

Horizon pluriel

Education et promotion de la santé en Bretagne

C'est quoi un « vieux » ?



© oily

... entre l'imaginaire collectif, les chiffres
et la vraie vie

n° 33



« Etre vieux, c'est être jeune depuis plus longtemps que les autres. C'est tout. »

Philippe Geluck, Le Chat

« Ce ne sont pas les vieux qui vont mal, c'est le regard que nous portons sur la vieillesse. À nous de changer. L'âgisme et son cortège de stéréotypes et de préjugés procurent tant de maux que la prévention devrait commencer par là... »

Jean-Jacques Amyot

Horizon Pluriel est une publication de l'IREPS Bretagne

4 A rue du Bignon, 35000 Rennes, contact@irepsbretagne.fr

Cette publication est disponible en ligne : <http://www.irepsbretagne.fr>

Horizon Pluriel est édité avec le soutien de l'ARS Bretagne.

Diffusion gratuite, ne peut être vendu.

Directeur de la publication : Marick Fèvre

Rédacteur en chef : Magdalena Sourimant

Comité de rédaction : Isabelle Arhant, Christine Ferron, Marick Fèvre, Gérard Guingouain, Jeanine Pommier, Thierry Prestel

Documentation : Flora Carles-Onno

Conception graphique / maquette : Magdalena Sourimant

Crédits illustrations : voir pages correspondantes

Impression : Imprimerie du Rimon (35)

Horizon pluriel
ISSN 1638-7090

Éditorial

- 3 Vieux, qu'est-ce qu'être vieux en 2017 ?

Témoignages

- 4 Accueillir une population avançant en âge : le conseil départemental d'Ille-et-Vilaine relève le défi
- 6 L'habitat des personnes âgées : comment rester acteur de ses choix et de sa vie
- 8 Kozh Ensemble : un laboratoire d'idées pour promouvoir le « bien vieillir »
- 9 L'engagement bénévole : pour les autres, pour soi, pour améliorer la société...
- 10 Pour mieux soigner les personnes âgées, il faut fluidifier les parcours
- 12 Centre de prévention Bien vieillir : artisan de parcours personnalisés
- 13 « Planète séniors » : pays où il fait bon vieillir !

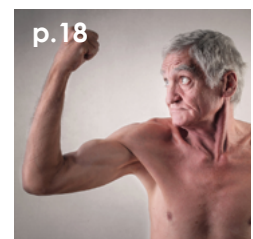
Analyse

- 14 Etre vieux aujourd'hui dans l'espace social : collectivement trop visible, individuellement invisible...
- 16 La vieillesse, ce n'est pas ce qu'on en dit !

Controverse

- 18 La tyrannie du bien vieillir

Marque-page



Éditorial

VIEUX, QU'EST-CE QU'ÊTRE VIEUX EN 2017 ?

L'essor du droit du travail et de la protection sociale conjugué à la mécanisation de la vie domestique, aux nombreuses innovations scientifiques et techniques, ont conduit à un accroissement sans précédent de l'espérance de vie sans incapacité. L'impensable : être en bonne forme à 80 ans, est devenu réalité. Et les prévisions du nombre d'octogénaires - 7 millions en 2040 - affolent les responsables des politiques de santé qui s'obstinent à en déduire un nombre de personnes dépendantes mettant en danger nos finances publiques.

L'image du vieux (le mot est devenu non politiquement correct) oscille entre la « personne âgée » (sénile et invalide) et le « senior » (fringant), faisant fi de l'hétérogénéité des situations individuelles à l'instar de toutes les populations catégorisées - jeunes, femmes, obèses par exemple, ne sont pas mieux lotis.

Or le vécu de la vieillesse a fondamentalement changé sous l'impulsion de l'évolution des conditions de vie. Une politique du « bien vieillir » ne saurait se limiter à une hygiène du vieillissement visant la prolongation d'une jeunesse idéalisée ou la prévention de pertes et incapacités dramatisées. L'attention portée aux discours et comportements quotidiens de nos aînés révèle la négociation permanente entre leur propre intérêt, leurs propres désirs et les injonctions de la santé publique. Réduire le vieillissement à la prévalence ou l'incidence de telle ou telle maladie nie cette métamorphose sociale incarnée par la vieillesse et fait oublier que la qualité du vieillissement est influencée par quantité de déterminants.

Effectivement le corps vieillit, la tête aussi. Cette transformation équivaut à celle de l'adolescence (en plus progressif !) et le complexe du homard cher à Dolto pourrait s'appliquer à ces jeunes-vieux. Comme les adolescents, ils affichent des stigmates : rides contre acné, cheveux blancs contre cheveux gras, dentier contre appareil dentaire. Les injonctions sociétales sont aussi paradoxales pour les uns que les autres : aux jeunes de s'amuser tout en préservant leur capital santé, aux vieux d'être tout à la fois engagés et en retrait.

Au même titre que nous ne considérons pas l'adolescence comme la vieillesse de l'enfance - les adolescents ne sont pas des enfants âgés -, les personnes âgées ne sont pas des adultes vieux, ce sont des adultes. D'ailleurs pour décrire cette période singulière, d'aucuns usent du terme « seniorescent ».

Quand le corps et/ou la tête défaille, qu'on ait été ou non un parent, qui accepterait d'être infantilisé, bêtifié par une personne qui a vécu deux ou trois fois moins d'années que vous ? Lorsque votre enveloppe corporelle vous lâche, lorsque votre cerveau vous abandonne, vous restez une personne. Cette personne a eu une vie professionnelle, amicale, sociale, a connu des malheurs, des bonheurs, a fait des erreurs, et des expériences heureuses.

Face au vieillissement, les thèmes de dépendance, de fragilité, de vulnérabilité sont évoqués. Ce numéro s'attache principalement à porter un autre regard sur la vieillesse, un regard de « bienvieillesse »¹ étayé sur la déconstruction de représentations sociales négatives. Il s'agit d'un dossier généraliste, qui ne prétend pas aborder tout ce qui fait le sel de la vieillesse, mais poser un cadre éthique et pratique différent pour les actions de santé publique concernant cette population.

