrivent davantage dans le contexte institutionnel d'une politique publique partagée, les réseaux de santé dans le cadre d'une démarche volontariste reposant sur la liberté d'adhésion, d'entrée et de sortie des professionnels et des patients.

Les réseaux se situent dans le cadre de l'organisation du système de santé, qui est définie dans le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS). Les CLIC s'inscrivent dans une politique publique territorialisée en faveur des personnes âgées, qui est définie dans le cadre du Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (schéma gériatrique).

Le territoire d'intervention des CLIC est infra-départemental tandis que celui des réseaux de santé est infra-régional.

Depuis le 1er janvier 2005, date d'entrée en vigueur des dispositions de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, qui l'ont

confirmé dans son rôle de chef de file de la politique gérontologique, le Département devient le maître d'oeuvre de la coordination gérontologique et, à ce titre, autorise la création de nouveaux CLIC, après avis du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

On dénombre, en France, fin 2005, 60 réseaux gérontologiques implantés dans 19 régions. Une coopération étroite entre CLIC et réseaux de santé gérontologiques facilite le décloisonnement des acteurs locaux et permet à chacune de ces structures d'accomplir plus facilement l'intégralité de ses missions.

La coordination des CLIC et des réseaux de santé permet d'améliorer la prise en charge des personnes âgées car ils ont en commun d'associer la prévention et l'accompagnement social et sanitaire.

Dans une lettre circulaire du 16 septembre 2004, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) invitent à une concertation institutionnelle entre les deux instances de pilotage de ces dispositifs et préconisent la participation des Conseils généraux aux comités régionaux des réseaux.

En effet, la circulaire prescrit que « le CLIC facilite l'accès au grand public pour le réseau. Le réseau de santé gérontologique offre au CLIC une expertise médicale facilement mobilisable. » De plus, si « les CLIC ont vocation à s'adresser à l'ensemble des personnes âgées, à leur entourage et aux professionnels qui interviennent auprès d'elles », « les réseaux de santé gérontologiques concernent les personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës, nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. »

Si les rapports entre le CLIC et le réseau de santé se répartissent entre la prise en charge pour l'un des aspects médico-sociaux et les aspects sanitaires pour l'autre, la question de la transparence financière reste posée. Il est nécessaire de bien établir les responsabilités de chacun.

L'expérience des acteurs locaux et régionaux montre qu'il est particulièrement utile de rechercher la cohérence et la compatibilité entre les territoires des CLIC et des réseaux et d'exiger une articulation très solide entre CLIC de niveau 2 et 3 et réseaux de santé gérontologiques.

Dans son bilan d'activité 2006, la Mission Régionale de Santé de Bretagne¹³⁰ préconise « l'organisation d'une prise en charge globale de la population, au travers de nouveaux modes d'organisation professionnelles collectives, par exemple au sein de maisons de santé pluridisciplinaires »¹³¹.

La Mission précise que « la création de maisons de santé pluriprofessionnelles, en relais des réseaux de santé déjà mis en place, peuvent permettre d'optimiser au

¹³⁰ La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie crée une Mission Régionale de Santé en s'appuyant sur l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et l'Agence Régionale de L'Hospitalisation (ARH).

¹³¹ Mission Régionale de Santé de Bretagne – Bilan de l'activité – année 2006. p. 17

mieux le temps médical en confiant à des personnels infirmiers certaines tâches de prévention et/ou de suivi de personnes âgées [...] »¹³².

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006 - 2010 de Bretagne recommande¹³³ de « contribuer à la coordination des intervenants auprès de la personne âgée via les réseaux gérontologiques et les CLIC et promouvoir la constitution de réseaux de santé de prise en charge des personnes âgées [...]. La création de réseaux de santé sanitaires et médico-sociaux doit permettre d'offrir un guichet unique sur le territoire de proximité et d'intégrer la médecine de ville, les établissements de santé, les structures médico-sociales et les intervenants en matière de soins odontologiques dans le respect des compétences respectives des intervenants. [...] »

Les réseaux de santé gérontologique en Bretagne au 1er juillet 2007

- Le réseau Géront'ouest Trégor à Lannion (22)
- Le réseau Géront'rance à Dinan (22)
- Le réseau gérontologique Brestois (29)
- Le réseau Pol Aurélien (29)
- Le réseau Géront'Emeraude à Saint Malo (35)
- Le réseau Part'âge à Antrain, Bazouges la Pérouse et Louvigné du Désert (35)
- Le réseau gérontologique du canton de Port-Louis (56)
- Le réseau Respev à la Roche Bernard (56)

A ces réseaux gérontologiques viennent s'ajouter les réseaux de soins palliatifs (au nombre de 9 en Bretagne) et les quelques structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

La définition des réseaux de santé selon le Code de la santé publique Article L6321-1- extrait

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

¹³² Op. Cit. Note 118

¹³³ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010 - Volet « Prise en charge des personnes âgées ». Janvier 2007

Tableau 14. La complémentarité entre les CLIC et les réseaux de santé

| Le CLIC apporte au réseau : | Le réseau apporte au CLIC : |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Un accès facilité au grand public, une possibilité de démultiplier l'information ; - Une mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé facilitée pour un public plus large ; - Une mise en œuvre de l'accompagnement social et médico-social facilitée ; - Une contribution aux projets de réseaux gérontologiques ; - Une contribution à la promotion de réseaux existants. | <ul style="list-style-type: none"> - Une expertise médicale facilement mobilisable ; - Une reconnaissance du CLIC par les professionnels de santé ; - La possibilité d'une prise en charge globale et continue pour les personnes âgées atteintes de polyopathologies ; - Une contribution aux projets de CLIC - Une contribution à la promotion des CLIC existants ; |

Source : Extrait de l'annexe de la lettre circulaire du 16 septembre 2004 relative aux CLIC et aux réseaux de santé

3.1.2. L'action sanitaire du CLIC

Les médecins sont présents au sein d'un CLIC. Ils sont à la fois des intervenants et des acteurs sollicitant le CLIC lorsque l'état de leurs patients le nécessite.

Le CLIC ne fournit pas de prestation médicale mais il existe néanmoins une imprégnation sanitaire dans la mesure où les personnes âgées peuvent être évaluées par l'équipe du CLIC (pour le versement de prestations telles que l'APA) mais aussi, essentiellement, par les actions de prévention de la santé.

Les CLIC organisent donc des journées d'études, des colloques, des rencontres à destination des professionnels, des aidants familiaux ou des personnes âgées elles-mêmes.

A l'heure actuelle, les actions relatives à la maladie d'Alzheimer sont les plus présentes.

3.2. Les rapports entre les CLIC et les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été créées par la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Les MDPH sont des guichets d'information, d'accompagnement, de conseils et d'accès aux droits et prestations afin de simplifier les parcours et les différentes démarches.

Le rapprochement du handicap et de la gérontologie pose la question de la création d'un « cinquième risque ». Dans son premier rapport, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) s'interrogeait : « Comment réussir la "convergence", c'est-à-dire la reconnaissance de mêmes dispositions d'aide pour toutes les personnes en perte d'autonomie quelle qu'en soit la cause, quel que soit leur âge ? »

Des Départements prennent déjà en compte l'autonomie en rapprochant le champ gérontologique et celui du handicap – politiques sur lesquels les conseils généraux exercent la tutelle.

Dans le cadre de la territorialisation des services, l'accueil dans des maisons de proximité est commun aux personnes âgées et handicapées. Ces structures portent le nom de « Maisons de l'autonomie ».

Sur certains territoires, ce sont les CLIC qui constituent l'échelon de proximité chargé de renseigner, d'aider et de suivre les personnes atteintes d'un handicap.

Ce rapprochement est légitimé par le fait que les CLIC et les MDPH partagent des missions telles que la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne, l'information et l'accompagnement des personnes et de leur famille ou encore l'organisation des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

Dans ce contexte, il est demandé aux CLIC d'être un lieu de ressources où les dossiers administratifs de la MDPH relatifs à la demande de prestation de compensation du handicap, de demande de cartes d'invalidité, etc..., peuvent être retirés ; d'informer sur le circuit d'inscription interne à la MDPH ; d'accompagner les personnes âgées pour remplir et renseigner le dossier administratif¹³⁴.

De fait, les CLIC sont amenés à s'ouvrir à un public plus jeune (c'est-à-dire âgé de moins de 55 ans). Les CLIC associatifs ont la liberté d'accepter ou non d'engager un partenariat avec les MDPH.

En Isère, le Département a décidé de réunir les deux volets de son action sociale en une seule politique de l'autonomie, en territorialisant son organisation. Depuis le 1er janvier 2007, des services « autonomie » ont été créés au sein des maisons du Conseil général. Les CLIC ont été supprimés pour laisser la place à de nouvelles instances de coordination pour l'autonomie au sein desquelles le personnel a été intégré.

Dans le Morbihan, le Conseil général a renommé la MDPH « Maison Départementale de l'Autonomie ».