Pour conclure, convoquons Marc Augé² : « La vieillesse, c'est comme l'exotisme : les autres vus de loin par des ignorants. La vieillesse ça n'existe pas (...). Tout le monde meurt jeune. » ■

MARICK FÈVRE
PRÉSIDENTE DE L'IREPS BRETAGNE
CO-AUTEUR DE *AMOURS DE VIEILLESSE*

¹ Terme créé par Nicolas Riguidel

² Augé M. Une ethnologie de soi. Le temps sans âge, Le Seuil, 2014

Accueillir une population avançant en âge : le conseil départemental d'Ille-et-Vilaine relève le défi

Entretien avec Anne-Françoise Courteille,

Vice-présidente du conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, en charge des solidarités, des personnes âgées et du handicap

Aujourd'hui, les plus de 75 ans représentent 8 % de la population du département. Leur nombre augmente trois fois plus vite que celui de la population globale d'Ille-et-Vilaine. Comment le département, chef de file en matière de solidarités humaines, s'empare-t-il de sa mission pour anticiper et accompagner cette évolution ?

Le département fait ce constat de vieillissement dans une perspective démographique positive : ce n'est pas parce que la population vieillit, qu'elle pose plus de problèmes ; tout dépend comment elle vieillit. Un pourcentage important des personnes âgées reste autonome. Parmi les 80 000 « plus de 75 ans », on compte 20 000 bénéficiaires de l'APA, allocation personnalisée d'autonomie, avec une entrée en établissement de plus en plus retardée.

Plutôt que d'assimiler systématiquement le vieillissement à la dépendance, il convient de le penser de façon plurielle. Ainsi, le département déploie différentes activités pour répondre à l'avancée en âge, suivant l'état de santé des personnes, la manière dont la perte d'autonomie s'installe, dont elle s'accroît, etc. Nous sommes sans arrêt en train d'ajuster l'offre qui va des services d'aide à domicile à l'accueil à temps plein, en passant par l'habitat regroupé, l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, les pôles d'activité et de soins adaptés (Pasa) à l'intérieur des établissements, etc.

On peut notamment observer une montée en charge des dispositifs intermédiaires, avec en tête l'habitat regroupé. Par ses solutions favorisant le lien social (la mise à disposition d'un espace commun, des animations collectives) et son offre de services sur place (blanchisserie, ménage, réparations techniques, etc.), cette forme d'habitat est un moyen efficace de retarder la perte d'autonomie.

A côté des dispositifs collectifs conçus pour les personnes qui ne se sentent plus en sécurité chez elles, le conseil départemental affiche une volonté politique forte de venir en soutien des aînés qui souhaitent rester dans leur milieu de vie...

C'est exact. En amont de l'habitat regroupé, via les appels à projets lancés chaque année par la collectivité, l'Ille-et-Vilaine développe une offre de services et d'animations à destination des seniors vivant à domicile. Ce soutien financier permet de répondre à plusieurs objectifs : lutter contre l'isolement, favoriser l'engagement citoyen, prévenir les chutes, adapter le logement aux besoins individuels des personnes. Ces actions sont aujourd'hui soutenues par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, présidée par le conseil départemental.

A cette stratégie d'accompagnement des aînés, s'ajoute une politique de soutien destinée plus spécifiquement à leurs aidants. Elle a pour but

“ Ce n'est pas parce que la population vieillit, qu'elle pose plus de problèmes ; tout dépend comment elle vieillit (...). Plutôt que d'assimiler systématiquement le vieillissement à la dépendance, il convient de le penser de façon plurielle. ”

de soulager ces personnes qui sont, pour beaucoup, en accompagnement continu de leurs proches en perte d'autonomie. Cette politique répond aussi à une logique simple : plus on prend soin des aidants, plus ils seront enclins à s'occuper des aidés. Cela satisfait à la fois la collectivité et les personnes aidantes dont le souhait final est souvent de continuer à s'occuper de leurs proches.

L'accompagnement des aidants peut prendre des formes variées : formations, dispositifs de mise en lien, manifestations comme celle organisée récemment à Dol-de-Bretagne. « Les aidants parlent aux aidants » consiste en un après-midi de témoignages introduit par une pièce de théâtre écrite par Madame Roumanoff (la mère d'Anne Roumanoff). Grâce à une prise en charge des personnes aidées dans le cadre d'ateliers proposés sur place, les personnes aidantes disposent d'un cadre privilégié pour se poser et échanger entre elles.

Comment la politique insufflée par le département atteint-elle les territoires ? De quelle manière les acteurs locaux peuvent-ils s'en inspirer dans leurs pratiques de terrain ?

Le département ne peut pas avancer tout seul, en ignorant les territoires. Notre ambition est d'aller au-delà de nos compétences « directes », axées sur le financement des établissements et des services médico-sociaux, pour encourager les dynamiques locales intégrant l'enjeu du vieillissement de la population. Par son adhésion récente au réseau « Villes amies des aînés », le département a pu affirmer sa volonté d'encourager ce mouvement sur les territoires et ce, qu'il s'agisse des villes, des communes rurales ou des intercommunalités.

Ce souci d'approche territoriale passe par nos contrats avec les collectivités et des appels à projets intégrant des critères tels que la localisation des habitats regroupés en cœur de ville, la mise à disposition d'un animateur sur le site. Celui-ci doit assurer un accompagnement individuel



© Ar tanika



© bernatnamoglu



© dundanm



© Andrey Bandurenko



© De Visu



© diego cervo

des personnes en perte d'autonomie et une coordination globale de la politique gérontologique dans la commune ou l'intercommunalité.

Cette préoccupation constante d'assurer une veille et une offre équitable sur l'ensemble du territoire trouve une autre concrétisation dans le déploiement des CLIC (Centres locaux d'information et de coordination). Vrais relais de la politique départementale sur les territoires, ils sont au nombre de 14 en Ille-et-Vilaine. Contrairement aux tendances générales observées dans d'autres départements, l'Ille-et-Vilaine maintient le financement de ces structures, en adaptant les critères d'accompagnement pour une meilleure qualité des services rendus aux personnes.

Le département est présent sur les territoires à la fois par des actions financées et par des structures d'accueil : les CLIC, les CCAS, les CDAS (Centres communaux / départementaux d'action sociale) et d'autres services aux personnes, publics ou associatifs, dispensés dans les communes et intercommunalités. C'est une manière de disposer d'un maillage sur l'ensemble du département, pour répondre localement aux besoins des personnes.

Comment le conseil départemental appréhende-t-il la complexité et le caractère multidimensionnel des problématiques liées au vieillissement ?

Pour répondre à ces problématiques de manière transversale et la plus exhaustive possible, le département favorise un décloisonnement entre le social, le sanitaire et le médico-social. Cela passe avant toute chose par une collaboration étroite avec l'ARS, l'agence régionale de santé :

- tout d'abord, dans le cadre de programmes tels que les PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), favorisant le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie et une prise en charge précoce par un réseau de professionnels pluridisciplinaire ;

- ensuite, autour de l'évaluation et de la mise en place de l'APA, où les équipes médico-sociales, rattachées aux centres départementaux d'action sociale (CDAS), sont composées de médecins territoriaux ou infirmières coordinatrices ; c'est une particularité de l'Ille-et-Vilaine !
- et enfin, dans le cadre de l'expérimentation d'une nouvelle forme de MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) sur deux territoires, Brocéliande et Vitré-La-Roche-aux-Fées. Ce dispositif porté par l'Etat est fondé sur l'expertise de « gestionnaires de cas », professionnels spécialisés dans l'accompagnement des situations complexes. Il a été récemment revu pour intégrer ces gestionnaires de cas aux équipes médico-sociales et les pilotes aux CLIC, dans une perspective d'optimisation des ressources présentes sur le territoire ; le département s'est vu alors confier les fonds Maia et la responsabilité du recrutement du personnel.

La transversalité, on peut la décliner de manière très large. Nous serons ainsi attentifs à ce qu'au-delà du sanitaire, du social et du médico-social, les différentes politiques support (le sport, la culture, les loisirs...) soient également des politiques qui favorisent le bien vieillir.

Le département se doit d'assumer ce rôle de coordination. Il est chef de file en matière de solidarités humaines (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en insertion, protection de l'enfance), mais aussi de solidarités territoriales. Il dispose des moyens financiers et de l'ingénierie (6 agences décentralisées, 4 000 agents) lui permettant d'anticiper l'évolution démographique et d'assurer la cohérence de sa politique sur l'ensemble du territoire. ■

Propos recueillis par Magdalena Sourimant



L'habitat des personnes âgées : comment rester acteur de ses choix et de sa vie

Isabelle Arhant, directrice des activités innovantes, Mutualité française Côtes d'Armor / Ille-et-Vilaine

Le parcours résidentiel de chacun est l'un des éléments structurants de notre vie et un déterminant majeur de notre santé. Notre vie est ponctuée d'habitats différents : de la « maison » de l'enfance, en passant par le logement étudiant ou d'apprentissage, le premier logement d'adulte autonome puis la construction du nouveau repère familial. Il était d'usage que notre dernière partie de vie se déroule dans le logement où nous avons créé notre vie de famille... Le parcours résidentiel de la personne âgée se situait dans une dualité : rester dans sa maison familiale ou aller en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) quand la dépendance ne lui permettait plus de vivre dans son domicile, avec au final un choix contraint.

Depuis la seconde partie du XX^e siècle, l'espérance de vie n'a fait que croître, par le recul continu de la mortalité infantile mais aussi par la baisse de la mortalité des adultes. Au cours des 60 dernières années, hommes et femmes ont gagné 14 ans d'espérance de vie en moyenne. Ainsi, nous arrivons à une génération ayant un potentiel de vie après la retraite d'au moins 20 ans. C'est inédit et cela pose inévitablement des questions. Là où auparavant la question de l'habitat ne se posait pas, depuis quelques années, elle occupe une place importante. Vingt ans, c'est une réelle tranche de vie qui mérite qu'on réfléchisse à la façon dont on va la mener sans subir les choix et en restant acteur de ceux-ci.

L'habitat est un facteur structurant et central dans l'idée du « bien vieillir ». Il se compose de deux éléments inséparables dont chacun mérite d'être pris en compte dans une démarche soucieuse de l'autonomie des personnes : le logement et le cadre de vie.

Le logement

- Le logement peut être un facteur de protection (c'est un repaire et un repère), mais aussi d'exclusion. Il peut être rassurant ou devenir facteur de risque (chutes, isolement...)¹.
- Il doit être adapté aux différentes périodes de la vie. Le domicile du bien vieillir n'est pas forcément celui où l'on a vécu la première partie de sa retraite.

Le cadre de vie

Au-delà du logement, l'inadaptation du cadre de vie au vieillissement peut réduire l'autonomie des personnes. Le cadre de vie, c'est-à-dire le quartier ou l'environnement immédiat, compose, avec le domicile, l'habitat des personnes. Cette notion d'habitat permet de penser les lieux de vie des personnes dans leur globalité, parce que les questions d'adaptation ne concernent pas que le domicile individuel² :

- les situations de perte d'autonomie des personnes âgées peuvent être générées par leur cadre de vie. La localisation du domicile peut être source de difficultés pour les personnes dès lors qu'elles sont confrontées à une perte de mobilité ;
- l'environnement influe fortement sur la mobilité, l'indépendance et la qualité de vie des personnes. La présence d'un environnement urbain favorable est essentielle : transport en commun, qualité des trottoirs, présence de bancs publics ;

- l'éloignement des services (médicaux, sociaux, culturels) et des commerces est aussi un facteur de risque de perte d'autonomie et de détérioration de la qualité de vie. Il concerne majoritairement les personnes dont les logements sont situés en campagne ou dans des bourgs peu dynamiques, mais aussi celles qui résident dans des quartiers où ne subsiste aucun commerce de proximité.

Les risques de réduction de la participation sociale et citoyenne et d'isolement sont grandissants pour les personnes âgées.

- Le développement d'habitats favorables au vieillissement est une première étape vers la qualité de vie des personnes, mais cette dernière ne peut être réduite à la question de l'habitat. L'accès aux services, à la santé, au vivre ensemble et à la culture doivent être soutenus afin de favoriser la participation sociale des personnes âgées³ et de lutter contre l'isolement et la solitude.
- L'accompagnement à la vie sociale doit permettre d'offrir une réponse au risque d'isolement social et relationnel. Il contribue aussi à réduire la perte d'autonomie et favorise la réalisation par chacun de son projet de vie et de ses choix personnels.

Des habitats favorables au bien-être et à l'autonomie des personnes

Le domicile des personnes peut en effet être inadapté au vieillissement, parce qu'il est isolé, difficilement modifiable (maison à étages, escaliers...), éloigné des moyens de transport... Y rester devient dangereux, source d'angoisse, un frein à la vie sociale... Aujourd'hui, la prise de conscience de la multiplicité de facteurs influant sur la qualité de vie des personnes nous encourage à anticiper davantage et à développer une réflexion plus fine autour de l'habitat favorable.