¹³⁴ Selon les informations du CLIC de Dinan

3.3. Le tarissement et le conditionnement des sources de financement

Les CLIC bénéficient de cofinancements. Néanmoins, seuls les CLIC gérés par une association – dotée d'une personnalité morale – peuvent prétendre à des sources de financement diversifiées. Les CLIC non associatifs sont financés directement par l'autorité de tutelle.

Les principaux financeurs sont l'Etat, les collectivités territoriales, les caisses de retraites et les organismes de protection sociale, les hôpitaux.

Le transfert de la tutelle des CLIC aux Départements s'est traduit par un transfert de fiscalité – en l'occurrence la taxe spéciale sur les conventions d'assurance dont une partie est dorénavant versée aux Départements pour couvrir les dépenses induites par la responsabilité de la gestion des CLIC.

Le montant national du droit à compensation résultant pour les Départements du transfert des Centres locaux d'information et de coordination a été fixé à 17 164 993 euros¹³⁵.

En Bretagne, les Départements ont reçu respectivement : Côtes d'Armor : 202 842 euros ; Finistère : 139 479 euros ; Ille-et-Vilaine : 185 622 euros ; Morbihan : 100 466 euros.

En moyenne, les CLIC ont un budget qui se situe entre 60 000 euros et 150 000 euros.

Exemple de subvention communale : Chantepie (Ille-et-Vilaine)

Le CLIC Alli'âges, géré par une association, est cofinancé par le Conseil général d'Ille et Vilaine et les communes du sud-est de Rennes où il est implanté.

Il recevra de la commune de Chantepie, en 2007, une subvention de 1 835 euros. La subvention résulte de l'application d'un forfait par habitant de 0,27 euros¹³⁶.

Le financement des CLIC repose cependant sur des bases fragiles dans la mesure où le financement par appel à projet tend à devenir incontournable pour les associations qui souhaitent se développer. Cette dépendance aux partenariats joue en faveur des structures les plus importantes qui ont la capacité de se mobiliser pour repérer les appels à projets et monter les dossiers.

Le secteur associatif se montre souvent plus dynamique pour innover dans le domaine de l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. En faisant converger les acteurs sur des initiatives, les CLIC prennent en charge des actions que les autres intervenants ne peuvent développer seuls. Or, en parallèle, les CLIC sont fortement liés financièrement aux partenaires qu'il s'agit de coordonner. Cette

¹³⁵ Arrêté du 6 avril 2006 constatant le montant du droit à compensation résultant pour les départements du transfert des centres locaux d'information et de coordination.

¹³⁶ Délibération du Conseil municipal de Chantepie. 26 mars 2007

dépendance est importante dès lors que les aides initiales sont faibles et que le CLIC souhaite monter en charge.

Ce besoin de financement est exprimé dans une enquête de la MSA 35¹³⁷ selon laquelle « certains CLIC souhaiteraient que la MSA intervienne régulièrement au niveau de leur budget de fonctionnement ».

Il faut s'interroger sur les modes de financement des CLIC qui reposent sur des appels à projets. Ce sont des problèmes d'équité qui sont ici mis en lumière car les inégalités territoriales peuvent s'accroître en fonction de la taille du CLIC et de sa capacité à répondre aux appels et aux sollicitations qui deviennent alors une source principale de financement. Ce phénomène est d'autant plus préoccupant que l'on ne finance que ce qui semble intéressant au regard de la politique poursuivie par l'organisme financeur.

3.4. Le rôle de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie

Une circulaire de la CNAV¹³⁸ encadre l'action sociale des CRAM relative à la prise en charge des personnes âgées. Les Caisses ont pour rôle d'évaluer les besoins des personnes âgées en vue de contribuer au traitement global de leur situation et de renforcer la qualité de l'aide qui leur est apportée.

La coordination gérontologique est soutenue par les CRAM. Ces programmes font l'objet d'une évaluation annuelle rigoureuse des actions effectivement mises en œuvre et des résultats obtenus par ces structures. La circulaire prescrit de porter l'attention sur l'intérêt des projets et des actions au regard des objectifs poursuivis par la branche Retraite et sur la qualité de leur réalisation.

Un rapport quantitatif et qualitatif sur l'action menée doit être fourni annuellement.

Les critères retenus pour définir le degré de qualité et de pertinence des coordinations gérontologiques sont :

- Le degré d'implication dans le dispositif de mutualisation progressive des évaluations au niveau départemental ;
- L'aptitude de la structure considérée à favoriser la coopération et la coordination entre les différents acteurs locaux du secteur gérontologique, tels que les établissements pour personnes âgées, les services prestataires et les différents professionnels de santé et médico-sociaux.

La CRAM de Bretagne s'intéresse à la politique de coordination gérontologique depuis 1993 dans le cadre des orientations nationales de la CNAV. En Bretagne, la CRAM a appuyé dans certains cas le développement d'initiatives locales et, dans d'autres, elle a initié la mise en place de la coordination gérontologique.

La CRAM de Bretagne est fortement engagée dans le soutien des réseaux et coordinations gérontologiques. Elle contribue à l'orientation de proximité des

¹³⁷ *Etat des lieux des services de maintien à domicile des personnes âgées en Ille-et-Vilaine*. MSA 35. Juillet 2007

¹³⁸ Circulaire n° 2003/36 du 12 août 2003

assurés¹³⁹. Son implication est multiforme. D'une part, elle subventionne le fonctionnement de certains CLIC et d'autre part, ses personnels spécialisés participent à l'information, au conseil et à la prévention en faveur des personnes âgées.

A compter de 2007, le financement des CLIC prend la forme d'une subvention de fonctionnement ou d'investissement au démarrage du CLIC, sur une période de deux ans, dans la limite de 10 % du budget présenté ou de 15 000 euros maximum. A l'issue de cette période, un financement par projet peut être envisagé, si celui-ci entre dans les critères de l'appel à projet. Afin d'assurer la transition, les CLIC financés depuis plusieurs années pourront l'être éventuellement pour une dernière année en 2007¹⁴⁰.

La fiche thématique de la CRAM de Bretagne consacrée au soutien technique et financier aux CLIC rappelle les objectifs poursuivis et les critères d'intervention et d'appréciation du Conseil d'Administration¹⁴¹.

Le CLIC peut alors être un relais de la CRAM qui lui délègue la prise en charge de l'évaluation des besoins à domicile de la personne¹⁴². L'évaluation peut être alors considérée comme une prestation à part entière dans le cadre du plan d'action personnalisé (PAP).

Un partenariat existe donc entre certains CLIC et la CRAM, à l'image de la convention passée depuis le 1^{er} avril 2007 entre la CRAM de Bretagne et le Département des Côtes d'Armor pour réaliser l'évaluation individuelle des personnes afin de déterminer leur niveau d'autonomie, de décrire la globalité de la situation de la personne et de définir les besoins en aides nécessaires pour le maintien à domicile. 3500 évaluations sont programmées dans ce cadre.

Même si l'action sociale de la CRAM est facultative, la Caisse offre une aide technique aux CLIC ; ainsi, le point info santé de la CRAM se rend dans les CLIC pour organiser des réunions thématiques. Il est prévu environ 700 participants à ces rencontres en 2007. Elles portent sur la nutrition, l'hygiène, la prévention des chutes, les aides à domicile, etc.

La CRAM fournit ses compétences au service des CLIC en s'inscrivant dans une logique de soutien pour accompagner l'esprit d'initiative locale.

3.5. Quelle place pour la Région dans le dispositif CLIC ?

L'article 49 de la Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales fait du Département la collectivité territoriale chef de file en matière d'action sociale. Cette loi a ainsi transféré l'action gérontologique de proximité aux Conseils généraux. Par ailleurs, le Département se voit confier l'initiative, la conduite et la responsabilité du Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

¹³⁹ Orientations de la CRAM de Bretagne 2005 à 2008 – Action sociale aux personnes âgées

¹⁴⁰ Décision du Conseil d'Administration de la CRAM de Bretagne du 28 février 2007

¹⁴¹ Cf. « Fiche thématique : soutien technique et financier aux CLIC »

¹⁴² Circulaire n° 2007-16 du 2 février 2007 relative aux conditions de mise en œuvre du dispositif d'évaluation des besoins des retraités et des Plans d'Action Personnalisés (PAP).

Il existe néanmoins un hiatus dans l'agencement institutionnel de la décentralisation.

La Région doit prendre en charge les formations sanitaires et sociales. Elle définit et conduit la politique de formation des travailleurs sociaux. Cependant, comme le souligne le député Alain Gest¹⁴³, « il est possible de considérer que la décentralisation de ces formations sociales s'apparente à une décentralisation retenue, en raison des nombreuses compétences qui restent du domaine de l'Etat. »

Quant aux formations sanitaires, « *la compétence régionale [...] est plus nettement circonscrite* ». C'est ainsi que « *Les autorisations de création, l'agrément et la nomination des directeurs des établissements assurant des formations sanitaires reviennent aux Régions, de même que le financement de ces établissements. Les Régions attribuent également les bourses aux étudiants. L'État conserve, outre la délivrance des diplômes, la fixation du nombre d'étudiants admis à entreprendre des études ainsi que la répartition de ces quotas entre régions. L'État donne également son avis, par l'intermédiaire du Préfet de région, sur les créations d'établissements ainsi que sur l'agrément des directeurs*¹⁴⁴ ».

Le transfert des formations sanitaires et sociales au niveau régional s'inscrit essentiellement dans la politique bien établie de la formation professionnelle. L'action sociale est conduite par le Département qui la relaye à l'échelle infra-départementale. Les CLIC illustrent cette organisation. Mais on s'aperçoit que la coordination avec les acteurs du champ sanitaire reste à construire au sein des CLIC. Cela s'explique en partie par le fait que la politique de santé publique – qui a été profondément redéfini par la loi du 9 août 2004 – a fait de la région la circonscription territoriale de référence pour la définition et la mise en œuvre des politiques de santé publique (cf. le rôle essentiel joué par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)).

La Région peut participer aux décisions concernant l'équipement sanitaire. C'est ainsi que l'article 69 de la loi précitée prévoit que la Région participe à la commission exécutive des Agences régionales de l'hospitalisation avec voix consultative. Mais, comme le souligne Dominique Maillard Desgrées du Loû¹⁴⁵, « *en matière de santé, la régionalisation évoque plus la déconcentration que la décentralisation [...] L'Etat est responsable de la politique de santé publique, mais il associe les collectivités territoriales à la définition de cette politique et à sa mise en œuvre* ».

La Région participe à la Conférence régionale de santé qui a pour fonction de définir le Plan régional de santé publique, ainsi qu'au Comité régional de l'organisation sanitaire (chargé de l'élaboration du Schéma régional de l'organisation sanitaire).

L'article L. 1424-1 du code de la santé publique dispose que « *dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues par l'article L. 4221-1 du code général des*

¹⁴³ Loi relative aux libertés et aux responsabilités locales, Mise en Application de la loi du 13 août 2004, Rapport d'information présenté par M. Alain Gest, député. 28 juin 2006

¹⁴⁴ Op. Cit.

¹⁴⁵ La santé publique, les établissements de santé et les collectivités territoriales : derniers développements, AJDA 2006 p. 406

collectivités territoriales¹⁴⁶, le Conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en oeuvre les actions régionales correspondantes ».

Le Conseil régional de Bretagne engage des actions relatives à l'observation de la santé (notamment les questions liées à la démographie médicale), à des animations territoriales de santé ainsi qu'à leur financement en partenariat avec l'assurance maladie. De plus, la constitution du Groupement régional de santé publique (GRSP) permet de fédérer au sein d'un GIP, les compétences de l'Etat, de l'Assurance maladie et d'autres partenaires qui le souhaiteraient. Le GRSP a été installé le 20 juin 2007. Le GRSP a pour fonction principale la mise en oeuvre du plan régional de santé publique (PRSP) approuvé en 2006. Les actions du GRSP sont financées pour le moment, par l'assurance maladie et ses composantes à hauteur de 1,5 millions d'euros auxquels s'ajoutent les fonds d'Etat.

Il s'agit par conséquent de voir comment les compétences régionales et départementales peuvent être articulées pour répondre au mieux aux besoins des personnes âgées.

Le Conseil régional de Bretagne cherche à se dégager de cette répartition institutionnelle des compétences afin d'atténuer les disparités territoriales. En excipant sa clause de compétence générale, la région Bretagne a développé une politique territoriale orientée vers les « services à la population ». La région contribue ainsi à coordonner des politiques éparses à l'échelle des Pays – dont l'action en faveur des personnes âgées.

Les CLIC peuvent donc constituer à l'échelle des Pays – sans exclure le fait que plusieurs CLIC puissent être présents dans un Pays – un lieu relayant des initiatives du conseil régional. Ce sont les contrats de pays qui peuvent exprimer « les projets de service à la population » dans un souci de cohésion sociale et territoriale¹⁴⁷ ; la coordination des services aux personnes âgées constituant, notamment en milieu rural, un axe essentiel.

¹⁴⁶ *Le Conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région. Il a compétence pour promouvoir le développement [...] sanitaire [...] de la région [...], dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des départements et des communes. Il peut engager des actions complémentaires de celles de l'Etat, des autres collectivités territoriales et des établissements publics situés dans la région [...].*

¹⁴⁷ Sur ce point, la 2^{ème} partie du présent rapport, chapitre 3.

4. Conclusion et préconisations

4.1. Les enjeux de l'évaluation

Dès leur création, les CLIC se sont inscrits dans une démarche d'évaluation.

L'Inserm et la DGAS ont évalué en 2002 les nouvelles structures pour constituer des éléments d'appréciation sur le développement de la coordination¹⁴⁸. Les apports de cinq CLIC ont été évalués sur une durée de trois ans. L'enquête s'appuyait sur la construction a priori de tableaux de bord, sur la définition d'indicateurs et le recueil d'informations de type qualitatif et quantitatif. L'objectif était d'évaluer la légitimité de la démarche.

Pour que les CLIC puissent s'évaluer de façon autonome afin de rendre compte de leur activité, l'INSERM a rédigé un guide méthodologique d'évaluation interne. Ce document a été élaboré suite à une enquête menée dans 25 sites. L'évaluation porte sur les rapports entre le CLIC et son environnement, sur la structure elle-même et sur la population cible.

Depuis que la tutelle des CLIC a été transférée aux départements, aucune enquête approfondie à l'échelle nationale n'a été publiée sur les CLIC.

Les partenaires financiers des CLIC conditionnent par ailleurs leurs aides à des procédures d'évaluation.

En interne, les CLIC s'appuient sur le logiciel Logi'clic – quand ils en disposent – pour construire des statistiques retraçant l'ensemble des activités de la structure. Au plan qualitatif, les CLIC établissent des enquêtes de satisfaction auprès des usagers. Les questions portent le plus souvent sur la qualité de l'écoute, de l'accueil, de l'information, de l'accompagnement dans les démarches, la rapidité de la mise en place des actions.

4.2. Les limites des CLIC : conclusions et observations

Les CLIC ont été créés pour répondre à un besoin de coordination des différents intervenants auprès des personnes âgées.

La coordination entraîne en effet un partage dynamique des informations utiles entre les acteurs de la prise en charge. Elle offre des conditions favorables à la mise en œuvre d'une action collective de proximité cohérente, au service de la population.

Or, même si de nombreux progrès locaux sont observés, on assiste toujours à une « balkanisation » générale des services d'aide aux personnes âgées (D. Agoud). Face à ce constat, une mission parlementaire a proposé, en février 2007, d'attribuer

¹⁴⁸ *Evaluation de cinq centres locaux d'information et de coordination (CLIC)*, M. Gay, N. Blanchard, A. Colvez, Inserm Unité 500, juin 2002

aux Départements l'ensemble de l'action sociale en faveur des personnes âgées¹⁴⁹. En effet, alors que l'Etat transfère aux départements ses compétences, il continue à développer certaines missions dans le domaine de l'action sociale.

La coordination présuppose une neutralité de la structure gestionnaire du CLIC, celle-ci devant respecter l'autonomie des intervenants.

Le CLIC est un relais qui ne se substitue pas aux institutions pour l'attribution des prestations. Même lorsqu'il est labellisé au niveau 3, le CLIC ne gère pas de services destinés aux personnes âgées. Il a un rôle d'informateur et d'aiguilleur vers les services en évaluant les besoins. Mais, le CLIC est mécaniquement soumis aux orientations des organismes qu'il a en charge de coordonner. L'enjeu, pour un CLIC, est alors de dépasser ces contingences pour construire une coordination autonome.

Néanmoins, l'un des obstacles repose sur le fait que les CLIC travaillent avec des partenaires qui modifient constamment leur position institutionnelle ; les CLIC n'ont donc pas d'autres choix que de s'adapter. L'impact de la mise en application de la T2A¹⁵⁰ dans les hôpitaux ou les conséquences de la mise en œuvre de la nouvelle politique de la CNAV en direction des GIR 5/6 – c'est-à-dire les personnes les moins dépendantes – sont des exemples de cette instabilité avec laquelle les CLIC doivent composer.

Par ailleurs, les budgets des CLIC restent faibles tandis que les moyens humains demeurent restreints. La capacité à maintenir la qualité des interventions auprès de la population est alors interrogée. Cela s'explique par le maintien de la séparation des financeurs, précarisant ainsi l'œuvre de coordination. Les effets de synergies sont donc tempérés par la segmentation persistante des moyens de financement.

C'est dans ce contexte que les CLIC les plus dynamiques se distinguent par leur aptitude à explorer les marges de manœuvre et à s'extirper des seules missions attribuées par la labellisation.

C'est pourquoi il convient de s'interroger sur les CLIC ayant le statut d'association. Au 31 décembre 2005, 53% des CLIC étaient gérés par une association au plan national ; en Bretagne, au 1er juillet 2007, cela représentait 33% des CLIC. Est-il opportun de les considérer comme les gestionnaires les plus adéquats des CLIC ?