Au regard des nouveaux constats et besoins identifiés, il semble vital :

- de mettre à disposition une offre multiple afin que chacun puisse trouver ce qu'il désire ;
- mais également d'accompagner les personnes dans une réflexion sur leur avenir afin qu'elles gardent la maîtrise de leur vie et ne se laissent pas imposer des choix.

Diverses réponses sont proposées aujourd'hui : l'organisation individuelle, l'habitat partagé, les collectifs auto-gérés...

A titre d'exemple, la Mutualité française en Bretagne propose un concept d'habitat accompagné permettant d'allier logement favorable, lien social et autonomie. Plusieurs projets sont à l'étude et une solution innovante est en cours de réalisation à Dinan⁴. Nous avons travaillé en partenariat avec la Carsat, l'Ifpek⁵ et le constructeur afin d'imaginer des logements dans une logique de maintien de l'autonomie, de confort et de modernité.

Quelques solutions d'agencement, à titre d'exemple :

- la circulation entre les espaces a été simplifiée : proximité entre la chambre, les toilettes et la salle de bain ;
- un chemin lumineux est présent entre la chambre et les toilettes ;
- les interrupteurs et prises de courant sont à une hauteur de 0,90 à 1 mètre ;
- des renforts ont été prévus dans les murs pour ajouter si besoin des barres de maintien ;
- une douche spacieuse de 1,20 m sur 0,90 m permet une aisance de mouvements et de circulation ;
- un agencement optimal des cuisines (les personnes n'ont plus qu'à acheter l'électro-ménager)...

« Le logement peut être un facteur de protection (c'est un repaire et un repère), mais aussi d'exclusion. Il peut être rassurant ou devenir facteur de risque (chutes, isolement...) »



La résidence se situe en centre-ville et propose 36 appartements à la location. Un salarié, présent 24 heures par semaine, assurera une mission de lien social et d'accompagnement des locataires. Sans se substituer à eux, il animera une commission des locataires se réunissant régulièrement, afin de décider du programme des jours à venir. Les locataires paieront ainsi un loyer, mais également une prestation de service comprenant la vie collective et la rémunération du salarié.

Les conditions de réussite de ce type d'initiative sont bien identifiées : un solide partenariat en amont avec la collectivité et les acteurs du logement (bailleurs, promoteurs...) pour appréhender de manière très globale le projet en termes de type de logement, d'accessibilité, de liens avec la vie locale et associative... Une approche estampillée « Promotion de la santé » s'impose donc !

Rester acteur tout au long de sa vie nécessite anticipation, mais aussi participation, dans un cadre où sont réunies les conditions, pour les personnes, de garder le plus longtemps possible la maîtrise de leurs choix de vie. L'habitat occupe une place prépondérante dans ces choix ; il se doit donc d'être favorable et adapté afin que la vie y soit plus agréable et plus facile. ■

¹ BROUSSY L., L'adaptation de la société au vieillissement de sa population, France année zéro !, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, janvier 2013.

² FRANCO A., Rapport de la mission « Vivre chez soi », juin 2010.

³ LEVASSEUR M., RICHARD L., GAUVIN L., RAYMOND E., « Aînés : vous avez dit participation sociale ? », La santé de l'homme, n° 411, janvier-février 2011, pp. 27-28.

⁴ Résidence Ekip'âge – rue Gambetta - Dinan

⁵ Institut de formation Pédiatrie-Podologie Ergothérapie Masso-kinésithérapie

Kozh Ensemble : un laboratoire d'idées pour promouvoir le « bien vieillir »

Kozh Ensemble est un collectif d'acteurs – associations, entreprises, pouvoirs publics, citoyens¹ – réunis en Bretagne autour des enjeux du vieillissement. Créé en mars 2016, il prend son origine dans un projet² né dans l'esprit de deux étudiants de Sciences Po Rennes, souhaitant « changer l'image de la vieillesse dans la société ». Tout commence en septembre 2015, à l'issue d'un colloque régional valorisant le projet et mettant en évidence la nécessité de créer une structure collaborative d'ampleur régionale.

Soucieux d'appréhender les problématiques du bien vieillir de manière globale, dans leurs dimensions sociale, économique, politique... , Kozh Ensemble se donne pour objectif d'encourager les collaborations entre secteurs et champs d'intervention, dans une perspective de partage et de complémentarité. Ces collaborations se concrétisent sous la forme des « labs », espaces-temps privilégiés où les envies de citoyens et les savoir-faire des professionnels peuvent se rejoindre.

La volonté de pluralité et de complémentarité fait naître des projets innovants rassemblant des acteurs parfois issus d'horizons éloignés. « Une journée d'étude organisée à l'initiative du lab Mobilité en mai 2016 a su ainsi mettre autour d'une table des personnes qui, habituellement, ne sont pas censées se rencontrer : militants mutualistes, représentants d'une association de séniors, agents de la SNCF », précise Sabine Goltais, présidente de Kozh Ensemble.

« La force fédératrice de cette journée résidait dans la nature même du projet, s'intéressant à la fois aux aspects de la mobilité, de la vie sociale et de l'activité intellectuelle de la population vieillissante », poursuit Sabine Goltais. Le projet venait en appui d'un besoin concret, émanant des labs Santé et Mobilité. En parlant de la question : « Comment, après le passage à la retraite, rester en bonne santé morale et physique ? », les labs et les bénévoles ont proposé aux participants trois types d'activités, conjuguant le bien-être physique, social et intellectuel. Pour n'en citer que quelques exemples :

- des « balades contées », visites touristiques insolites proposées par des séniors du territoire ;
- une sensibilisation à la téléassistance, par des conférences-débats ayant pour objectif de lever les freins et d'encourager les personnes avançant en âge à avoir recours à ce type de services, gage important de leur sécurité et de leur autonomie ;
- des séances d'information et de partage sur les transports en commun, valorisant la mobilité en tant que vecteur du lien social et de l'autonomie des personnes, etc.

Une véritable pépinière d'idées ! Depuis sa récente création, le collectif Kozh Ensemble a su se faire reconnaître en tant que ressource experte sur le sujet du vieillissement. Il est régulièrement sollicité pour contribuer à des initiatives expérimentales destinées à améliorer la qualité de vie des séniors. Une commune

Pour en savoir plus :

<http://kozhensemble.bzh>

<https://www.facebook.com/kozhensemble.fr>

<https://twitter.com/kozhensemble>



adhérente, ayant le souci d'intégrer un nouvel EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans son environnement, s'est ainsi récemment tournée vers Kozh Ensemble pour l'associer à la recherche de solutions innovantes.