La structure associative présente de nombreux atouts pour constituer un CLIC. En disposant de la personnalité morale, un CLIC associatif peut diversifier ses sources de financement. De plus, aux yeux des personnes qui le fréquentent, le CLIC n'apparaît pas comme un démembrement d'une autre institution.

En effet, si le recours aux services du CLIC est vécu comme un rapport « classique » avec une administration « ordinaire » gérant une action sociale, l'idée de coordination au service des personnes âgées peut perdre sa raison d'être. C'est pour cela que dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, le

¹⁴⁹ Rapport MECSS. Op. Cit.

¹⁵⁰ La T2A est la tarification à l'activité ; elle institue un nouveau mode de financement qui vise à fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de leur activité réalisée

CLIC ne doit pas apparaître comme une structure de plus, ou bien être vécu comme une administration. Le CLIC ne doit pas être qu'un maillon d'une chaîne bureaucratique ou une annexe d'un hôpital car il doit avant tout être un lieu d'accueil où les personnes trouvent réponses à leurs préoccupations, un premier diagnostic, une aide face à l'urgence.

La situation est optimale quand le CLIC répond à une gestion ouverte, c'est-à-dire qu'il n'est pas le relais d'une unique institution. Les organismes se comportant en « propriétaire de CLIC » sont par conséquent contreproductifs. Cependant, il est vain de croire qu'il est possible d'échapper à l'influence de la tutelle à laquelle le CLIC est rattaché.

Les conditions de réussite d'un CLIC sont en conséquence déterminées par la flexibilité du projet réunissant des acteurs volontaires pour mener des actions ciblées et résoudre des problèmes complexes.

Un CLIC se distingue quand il s'approprie une certaine liberté pour proposer des actions entretenant la qualité de vie des personnes âgées. Chaque CLIC conduit donc une politique spécifique, souvent empirique, qui dépend de la taille, de l'histoire, des capacités financières, de la motivation des intervenants.

Lorsque le CLIC s'implante sur un territoire où une coordination avait déjà été initiée, le projet ne fonctionne que si les acteurs acceptent de s'investir dans cette nouvelle structure. Parfois le CLIC, considéré comme un instrument de gouvernance, est mal perçu par les intervenants volontaires, notamment associatifs et bénévoles, qui s'étaient auparavant réunis autour d'un projet local de soutien aux personnes âgées.

Les CLIC rencontrent par conséquent parfois des difficultés à construire une notoriété et à établir une visibilité sur un territoire car ils « entrent en concurrence » avec des organismes connus depuis longtemps par la population. L'articulation entre les CCAS (qui selon les textes ont un rôle de coordination) et les CLIC est un problème récurrent ; une personne âgée ou sa famille a tendance à s'adresser spontanément à la mairie plutôt que de se diriger directement vers le CLIC. C'est ainsi qu'une étude établie par le Service du développement social de la MSA d'Ille-et-Vilaine¹⁵¹ a montré que « les CCAS affirment leur volonté d'être des acteurs dans le domaine du vieillissement de la population de leur commune ».

Un autre écueil peut être repéré par la multiplication des services que le CLIC doit relayer. Or, l'extrême diversification peut conduire à une dilution des principes directeurs qui animent les CLIC. Les métiers d'opérateurs (l'évaluation de la situation des personnes âgées) et d'informateurs sont gouvernés par des principes distincts. Ils répondent à des technicités différentes qu'il faut pourtant être en mesure de réunir.

L'évaluation de la situation des personnes âgées dans le cadre de la mise en place d'un plan d'aide et de suivi traduit que l'on attend du CLIC qu'il effectue des missions pour le compte d'autres organismes. Certes, en ne subissant qu'une seule

¹⁵¹ *Etat des lieux des services de maintien à domicile des personnes âgées en Ille-et-Vilaine*. MSA 35. Juillet 2007.

évaluation, la personne voit les désagréments amoindris. Mais ici la coordination, c'est-à-dire le rapprochement des services, s'estompe dans la mesure où le CLIC est considéré comme un relais de proximité de diverses institutions. Par conséquent, le CLIC est perçu comme une structure polymorphe plutôt que comme un lieu qui crée une synergie entre les intervenants. Alors que le CLIC a été conçu comme un moyen de mettre fin à la segmentation du secteur gérontologique, le phénomène de relais institutionnel tend à écarter les CLIC de leurs principes fondateurs.

Le CLIC devrait être l'un des lieux de proximité où le sentiment d'appartenance à un territoire prend forme. Le CLIC doit être un relais de proximité ; il est nécessaire de trouver un juste équilibre entre la liberté laissée aux élus associatifs et aux actions que le CLIC doit relayer sous l'égide des institutions locales.

Si les CLIC ont été initiés pour fédérer au plan local les acteurs du champ gérontologique, le paysage contemporain laisse apparaître un ensemble mosaïque. La différence entre chaque CLIC traduit et reflète à la fois les inégalités territoriales. Celles-ci ne s'appréhendent pas seulement en terme de disparités entre zones urbaines et rurales. Elles s'envisagent aussi en fonction de la nature juridique du gestionnaire du CLIC, du dynamisme et de la personnalité des acteurs ou encore de certains enjeux de pouvoirs locaux qu'il est impossible d'ignorer.

L'évolution des CLIC illustre la gestion d'une métamorphose institutionnelle : le passage d'un dispositif créé et piloté par l'État vers une action locale décentralisée. Les CLIC sont en effet désormais placés sous la tutelle des Conseils généraux.

Cette question s'inscrit dans le cadre de la récente évolution de l'organisation des politiques publiques en France. L'Etat tend à recentrer ses actions sur des grandes fonctions de régulations ; les collectivités locales conçoivent des programmes en y associant parfois les réseaux de l'économie sociale et solidaire pour leur mise en œuvre de proximité¹⁵².

Les CLIC paraissent aujourd'hui à la croisée des chemins. Tout d'abord le lien entre la politique en direction des personnes âgées dépendantes et la politique du handicap ne peut plus être ignoré. Les débats autour de la création d'une "cinquième branche" de protection sociale le montrent. Par ailleurs, une nouvelle étape dans le pilotage a été franchie. Il faut se demander comment l'inventivité associative peut être articulée sur le long terme avec le maintien de financements publics disparates. Autrement dit, comment peut-on faire travailler ensemble, de manière pérenne, des acteurs sur des projets communs mais financés selon des sources différentes et souvent précaires ?

Peut-on vraiment demander aux associations, comme c'est parfois le cas, de n'être que les relais des politiques publiques dans le domaine social ? Pourront-elles encore assurer ces missions si les modes de financement actuels sont maintenus ?

¹⁵² Sur ce point, voir l'étude *L'économie sociale en Bretagne : Pour une région compétitive, sociale et solidaire*, CESR de Bretagne, Décembre 2006.

Annexe 4

Contribution de la MSA du Finistère sur les MARPA en France

La MARPA : Un concept original né d'une expérience locale

C'est une des réponses en matière d'accueil des personnes âgées.

Ce concept est né d'une expérimentation locale, en 1986/87, pour prévenir la dépendance des retraités en milieu rural : pour qu'ils puissent conserver leurs habitudes de vie, garder des liens avec la famille, donc vieillir sans rupture avec leur environnement.

C'est une construction au cœur du village, de plein pied, et d'une capacité d'accueil volontairement restreinte : 24 résidents.

- T1 et T2,
- une pièce de 40 m² avec une kitchenette

Les personnes âgées y viennent avec leurs meubles et il y a un accès direct vers l'extérieur : « Comme chez-soi »

Elles gardent leur médecin, kiné, infirmière, aide ménagère et participent à l'activité de la maison, notamment par la préparation des repas.

On y accueille des personnes valides ou en perte d'autonomie. Le personnel les accompagne autant que possible lorsqu'elles deviennent dépendantes et jusqu'à la fin de vie.

La MARPA n'est pas médicalisée mais fait appel aux services extérieurs (soins, médecins ...) ce qui permet aussi de conserver ces services sur le territoire. L'emploi est de 5 à 6 ETP, dont beaucoup de temps partiel, soit environ 10 personnes.

Il y a aujourd'hui 2 300 résidents accueillis dans 117 MARPA et + de 60 projets plus ou moins avancés.

Le plus des MARPA, c'est de permettre à la personne âgée d'être comme chez elle, en bénéficiant de la sécurité et des services collectifs, en étant entouré et en ayant la

possibilité de garder ses habitudes, dans les commerces du village, les associations, les animations et pour les soins.

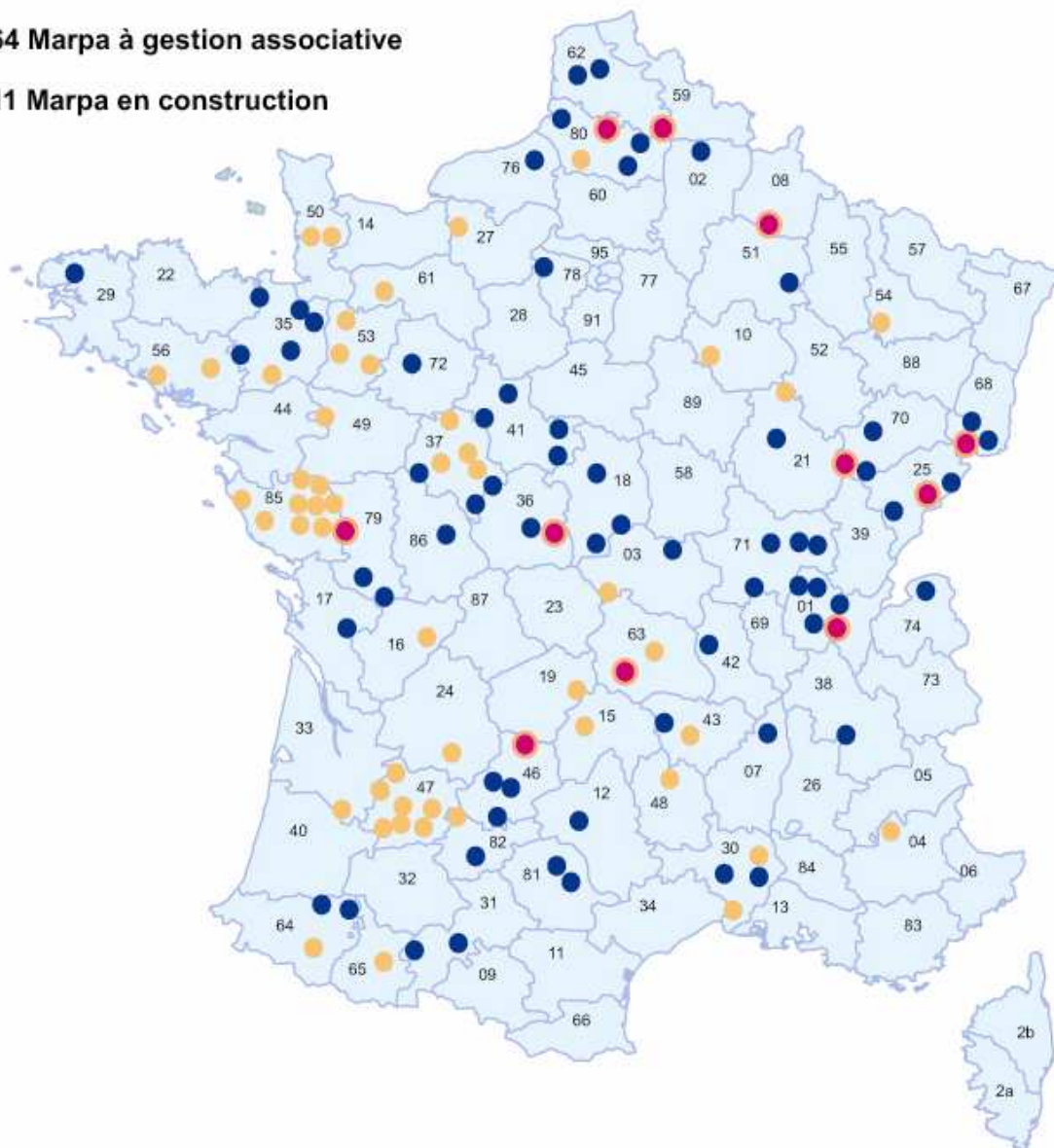
Dans ces petites structures, la personne âgée n'est pas anonyme. Tous se connaissent et s'entraident. L'entourage professionnel permet de retarder la dépendance car tant que cela est possible, on les aide à faire plutôt que de faire à leur place.

La Fédération Nationale des MARPA soutient les projets, aide au montage des dossiers et accompagne le fonctionnement quotidien par son expertise. Ce mode d'hébergement doit être promu car les personnes âgées s'y sentent bien et le disent.

Tableau 15. Quelques chiffres repères (2006)

| | |
|---|------------------------|
| Coût moyen du projet | 2 000 000 euros |
| Tarif Mensuel pour une personne qui utilise tous les services collectifs (repas, linge, ménage ...) | de 1 050 à 1 250 euros |
| L'aide au logement et l'APA sont à déduire | |
| L'âge moyen | 84 ans |
| La durée moyenne du séjour | 44 mois |

- 53 Marpa à gestion publique
- 64 Marpa à gestion associative
- 11 Marpa en construction



Annexe 5

Contribution de Mme Caroline GIRAUX, Ergothérapeute

TÉMOIGNAGES DE PERSONNES ÂGÉES CONCERNANT LES INTERVENTIONS EN ERGOTHÉRAPIE

Mme M., de Chavagne, 80 ans :

Je ne pouvais plus enjamber ma baignoire, je marche difficilement. J'ai donc demandé qu'on installe une douche. Etant donné que le logement a moins de 10 ans, je n'avais pas d'aide possible. Aiguillon Construction a pris la moitié en charge. L'ergothérapeute a permis de limiter les coûts des travaux en évitant de refaire toute la salle de bain. Elle a proposé un coffrage qui permettait de décaler la douche loin du lavabo pour que les personnes qui me donnent ma douche ne se cognent pas et qui facilitait la pose de barres d'appui. La douche a une petite marche de 10 cm que je peux facilement monter et descendre, elle est assez spacieuse pour mettre une chaise de douche, c'est l'ergothérapeute qui m'a donné des conseils pour choisir cette chaise. Pour les toilettes, au lieu de fixer des barres d'appui au mur ce qui aurait été très coûteux car les murs n'étaient pas assez solides et il fallait les renforcer, elle m'a proposé un cadre de toilettes qui ne demande aucune installation particulière. Je peux donc facilement me relever des toilettes. En plus je peux l'emporter quand je vais chez mes enfants ! Elle a également recommandé d'installer une barre d'appui sur le mur extérieur, juste à côté de la porte fenêtre, comme ça, je peux facilement enjamber le seuil sans risque de tomber et sortir dans notre petit jardin.

M. G. de L'Hermitage, 80 ans :

A mon âge, enjamber une baignoire est toujours un risque même si je suis en forme ! J'ai demandé une douche et je suis bien content du résultat. L'ergothérapeute a proposé un bac à douche encastré car c'était possible techniquement. Il n'y a même pas de marche ! J'ai également un strapontin et des barres d'appui. Lors des travaux, les artisans s'étaient trompés et avait monté un mur, c'est l'ergothérapeute qui a exigé qu'il soit cassé, pour laisser passer la lumière de la fenêtre mais surtout pour laisser facilement l'accès à la douche. Maintenant, je me sens en sécurité quand je prends ma douche. De plus, l'ergothérapeute m'a dit que dans mon logement, il était possible de se déplacer en fauteuil roulant. Si nécessaire, il faudrait juste casser

le mur entre les toilettes et la salle de bain pour agrandir la pièce. En fait, c'est pour cela aussi qu'elle a recommandé de faire une douche sans seuil. Maintenant, je sais que s'il m'arrive quelque chose, un accident de santé, je peux rester dans mon logement, c'est rassurant. Surtout que mes enfants habitent juste à côté et viennent souvent me voir, je sais que je ne suis pas seul.

Fille de Mme B. de Villejean, 70ans :

Maman a fait un AVC, il y a plus de 2 ans, elle est paralysée du côté gauche et un peu désorientée. Lorsqu'elle est revenue à la maison, on a demandé l'installation d'une douche. En fait ce n'est pas si simple, à l'époque, il n'y a pas eu de questions posées à maman, et personne ne lui a demandé si elle était capable de monter une marche. La douche installée, la marche était très haute et maman n'a jamais pu utiliser la douche, les aides à domicile ne voulaient pas non plus prendre le risque de la faire tomber ou de se faire mal au dos. Nous avons fait part du problème à Aiguillon Construction et une ergothérapeute est venue. Elle a évalué les capacités de maman. Elle a également contacté la nouvelle ergothérapeute du CCAS qui donne les services à maman pour faire des essais de matériel. Au final, le bac à douche est un peu plus grand ce qui permet à maman de mettre ses pieds car elle ne peut pas plier la jambe gauche, le strapontin est très bas et placé sur le bord de la douche et non pas au milieu, ainsi maman peut s'asseoir dessus et passer ses jambes dans la douche en se maintenant aux barres d'appui. Malgré la marche qui est moins haute, elle peut maintenant prendre sa douche. En plus, l'ergothérapeute du CCAS a donné des conseils aux aides à domicile pour mieux faire les gestes quand elles donnent la douche à maman. Tout le monde maintenant est content : maman parce qu'elle prend enfin une douche, les aides à domicile parce qu'elles savent maintenant qu'il n'y a plus de risques et que leur travail est ainsi facilité.