Quel que soit l'objet de son intervention, la présence du collectif permet d'impulser des dynamiques nouvelles. Au sein d'une municipalité, cela passe par une mise en relation des services qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble : transport, urbanisme, santé, habitat, loisirs... « Pour accueillir une population vieillissante, la société doit réunir les efforts et agir sur l'ensemble des facteurs conditionnant le bien-être et l'intégration de ce public dans la cité », conclut Sabine Goltais. ■

Magdalena Sourimant

¹ Maisons en ville, Maisons Familiales rurales (MFR), Harmonie Mutuelle, Harmonie Services Mutualistes (HSM), SNCF, Association Régionale des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ARESAT), UNA Bretagne (Union Nationale d'Aide de soins et de services aux domiciles), Bretagne Prospective, Institut de formation Pédiatrie-Podologie Ergothérapie Masso-kinésithérapie (Ifpek), Siel Bleu forment le Conseil d'Administration

² Projet de « commune rurale idéale du bien-vieillir » lancé par Samson Dodeller et Antoine Le Bihan, expérimenté sur la commune de Louvigné-du-Désert.



L'engagement bénévole : pour les autres, pour soi, pour améliorer la société...

Entretien avec Jean-Michel Leray, 71 ans, citoyen engagé depuis l'âge de 18 ans

Une grande partie de l'économie sociale et solidaire s'effondrerait sans le bénévolat, qu'assurent majoritairement des personnes retraitées. Pourquoi devient-on bénévole ? Qu'y gagne-t-on ? Quels en sont les risques, aussi ?

On devient bénévole pour donner du sens à ce que l'on fait, porter des valeurs, les partager avec d'autres, agir collectivement. Mais on peut aussi le faire pour occuper un vide laissé par la fin du travail, la solitude, ou encore pour acquérir un statut, une reconnaissance.

Cependant, pour moi, le bénévolat ne doit pas d'abord servir à combler un vide ou à assouvir des ambitions. Si de telles motivations sont trop présentes, elles risquent de dissuader ceux qui veulent sincèrement s'engager. J'irai plus loin : il faut en finir avec la gérontocratie qui prévaut dans certaines associations ou mutuelles. Et, pire encore, avec des discours négatifs sur les jeunes « qui ne veulent pas s'engager ». Faisons-leur de la place, ne les effrayons pas avec l'idée qu'il faut sacrifier sa vie privée, confions-leur des responsabilités et les jeunes s'engageront.

Quelle a été votre propre expérience d'engagement ?

J'ai éprouvé très tôt l'envie d'agir sur le monde social. A 18 ans, j'animais un foyer de jeunes, dans un quartier populaire. De retour de l'armée, sitôt devenu enseignant, je me suis engagé dans le syndicalisme, jusqu'à occuper des responsabilités nationales. C'était extrêmement absorbant. J'ai ensuite pris un peu de recul, tout en conservant une activité bénévole, associative, dans un tout autre domaine, le sport, jusqu'à devenir entraîneur fédéral.

Lorsque j'ai retrouvé le désir d'avoir une action sur la société, j'ai rejoint le mouvement mutualiste. Depuis, les questions de santé ont été le fil directeur de mon parcours bénévole, qui est passé par la CRSA, la conférence régionale de santé et de l'autonomie et l'Ireps (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) Pays-de-la-Loire, que j'ai présidé jusqu'au mois de juin dernier. L'arrivée à la retraite non seulement n'a pas marqué une rupture dans cet engagement, mais m'a donné la possibilité d'approfondir les thèmes qui m'intéressent.



“

Le bénévolat est une école de démocratie. On y apprend à s'intéresser à autre chose que son propre domaine, à y débattre, à décider collectivement. Il contribue aussi au lien social : on sort de chez soi, de son cercle habituel, on y rencontre d'autres personnes, que parfois, sinon, on n'aurait jamais fréquentées.

”

Le deuxième moteur de mon engagement, ce sont les belles rencontres humaines. Ce sont souvent elles qui m'ont incité à aller vers un mouvement, une structure.

Le bénévolat est un engagement collectif. Qu'apporte-t-on aux autres ?

Ce que j'espère avoir apporté, c'est d'abord une incitation à ne pas s'arrêter à l'écume des choses, à aller plus loin. Permettre à d'autres de se sentir concernés, valorisés, utiles dans leur engagement social. Cela passe aussi par la connaissance, même si elle n'est pas première. Quand on partage ses savoirs, on élargit le champ de compréhension et d'intérêt d'autrui. Il peut ainsi y avoir un enrichissement mutuel.

Pour citer l'exemple de la commission spécialisée prévention de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, dont j'assume actuellement la présidence en Pays de la Loire : à l'origine, bien peu de membres connaissaient la prévention, sans même parler

de la promotion de la santé ; aujourd'hui, nous avons des discussions très intéressantes sur ces questions.

Quels sont les leviers, les facteurs favorisant l'engagement bénévole ?

La personne doit trouver un rôle qui corresponde à ses compétences et à ses envies. Certains souhaitent des responsabilités, d'autres qu'on leur confie des tâches à réaliser. Cette recherche d'adaptation entre la personne et la mission commence par la qualité d'accueil et d'accompagnement au sein de la structure. Ne serait-ce que par le fait d'avoir un langage compréhensible en réunion, en décodant les sigles !

La formation des bénévoles est également importante, pour leur permettre d'exercer leurs missions. Il ne s'agit pas nécessairement de les envoyer en stage ici ou là, mais de s'assurer qu'ils acquièrent les compétences nécessaires, petit à petit, notamment par l'action.

Enfin, sans un environnement personnel, comme un conjoint si l'on est en couple, favorable à l'engagement, celui-ci aura du mal à durer.

L'augmentation des exigences de formalisation, de professionnalisation, souvent imposée par les pouvoirs publics, ne constitue-t-elle pas un frein ?

Certainement ! On le constate actuellement, de manière majeure, dans le monde mutualiste. C'est également vrai dans certaines associations, soit pour des raisons de sécurité, soit pour obtenir des subventions. Cela peut décourager les bénévoles ou ceux qui voudraient le devenir. Il existe un risque réel que des structures se « vident » de leurs élus... et que les pouvoirs publics le leur reprochent !