Témoignages recueillis par Caroline Giroux dans le cadre de l'audition du CES sur la qualité de vie des personnes âgées à domicile en Bretagne

Juin 2007

Tables

Glossaire

- ADIL** Agence départementale pour l'Information sur le Logement
- ADMR** Aide à domicile en milieu rural
- AGEFIPH** Association chargée de gérer le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
- AGGIR** Autonomie gérontologique – Groupe iso-ressources
- ANAH** Agence nationale de l'habitat
- ANDASS** Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des Conseils généraux
- APA** Allocation personnalisée d'autonomie
- ARDH** Aide au retour à domicile après hospitalisation
- ARH** Agence régionale de l'hospitalisation
- ASSAD** Association de service de soutien à domicile
- BS** Bibliothèque sonore
- BTP** Bâtiment et travaux publics
- CAF** Caisse d'allocations familiales
- CAFAD** Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
- CAPEB** Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment
- CAUE** Conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement
- CCAS** Centre communal d'action sociale
- CDC** Caisse des dépôts et consignations
- CESR** Conseil économique et social régional
- CFP** Centre de formation permanente
- CG** Conseil général
- CHRS** Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- CIAS** Centre intercommunal d'action sociale
- CLARPA** Comité de liaison des associations de retraités et personnes âgées
- CLIC** Centre local d'information et de coordination
- CNAV** Caisse nationale d'assurance vieillesse
- CNAVTS** Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
- CNSA** Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CNRS** Centre national de la recherche scientifique
- CODEM** Comité d'observation de la dépendance et de la médiation
- CODERPA** Comité départemental des retraités et des personnes âgées

| | |
|-----------------|---|
| CODERPAG | Comité départemental des retraités et personnes âgées et de l'action gérontologique |
| COSI | Cohabitation solidaire intergénérationnelle |
| CRAM | Caisse régionale des assurances maladie |
| CREAI | Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées |
| CRES | Chambre régionale de l'économie sociale |
| CROSMS | Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale |
| CROS | Comité régional de l'organisation sanitaire |
| CROUS | Centre régional des œuvres universitaires et scolaires |
| CSF | Confédération syndicale des familles |
| DDASS | Direction départementale des affaires sanitaires et sociales |
| DDE | Direction départementale de l'équipement |
| DEAVS | Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale |
| DGAS | Direction générale de l'action sociale |
| DHOS | Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins |
| DRASS | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| DRTEFP | Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle |
| EHPAD | Etablissement pour personnes âgées dépendantes |
| EPCI | Établissement public de coopération intercommunale |
| EPFR | Etablissement public foncier régional |
| FDSMAD | Fédération départementale du service de maintien à domicile |
| FFB | Fédération française du bâtiment |
| FJT | Foyer des jeunes travailleurs |
| GRSP | Groupement régional de santé publique |
| HD | Hospitalisation à domicile |
| HID | Handicap – incapacité - dépendance |
| HLM | Habitation à loyer modéré |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| INSEE | Institut national de la statistique et des études économiques |
| INSERM | Institut national de la santé et de la recherche médicale |
| MARPA | Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées |
| MDPH | Maison départementale des personnes handicapées |
| MECSS | Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale |
| MSA | Mutuelle sociale agricole |
| NTIC | Nouvelles technologies de l'information et de la communication |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| OPAH | Opération programmée d'amélioration de l'habitat |
| OPCA | Organisme paritaire collecteur agréé |

-
- ORPAM** Office des retraités et personnes âgées de Morlaix
- PLU** Plan local d'urbanisme
- PRSP** Plan régional de santé publique
- PSD** Prestation spécifique de dépendance
- RSI** Régime social des indépendants
- SASM** Service d'accompagnement social à la mobilité
- SCOT** Schéma de cohérence territoriale
- SPASAD** Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- SREF** Stratégie régionale emploi formation
- SROS** Schéma régional de l'organisation sanitaire
- SSIAD** Services de soins infirmiers à domicile
- SPAPA** Service de prévention par les activités physiques adaptées
- TER** Train express régional
- UNA** Union nationale de l'aide, des soins et des services au domicile
- UDAF** Union départementale des associations familiales
- UNAF** Union nationale des associations familiales
- UNESCO** Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
- URCAM** Union régionale des caisses d'assurance maladie
- UTL** Université du temps libre
- VSL** Véhicule sanitaire léger
- ZUS** Zone urbaine sensible

Liste des graphiques

Graphiques

| | |
|--|-----|
| Graphique 1. Pyramide des âges de la Bretagne en 2005 et projections en 2030 | 39 |
| Graphique 2. Population de la France – Evaluation provisoire au 1 ^{er} janvier 2007 | 39 |
| Graphique 3. Répartition départementale de l'effectif de la population des 60 ans et plus en Bretagne au 1 ^{er} janvier 2004 | 40 |
| Graphique 4. Répartition des 47 000 personnes âgées « dépendantes » en Bretagne par niveau de GIR en 2007 | 41 |
| Graphique 5. Taux de prévalence de la dépendance par âge en 1999 | 42 |
| Graphique 6. Évolution de la population en Bretagne d'ici 2050 | 43 |
| Graphique 7. La Bretagne resterait plus âgée que la France à l'horizon 2030 | 44 |
| Graphique 8. Les 60 ans et plus dans la population bretonne d'ici 2050 | 45 |
| Graphique 9. Part des 60 ans et plus dans la population bretonne d'ici 2050 | 45 |
| Graphique 10. Part des 80 ans et plus dans la population bretonne d'ici 2050 | 46 |
| Graphique 11. Part des personnes ayant changé de logement entre 1990 et 1999 selon l'âge en 1999 | 49 |
| Graphique 12. Répartition des 60 ans et plus selon le type de logement en 1999 en Bretagne | 50 |
| Graphique 13. Proportion d'habitants de 60 ans et plus séjournant en « institution » par sexe en Bretagne en 1999 | 51 |
| Graphique 14. Revenu fiscal mensuel des personnes vivant seules | 56 |
| Graphique 15. Revenu fiscal mensuel des personnes vivant à deux | 56 |
| Graphique 16. Montants mensuels moyens des retraites pour l'ensembles des droits (droits directs + droits dérivés) en Bretagne au 31 mars 2007 | 58 |
| Graphique 17. Montants mensuels moyens des retraites en droits directs en Bretagne au 31 mars 2007 | 59 |
| Graphique 18. Montants mensuels moyens des retraites en droits dérivés en Bretagne au 31 mars 2007 | 59 |
| Graphique 19. Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31 décembre 2006 | 61 |
| Graphique 20. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le lieu de vie au 30 septembre 2006 | 63 |
| Graphique 21. Part des personnes en institution par GIR et situation familiale | 64 |
| Graphique 22. Taux de mortalité par suicide par âge et par sexe sur la période 1998-2000 en Bretagne et en France métropolitaine | 219 |
| Graphique 23. Répartition des CLIC par département en Bretagne en juin 1997 | 320 |
| Graphique 24. Répartition des CLIC par niveau de label en Bretagne en juin 2007 | 321 |
| Graphique 25. Répartition des gestionnaires des CLIC par statut en Bretagne en juin 2007 | 321 |
| Graphique 26. Répartition des CLIC par département et par niveau de label en Bretagne en juin 2007 | 322 |

Liste des cartes et tableaux

Cartes

| | |
|--|-----|
| Carte 1. Part des plus de 65 ans dans la population en 2003 | 36 |
| Carte 2. Indicateur de vieillissement de la population en 2003 | 37 |
| Carte 3. Indice de vieillissement au 1er janvier 2004 | 38 |
| Carte 4. Proportion de personnes de 60 ans et plus par canton en Bretagne en 1999 | 48 |
| Carte 5. Nombre de personnes de 60 ans et plus par canton en Bretagne en 1999 | 48 |
| Carte 6. Variation de la population de 60 ans et plus, scénario central | 54 |
| Carte 7. Variation de la population de 80 ans et plus, scénario central | 54 |
| Carte 8. Répartition des SSIAD selon la commune d'implantation du siège du service | 156 |
| Carte 9. Les CLIC dans les Côtes d'Armor en juin 2007 | 327 |
| Carte 10. Les CLIC dans le Finistère en juin 2007 | 327 |
| Carte 11. Les CLIC en Ille-et-Vilaine en juin 2007 | 328 |
| Carte 12. Les CLIC dans le Morbihan en juin 2007 | 328 |
| Carte 13. Les CLIC en Bretagne en juin 2007 | 329 |