Cependant, l'exigence de technicité peut aussi venir du thème lui-même : les enjeux de santé, par exemple, sont complexes. On ne peut pas les appréhender directement, si on ne connaît pas le domaine. Cela nous ramène aux compétences et à la formation.

Au-delà des intérêts du bénévolat pour ceux qui s'y engagent, pensez-vous qu'il constitue une plus-value pour la société ?

Le bénévolat est une école de démocratie. On y apprend à s'intéresser à autre chose que son propre domaine, à y débattre, à décider collectivement. Il contribue aussi au lien social : on sort de chez soi, de son cercle habituel, on y rencontre d'autres personnes, que parfois, sinon, on n'aurait jamais fréquentées. La société se porterait beaucoup moins bien sans le bénévolat et l'engagement citoyen. ■

Propos recueillis par Thierry Prestel

Pour mieux soigner les personnes âgées, il faut fluidifier les parcours

Témoignage de Jean-Louis Samzun, médecin généraliste à Lorient



Au cabinet, à domicile, en institution ou à l'hôpital, des efforts sont réunis pour offrir un accueil et une prise en charge des besoins de soin de la patientèle âgée. Cette ambition de rendre un service de qualité se heurte parfois à un cadre inadapté, qu'il faudrait faire évoluer.

Les aînés accueillis au cabinet sont pour la plupart des personnes valides. Ils auront certes plus de choses à raconter, présenteront plus de problèmes à examiner... Mais, au-delà de ça, leur pratique du cabinet différera peu de celle des autres patients valides. On veillera à ne pas les faire trop attendre, à leur accorder un peu plus de temps lors de la consultation... sans que cela induise une posture particulière de notre part.

Une approche plus spécifique s'imposera dans le cas des patients fragiles, confinés à domicile ou en établissement. Il s'agit là d'un accompagnement au fil de l'eau. Selon les principes de prise en charge en gériatrie, nous sommes sûrs de perdre la bataille, mais ferons en sorte de la perdre le plus tard possible. En améliorant le confort du patient, nous allons tendre à retarder l'arrivée inéluctable de la dépendance et à en limiter les conséquences. Nous allons donner des conseils, vérifier la qualité de l'alimentation, régler des problèmes dentaires et tout autre problème qui pourrait aggraver la situation.



C'est ça notre « boulot » de médecins généralistes (sans oublier d'autres professionnels présents auprès des patients âgés - infirmiers, pharmaciens, assistants sociaux) : faire gagner du temps et de la qualité de vie.

Assurer un accompagnement au fil de l'eau et anticiper la dégradation de l'état de santé

C'est de l'ajustement au coup par coup. Nous allons vérifier si la pathologie ne décompense pas ou n'amène pas de nouvelles complications, réajuster le plan d'aide, le nombre de passages d'infirmiers, etc. Tous nos efforts sont réunis pour maintenir la personne à domicile. Et quand on prend l'initiative d'hospitaliser ou d'institutionnaliser, c'est qu'on ne peut plus faire autrement : parce que des problèmes médicaux s'accroissent, parce que les aidants principaux commencent à craquer...

C'est une décision mûrement pesée. Il y a plusieurs aspects à considérer : le patient, mais aussi son entourage, les aidants. Ces derniers ont besoin de répit et de temps, rien que pour revoir le plan d'aide ou anticiper des solutions alternatives : hospitalisation à domicile, institutionnalisation... L'hôpital apparaît alors comme un endroit approprié, que ce soit pour prendre en charge le patient ou lui accorder l'hospitalité durant quelques jours.

Cette vision de l'hôpital renvoie à sa fonction d'hospice. Or, depuis longtemps, les établissements de soins ne se conçoivent plus comme tels. Il n'est pas rare que le patient quitte l'hôpital sans que son problème soit résolu, sans même qu'il soit totalement évalué. A l'issue de douze heures d'hospitalisation, il se retrouve à nouveau chez lui avec une prescription de programmer tels et tels examens en ville...

Faire évoluer le système de soins

Loin de jeter la pierre à mes confrères pratiquant à l'hôpital, je tiens à dénoncer une réalité bien connue : la carence permanente de lits d'aval.

“

Tous nos efforts sont réunis pour maintenir la personne à domicile. Et quand on prend l'initiative d'hospitaliser ou d'institutionnaliser, c'est qu'on ne peut plus faire autrement (...). C'est une décision mûrement pesée. Il y a plusieurs aspects à considérer : le patient, mais aussi son entourage, les aidants.

”

Certains établissements parviennent à pallier ce problème en mettant en place des « lits tampons » permettant d'effectuer un bilan médical au sein des urgences, sans que le patient n'entre dans un service. Mais pour y répondre de manière efficiente et durable, il faudrait revoir le système d'admission. Et ce en favorisant l'hospitalisation programmée. La solution pourrait prendre la forme d'un guichet unique destiné à prendre acte des demandes d'hospitalisation et à les organiser dans des délais raisonnables. Bref, un vrai relais entre ville et hôpital qui remplacerait l'actuel numéro d'appel baptisé NUAGE, sorte de « cloud gériatrique » dans lequel se perdent nos appels désespérés ! Nos patients se retrouvent systématiquement aux urgences, malgré nos tentatives d'hospitalisation programmée !

Par ailleurs, pour éviter de saturer l'hôpital, mais aussi pour maintenir les personnes âgées dans leur milieu habituel, il semble opportun de faire évoluer le dispositif d'hospitalisation à domicile (HAD). Aujourd'hui, nombre de pathologies gériatriques restent encore non-éligibles à cette prise en charge et les capacités d'accueil demeurent limitées. A titre d'exemple, l'hôpital à domicile (HAD) de Lorient compte un peu plus de 130 lits.

Pour autant, l'HAD reste une solution à haut potentiel qui mérite d'être incluse parmi d'autres dispositifs à considérer dans une perspective de modernisation du système de soins. ■

Propos recueillis par Magdalena Sourimant

Centre de prévention Bien vieillir : artisan de parcours personnalisés

Le Centre de prévention Bien vieillir de Bretagne a ouvert ses portes en juin 2013 à Rennes. C'est le 1^{er} organisme de ce type dans le Grand Ouest et le 15^e en France. « La prévention primaire en direction des personnes âgées restait peu investie dans notre système de santé français, centré sur la dépendance et la prise en charge des maladies. Les Directions d'action sociale de la Fédération des caisses de retraite Agirc Arcco tenaient à combler cette lacune, en déclinant un dispositif de prévention, initialement expérimenté sur trois localités », explique Aude Théaudin, directrice du Centre de prévention de Bretagne.

Un dispositif largement accessible

Le centre est ouvert à toute personne de plus de 50 ans résidant en Bretagne et ressortissant d'une caisse de retraite, y compris les personnes professionnellement actives. « La démarche est habituellement volontaire, encouragée par les caisses de retraite mais aussi par un médecin ou un professionnel de santé. Mais il n'est pas rare, non plus, qu'une direction des ressources humaines oriente vers nous un salarié identifié comme fragile. Quelle que soit l'origine de la démarche, la décision de venir ou pas au centre appartient à la personne elle-même », insiste Aude Théaudin. Sont également bienvenues des personnes aidantes. Au même titre que les aidés, elles peuvent bénéficier d'un accompagnement, et surtout d'un temps privilégié pour prendre soin d'elles-mêmes.

... centré sur la personne

Le centre propose des bilans prévention santé. Ces bilans, pris en charge par la caisse de retraite, sont réalisés par une équipe pluridisciplinaire. Ils abordent des aspects à la fois médicaux, psychologiques et sociaux. « Un temps d'échanges clôturant le bilan nous permet de mettre nos observations en commun et, à partir de là, d'aider la personne à trouver ses propres leviers de prévention : en fonction de sa personnalité, de son parcours, de ce qu'elle vient chercher, mais aussi du temps qu'elle souhaite y investir », explique Aude Théaudin. « Le but est de donner à la personne des conseils qui prennent sens pour elle, poursuit-elle, des conseils qu'elle comprenne et puisse partager. Ainsi, pour quelqu'un qui fume, au lieu d'aborder le problème de manière frontale : "il faut que vous arrêtez de fumer", on va tout d'abord l'aider à comprendre pourquoi il fume, à identifier ce que cela lui apporte, ... avant d'imaginer des solutions valables et acceptables pour lui ».

Les conseils prennent la forme d'une ordonnance de prévention adressée au médecin traitant, avec des préconisations quant au traitement thérapeutique à suivre, des bilans à effectuer chez un médecin spécialiste, etc. Mais, selon les problématiques décelées, la personne peut également bénéficier, sur une durée définie, d'un accompagnement au sein du centre de prévention. « L'objectif est d'aider la personne à monter sur la première marche de la prévention. En fonction de ses besoins, on lui préconise un soutien psychologique individuel, un bilan diététique, un suivi médical adapté, ... A côté d'un accompagnement individuel, le centre propose un accompagnement collectif, pour aider les personnes à appréhender certaines problématiques qui surgissent ou s'amplifient avec l'âge : les ateliers "sommeil", "mémoire", "audition"... , des ateliers autour de la diététique et de la gastronomie, des activités



physiques ou encore des séances de gestion du stress : sophrologie, tai-chi-chuan, apprentissage d'autohypnose. »

... prêt à venir vers elle

Un handicap physique, mais aussi des motifs sociaux ou économiques, peuvent empêcher la personne de se rendre au centre de prévention. L'équipe du centre se porte alors disponible pour s'approcher de l'usager en difficulté. Au-delà de ces déplacements ponctuels, le centre s'attache à délocaliser son activité par l'organisation de « campagnes de prévention » en lien avec conférences sur le bien vieillir¹ accessibles à tous. « Au terme de ces conférences, précise Aude Théaudin, on propose aux personnes qui le souhaitent d'effectuer, sur place, un bilan prévention santé. A l'issue de cette étape-là, et selon les besoins identifiés sur une localité, le centre participe à la mise en place d'une action de prévention d'une durée de 5 à 6 mois. C'est pour nous une opportunité d'apporter une compétence de prévention dans les zones les moins investies, et notamment auprès des personnes les plus éloignées du système de santé. C'est le sens même de notre action ». ■

Magdalena Sourimant

¹ Les rencontres de prévention délocalisées sont également financées par le CRCAS (Comité régional de coordination de l'action sociale Agirc-Arrco), l'interrégime CAP Retraite Bretagne et les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Où voir Planète Séniors ? TVR est accessible sur plusieurs canaux : TNT, 35 ; Numéricable-SFR, 95 ; Orange, Free, Bbox, 30.

Chaque numéro de l'émission est diffusé 9 fois dans la semaine, pendant 4 semaines et, en permanence, sur le site Internet de TVR : www.tvr.bzh : Replay, Vie quotidienne, Planète Séniors



« Planète séniors » : pays où il fait bon vieillir !

Offrir aux aînés un espace de partage où ils peuvent valoriser leurs savoirs, leurs expériences, leur histoire... Proposer des opportunités de découvrir, s'exprimer, s'épanouir... Autant d'ambitions que veut porter le concept de Planète Séniors, l'émission de TVR faite avec les séniors à destination de tous les publics.

Planète Séniors est née en 2001 de la découverte d'un programme de télévision interne dans une maison de retraite de Brest. Elle est gérée par Médias séniors, une association créée pour l'occasion et qui fédère trois partenaires cofinanceurs avec TVR¹. Son ambition : valoriser l'image des aînés et créer des conditions de vieillissement favorables au bien-être et à la santé. Jusqu'en 2016, chaque numéro de l'émission a été élaboré avec les séniors de six établissements d'accueil des personnes âgées². Depuis l'an passé, l'émission s'est ouverte aux aînés autonomes, vivant à domicile, afin de couvrir l'ensemble de la population âgée.

Les personnes participent au choix des thèmes abordés et posent ensuite les questions sur le terrain, au gré de leur curiosité et de leur envie d'en savoir plus. L'émission explore de multiples réalités : agriculture, religion, vieux métiers modernisés, survie des petits villages, histoires de vie, lieux insolites...

« Les séniors sont des passerelles entre aujourd'hui et hier, explicite Joseph Gicquel, coréalisateur. Nous les invitons à interroger le monde d'aujourd'hui, puis à raconter celui qu'ils ont connu. C'est pour cela que certains numéros sont intitulés "D'aujourd'hui et d'hier" et non l'inverse ; ce n'est pas d'abord une émission mémorialiste ».