Tableaux

| | |
|--|-----|
| Tableau 1. Espérance de vie à la naissance en Bretagne et en France métropolitaine en 2002 | 41 |
| Tableau 2. Population âgée et type de commune | 47 |
| Tableau 3. Part des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile en Bretagne et en France métropolitaine en 1999 | 50 |
| Tableau 4. Tableau comparatif des équipements en établissements pour personnes âgées de la région Bretagne au 1er janvier 2004 | 53 |
| Tableau 5. Revenu fiscal mensuel médian des ménages dont la personne de référence a 60 ans ou plus en Bretagne en 2004 | 55 |
| Tableau 6. Nombre de bénéficiaires de l'APA | 62 |
| Tableau 7. Répartition départementale des bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement en Bretagne au 30 septembre 2006 | 62 |
| Tableau 8. Répartition des bénéficiaires de l'APA par catégorie de GIR et par domiciliation au 31 décembre 2006 | 63 |
| Tableau 9. Les aidants familiaux : âge et genre | 64 |
| Tableau 10. Lien familial et nature de l'aide apportée | 65 |
| Tableau 11. Appartenance sociale; aide familiale et services professionnels | 65 |
| Tableau 12. Tableau récapitulatif des initiatives sélectionnées | 70 |
| Tableau 13. Dispositif de coordination gérontologique | 326 |
| Tableau 14. La complémentarité entre les CLIC et les réseaux de santé | 337 |
| Tableau 15. Quelques chiffres repères (2006) | 350 |

Table des matières

| | |
|--|----|
| Avant-propos | |
| Composition de la Commission | |
| Sommaire | |
| Synthèse | |
| Introduction générale | 1 |
| PARTIE 1 | |
| Éléments sur le contexte du vieillissement en Bretagne | 13 |
| Chapitre 1 - Pour une nouvelle éthique du regard sur le vieillissement | 17 |
| 1. "Vieillir : une chance ou un naufrage ? De la relégation à l'entourage" | 23 |
| 2. "Faire face à l'angoisse de mort et changer de regard pour mieux vivre le vieillissement" | 25 |
| Chapitre 2 - Éléments sur la démographie, les territoires et les trajectoires du vieillir en Bretagne | 29 |
| 1. Le contexte démographique des personnes âgées en Bretagne | 35 |
| 1.1. Combien sont-elles aujourd'hui ? | 10 |
| 1.1.1. <i>La Bretagne, région de l'Union européenne</i> | 35 |
| 1.1.2. <i>La Bretagne, région française</i> | 38 |
| 1.1.3. <i>La population âgée en Bretagne</i> | 39 |
| 1.2. Combien seront-elles demain ? | 43 |
| 1.2.1. <i>Une démographie bretonne dynamique, un vieillissement accentué</i> | 43 |
| 2. Les territoires et les trajectoires du vieillir en Bretagne : de fortes disparités géographiques | 47 |
| 2.1. Où résident-elles aujourd'hui ? | 47 |
| 2.1.1. <i>Où habite-t-on après 60 ans en Bretagne ?</i> | 47 |
| 2.1.2. <i>Mobilité résidentielle : les territoires ont des niveaux d'attractivité très différents</i> | 49 |

| | |
|---|----|
| 2.1.3. <i>La vie à domicile et l'habitat individuel prédominant nettement</i> | 49 |
| 2.1.4. <i>Les personnes âgées vivant en établissement</i> | 51 |
| 2.2. Où résideront-elles demain ? | 53 |
| 3. Quels sont leurs revenus ? | 55 |
| 3.1. Les revenus fiscaux ne donnent qu'une vision partielle des revenus disponibles ou potentiels | 55 |
| 3.2. Les montants mensuels moyens des retraites versées aux résidents bretons : des différences flagrantes selon les sexes | 57 |
| 3.3. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en Bretagne : un taux de bénéficiaires plus élevé qu'en France métropolitaine et des disparités géographiques | 60 |
| 3.3.1. <i>Qu'est-ce que l'APA ?</i> | 60 |
| 3.3.2. <i>L'APA en Bretagne</i> | 60 |
| 4. Quelques éléments sur le travail de soutien familial envers les personnes âgées en situation de handicap à domicile | 63 |
| | |
| PARTIE 2 | |
| Des enjeux et des initiatives pour "bien vieillir" en Bretagne | 67 |
| | |
| Tableau récapitulatif des initiatives sélectionnées | 70 |
| | |
| Chapitre 1 - Habitat | 73 |
| Section 1. Pour un habitat inclusif et évolutif tout au long de la vie | 77 |
| 1. Un habitat inclusif : des lieux de vie qui favorisent l'inclusion territoriale, sociale et citoyenne des personnes âgées vieillissantes | 79 |
| 1.1. Préférer la notion d'habitat à celle de logement | 79 |
| 1.2. Qu'est-ce qu'un habitat "adapté" ou "adaptable" ? | 79 |
| 1.3. Les personnes âgées vivent très majoritairement à domicile | 80 |
| 1.4. Un risque élevé d'aggravation de la fracture générationnelle entre territoires | 81 |
| 1.5. Les inégalités socioéconomiques entre personnes vieillissantes ont des conséquences sur les possibilités d'accès à un habitat adapté et sécurisé | 82 |
| 2. Un habitat évolutif : penser l'habitat tout au long de la vie | 83 |
| 2.1. La nécessité d'une approche globale, dynamique et prospective de l'habitat | 83 |
| 2.2. Innover dans l'habitat transitionnel pour sécuriser les parcours résidentiels | 84 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3. L'adaptation de l'habitat aux conséquences du vieillissement : un enjeu de développement économique pour la Bretagne | 84 |
| 2.4. La qualité de vie dans l'habitat passe aussi par l'adaptation des personnes vieillissantes elles-mêmes | 85 |
| 2.5. L'adaptation de l'habitat est une problématique commune à l'ensemble des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap, âgées ou non | 85 |
| Section 2. Exemples d'actions | 89 |
| 1. Pavillons locatifs sociaux adaptés en centre bourg à Ploudaniel (Finistère) : un urbanisme pour vivre ensemble à tout âge | 91 |
| 1.1. Description synthétique | 91 |
| 1.2. Quelques enseignements et réflexions | 91 |
| 2. Une action de formation de la CAPEB 35 pour sensibiliser les artisans du bâtiment aux spécificités du marché de l'accessibilité, de l'adaptation et de l'adaptabilité des logements aux personnes à mobilité réduite | 93 |
| 2.1. Description synthétique | 93 |
| 2.2. Quelques enseignements et réflexions | 93 |
| 3. L'ergothérapie : Une approche globale de la santé et de l'autonomie de la personne | 95 |
| 3.1. Description synthétique | 95 |
| 3.2. Quelques enseignements et réflexions | 95 |
| 4. Pact Arim 22 : Élaboration d'un programme local pour le maintien à domicile des personnes âgées sur le territoire de la Communauté de Communes de Callac-Argoat dans les Côtes d'Armor | 97 |
| 4.1. Description synthétique | 97 |
| 4.2. Quelques enseignements et réflexions | 98 |
| 5. Pact Arim 35 : Information sur l'adaptation et la prévention des risques de chute liés au vieillissement | 100 |
| 5.1. Description synthétique | 100 |
| 5.2. Quelques enseignements et réflexions | 100 |
| 6. Pact Arim 29 : Préparation du retour à domicile après hospitalisation et actions de sensibilisation à la qualité de la vie dans l'habitat | 102 |
| 6.1. Description synthétique | 102 |
| 6.2. Quelques enseignements et réflexions | 102 |

| | |
|---|-----|
| 7. Pact Arim 56 : Domiciles collectifs partagés pour personnes désorientées | 104 |
| 7.1. Description synthétique | 104 |
| 7.2. Quelques enseignements et réflexions | 104 |
| 8. Projet de "Maison des Babayagas" à Brest – Association "Rien sans elles" | 106 |
| 8.1. Description synthétique | 106 |
| 8.2. Quelques enseignements et réflexions | 107 |
| 9. RenneSolidaire – Logement intergénérationnel entre étudiants et retraités | 109 |
| 9.1. Description synthétique | 109 |
| 9.2. Quelques enseignements et réflexions | 110 |
| 10. Mutuelles de Bretagne – Réalisation d'une résidence sociale intergénérationnelle à Morlaix | 111 |
| 10.1. Description synthétique | 111 |
| 10.2. Quelques enseignements et réflexions | 111 |
| Section 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées | 113 |
| 1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs –publics et privés- concernés en Bretagne | 115 |
| 2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional | 117 |
| Chapitre 2 - Mobilité | 121 |
| Section 1. De la mobilité réelle à la mobilité virtuelle... et inversement | 125 |
| 1. Le premier véhicule, c'est la capacité psychomotrice de la personne elle-même | 127 |
| 2. Une offre de transport de proximité, adaptée et accessible | 128 |
| 3. D'autres freins à la mobilité sont à prendre en considération | 128 |
| 4. Si des technologies numériques offrent de nouvelles possibilités de mobilité virtuelle, elles ne sauraient toutefois remplacer la présence réelle d'autrui | 130 |
| Section 2. Exemples d'actions | 133 |
| 1. Transport à la demande "Distribus" de Lamballe Communauté | 135 |
| 1.1. Description synthétique | 135 |
| 1.2. Quelques enseignements et réflexions | 135 |

| | |
|---|-----|
| 2. Convention entre Fougères Communauté et des entreprises de taxi pour la mise en place d'un transport à la demande en milieu rural | 137 |
| 2.1. Description synthétique | 137 |
| 2.2. Quelques enseignements et réflexions | 137 |
| 3. Service d'Accompagnement Social à la Mobilité mis en place par la FEDE UNA 22 | 138 |
| 3.1. Description synthétique | 138 |
| 3.2. Quelques enseignements et réflexions | 138 |
| 4. Les "Ateliers de la route" mis en place par le CLARPA 56 | 140 |
| 4.1. Description synthétique | 140 |
| 4.2. Quelques enseignements et réflexions | 141 |
| Section 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées | 143 |
| 1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs –publics et privés- concernés en Bretagne | 145 |
| 2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional | 146 |
| Chapitre 3 - Services | 147 |
| Section 1. Des "services de maintien à domicile"... aux "services de qualité de vie" | 151 |
| 1. Des "services qui concourent au maintien à domicile"... | 154 |
| 1.1. Des services intervenant au domicile | 154 |
| 1.1.1. Services d'aide à domicile | 154 |
| 1.1.2. Services médicaux et apparentés | 155 |
| 1.1.3. Les services d'accompagnement à domicile | 156 |
| 1.1.4. Les services de sécurisation juridique et financière | 156 |
| 1.1.5. Les services solidaires rendus par les proches et l'entourage | 159 |
| 1.2. Les services extérieurs au domicile concourant au maintien à domicile | 159 |
| 2. ... aux "services de qualité de vie" | 160 |
| 2.1. Des services à la population qui contribuent à la qualité de la vie dans les territoires... | 160 |
| 2.1.1. La Région Bretagne ne se désintéresse pas, loin de là, du développement quantitatif et qualitatif des services aux personnes âgées | 161 |
| 2.1.2. Des services dont la coordination et l'accessibilité progressent trop lentement | 162 |

| | |
|--|-----|
| 2.2. ...et qui font système | 163 |
| 2.2.1. <i>Des services aux effets souvent interdépendants...</i> | 164 |
| 2.2.2. <i>...qui doivent être considérés à partir d'une approche globale, coordonnées et interactive des besoins de la personne âgée</i> | 164 |
| Section 2. Exemples d'actions | 167 |
| 1. Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Pays de Ploërmel | 169 |
| 1.1. Description synthétique | 169 |
| 1.2. Quelques enseignements et réflexions | 169 |
| 2. Expérimentation NTIC et maintien à domicile - France Télécom, CG22, CG35, Custos, Présence Verte | 171 |
| 2.1. Description synthétique | 171 |
| 2.2. Quelques enseignements et réflexions | 172 |
| 3. Accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au "Village des services" de l'ADMR des Dolmens JRS à Janzé | 173 |
| 3.1. Description synthétique | 173 |
| 3.2. Quelques enseignements et réflexions | 173 |
| Section 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées | 175 |
| 1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs –publics et privés- concernés en Bretagne | 177 |
| 2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional | 178 |
| Chapitre 4 - Santé | 181 |
| Section 1. A la recherche du bien-être "bio-psycho-social" de la personne âgée | 185 |
| 1. Une spécificité française critiquable : la séparation handicap/dépendance | 187 |
| 2. Ajouter de la vie et du vivre ensemble aux années | 188 |
| 3. La santé n'est pas que "le silence des organes", elle est un état complet de bien-être "bio-psycho-social" | 188 |
| 3.1. La santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé | 188 |
| 3.2. Le plan national "Bien vieillir" 2007-2009 | 190 |
| 4. La santé influence la qualité de la vie –et inversement- | 191 |

| | |
|--|-----|
| 5. Le volet "Personnes âgées" du SROS de Bretagne ou la volonté d'une meilleure coordination des acteurs intervenants auprès des personnes âgées dans les territoires de proximité | 191 |
| Section 2. Exemples d'actions | 197 |
| 1. Service de Prévention par les Activités Physiques Adaptées – Mutualité Française des Côtes d'Armor | 199 |
| 1.1. Description synthétique | 199 |
| 1.2. Quelques enseignements et réflexions | 199 |
| 2. Prévention des chutes par le biais d'une pièce de théâtre "Juliette au pays des embûches" – Mutualité Française Bretagne | 201 |
| 2.1. Description synthétique | 201 |
| 2.2. Quelques enseignements et réflexions | 201 |
| 3. Service de garde itinérante de nuit – Mutuelle de Bretagne | 202 |
| 3.1. Description synthétique | 202 |
| 3.2. Quelques enseignements et réflexions | 203 |
| Section 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées | 205 |
| 1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs –publics et privés- concernés en Bretagne | 207 |
| 2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional | 207 |
| Chapitre 5 - Vivre ensemble | 209 |
| Section 1. Mieux vivre ensemble pour bien vieillir | 213 |
| 1. Selon l'INSEE, le fait de "vivre seul" et la probabilité d'"être isolé" s'accroissent fortement avec l'âge | 215 |
| 2. L'isolement relationnel et la solitude de la personne âgée amplifient souvent leurs fragilités | 217 |
| 3. Pour "bien vieillir", il faut semble-t-il d'abord apprendre à "bien vivre" avec soi même comme avec les autres, le plus tôt possible | 220 |
| Section 2. Exemples d'actions | 223 |
| 1. Le réseau "Voisin'âge" des quartiers de Saint-Marc et de l'Europe à Brest | 225 |
| 1.1. Description synthétique | 225 |
| 1.2. Quelques enseignements et réflexions | 225 |

| | |
|---|-----|
| 2. Le "Club du grand large" de Quiberon | 227 |
| 2.1. Description synthétique | 227 |
| 2.2. Quelques enseignements et réflexions | 227 |
| 3. Les rencontres culturelles et les voyages organisés par le "Collectif Retraités" de la Confédération Syndicale des Familles d'Ille et Vilaine | 229 |
| 3.1. Description synthétique | 229 |
| 3.2. Quelques enseignements et réflexions | 229 |
| 4. Accueil de jour itinérant mis en place par l'ASSAD du Pays de Redon et Vilaine | 231 |
| 4.1. Description synthétique | 231 |
| 4.2. Quelques enseignements et réflexions | 231 |
| 5. Bistrot Mémoire de Rennes : un groupe de parole au cœur de la cité pour les personnes âgées désorientées et leurs aidants-ASPANORD, Maison de retraite Saint-Cyr de Rennes et autres partenaires | 233 |
| 5.1. Description synthétique | 233 |
| 5.2. Quelques enseignements et réflexions | 233 |
| Section 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées | 235 |
| 1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs –publics et privés- concernés en Bretagne | 237 |
| 2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional | 238 |
| Chapitre 6 - Culture | 241 |
| Section 1. Transmettre, apprendre et créer tout au long de la vie | 245 |
| 1. Transmettre : "Un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle" | 247 |
| 2. Se cultiver : créer et se re-crée à tout âge | 248 |
| Section 2. Exemples d'actions | 251 |
| 1. "Quêteurs de mémoire" en Finistère – Conseil général du Finistère | 253 |
| 1.1. Description synthétique | 253 |
| 1.2. Quelques enseignements et réflexions | 253 |

| | |
|---|-----|
| 2. L'Outil en main de Vitré ou la transmission intergénérationnelle de savoir-faire artisanaux liés aux métiers du patrimoine | 255 |
| 2.1. Description synthétique | 255 |
| 2.2. Quelques enseignements et réflexions | 255 |
| 3. Bibliothèque sonore de Vitré – Association des Donneurs de Voix | 257 |
| 3.1. Description synthétique | 257 |
| 3.2. Quelques enseignements et réflexions | 257 |
| 4. Cours d'initiation à l'informatique organisés par l'Université du Temps Libre de Loudéac | 259 |
| 4.1. Description synthétique | 259 |
| 4.2. Quelques enseignements et réflexions | 259 |
| Section 3. Quelques préconisations issues de l'analyse des initiatives sélectionnées | 261 |
| 1. Conseil régional en lien avec les autres acteurs –publics et privés- concernés en Bretagne | 263 |
| 2. Autres acteurs publics et privés concernés en Bretagne, en lien –le cas échéant- avec le Conseil régional | 264 |
| Conclusion | 267 |
| Contributions, auditions et rencontres | 273 |
| Annexes | |
| Annexe 1 – Questionnaire de collecte des initiatives locales | 285 |
| Annexe 2 – Contribution de Mme Marie-Odile BRUNEAU | 295 |
| Annexe 3 – Synthèse de l'enquête sur les CLIC en Bretagne | 309 |
| Annexe 4 – Contribution MSA sur les MARPA en France | 349 |
| Annexe 5 – Contribution de Mme Caroline GIRAUX, ergothérapeute | 353 |
| Tables | 355 |
| Glossaire | 357 |
| Liste des graphiques | 361 |
| Liste des cartes et tableaux | 363 |
| Table des matières | 365 |

**Les rapports du CESR peuvent faire l'objet d'une présentation orale publique
par les rapporteurs.**

Les demandes doivent être adressées au Président du Conseil économique et social de Bretagne.

Pour mieux connaître le fonctionnement et les activités du CESR, venez visiter le site Internet de la
Région Bretagne : <http://www.region-bretagne.fr>