L'an dernier, les coréalisateurs ont invité les séniors à s'exprimer sur des thèmes sociétaux aussi délicats que les migrants, le mariage pour tous, l'avenir du monde, la mort : « Ils portent un regard souvent aiguisé sur leur environnement, poursuit Joseph

Gicquel, jusqu'à démentir les discours stéréotypés qu'on leur prête et prouver que tous ne campent pas, et de loin, sur des positions conservatrices ou réactionnaires. »

La saison 2017 explore des sujets qui concernent les 3^e et 4^e âges : le logement intergénérationnel, la place du jeu, écrire ou faire écrire ses mémoires, la montée du tai-chi-chuan chez les anciens. « Ces thématiques suscitent des envies », dit l'animatrice d'un des établissements partenaires.

L'émission satisfait ainsi l'ambition de Médias Séniors : démontrer que les séniors ne sont pas reclus, qu'ils sont des observateurs attentifs du monde, capables d'engager des débats animés, d'émettre et confronter des opinions fortes, jusqu'à faire évoluer, sur certains sujets, leurs propres représentations ou jugements. « Cela, précise Joseph Gicquel, sans jamais verser dans la nostalgie, en gardant un regard toujours lucide et distancié vis-à-vis des problématiques traitées ».

Des professionnels de la gérontologie et de la gériatrie observent des bénéfices notables chez les participants : explorer, interroger un sujet stimule leur esprit, leur mémoire, favorise leur épanouissement personnel et la qualité de leur vie sociale ; des résidents qui présentaient des difficultés à s'exprimer ont retrouvé confiance en eux, l'envie d'échanger et d'aller vers les autres ; le fait de passer devant la caméra dope leur estime de soi : des dames passent impérativement chez le coiffeur la veille du tournage ! « Ça me fait du bien de sortir de la maison et d'aller discuter avec les gens qui travaillent encore », dit un participant, mobilisé sur le numéro dédié aux usines. Un autre ponctue, philosophe : « On ne sait pas tout, on a encore plein de choses à apprendre »... ■

¹ Carsat, Conseil départemental, Ville de Rennes

² Gast, Colombier, St Cyr, Les Roseraies (Rennes), Le Clos d'Orrière (Vern-sur-Seiche), La Rablais (St Jacques de la Lande), Les Alleux (Melesse)



© dpa picture alliance

Etre vieux aujourd'hui dans l'espace social : collectivement trop visible, individuellement invisible...

Jean-Jacques Amyot
sociologue, directeur de l'Université du temps libre à Bordeaux

Tout le monde connaît l'histoire et le mythe. La première rapporte qu'il y a toujours eu des vieux, avec certes des âges différents, mais peu importe qu'aujourd'hui nos critères, nos regards, notre analyse aient changé : le vieux en était bien un. Et dans son sillage, aussi loin que l'on puisse remonter, certains s'interrogeaient, tantôt sur le sens de la vie et la place de cet âge comme Sénèque¹ ou Erasme² un millénaire et demi plus tard, tantôt sur la cause de la longévité et les moyens d'y parvenir comme Hippocrate il y a 25 siècles, Avicenne au XI^e siècle ou Gabrielle Zerbi à la fin du XV^e siècle qui publia un ouvrage sur la vieillesse dressant « *l'inventaire de trois cents maladies courantes chez les vieillards [et proposant] des recettes destinées à prolonger le cours de l'existence*³ ». Le mythe, quant à lui, nous conte une vieillesse qui aurait été préservée de tous soucis, placée au cœur des pouvoirs politiques, juridiques et familiaux, prémunie contre la solitude grâce à une cohabitation avec les autres âges de la vie... Bref, un âge d'or plaqué sur la vision contemporaine, âge de rouille et de trouille. Or, cette vision idéale est démentie par des faits mis en exergue par de nombreux auteurs. Simone de Beauvoir dans *La vieillesse* nous rapporte bien des données ethnologiques qui relativisent largement cette représentation ; Martine Segalen⁴ rappelle que la place centrale des générations les plus âgées n'était pas offerte en remerciement de leur sagesse, mais était le résultat d'un système autoritaire qu'il n'était nullement question de remettre

en cause – tradition oblige ; et Philippe Aries, comme Geneviève Vaucher d'ailleurs, nous rappelle que l'image de la vieillesse fut longtemps celle des aristocrates puis des bourgeois, c'est-à-dire d'une marge de la population, la majorité n'ayant pas le loisir de vieillir. Il s'agit donc de rééquilibrer un peu notre représentation de ce que fut la vieillesse dans l'histoire, sachant que les vieux étaient rares...

Mais qu'en est-il aujourd'hui ? Deux moments historiques essentiels vont nous y mener. D'une part, une représentation naissante du vieillard au XVII^e siècle⁵ qui inaugure l'idée d'un groupe aux caractéristiques spécifiques et, d'autre part, l'accélération du vieillissement démographique couplée à l'arrivée massive des classes moyennes après la 2^e guerre mondiale. Ces deux sauts sociologiques vont conduire à changer profondément la place et les représentations de la vieillesse.

Alors que la tenace volonté de vivre plus longtemps qui a traversé les siècles n'a été pour la plupart qu'une idée ou qu'un rêve, voilà que nous y avons donné corps. Comment expliquer que l'espoir se soit métamorphosé en crainte, en plainte, en peur, en alarme ? En à peine un siècle, trente ans d'espérance de vie sans incapacités, gagnés sur le néant, finissent par ressembler pour les uns à une descente aux enfers, pour les autres à une civilisation empoisonnée, sans vitalité, pour la plupart à une catastrophe humaine et économique...

Pourquoi cette hantise de vieillir, cette vision envahissante d'un surplus de vie qui nous tue, le nombre d'années devenant le nombre damné ? Que s'est-il donc passé pour que l'espérance de vie soit aussi une désespérance d'existence, pour que cette victoire soit perçue comme une catastrophe ? Regardons de plus près le sort de la vieillesse...

Collectivement trop visibles...

Toujours plus nombreux, trop nombreux : une invraisemblable multitude se prépare à occuper un espace qui n'est pas le sien. Les vieux semblent arriver de nulle part, se reproduire à l'insu de tous, entre eux, dans des coulisses inconnues, pour apparaître en masse sur la scène sociale. On sent bien qu'il existe un seuil au-delà duquel l'angoisse monte. Il en faut modérément pour s'assurer qu'il est possible de vieillir, mais un groupe, un bus, un établissement, des statistiques rien qu'avec des vieux, c'est le début du vertige, des affres, des sueurs froides. Avec le bus on les montre, avec l'établissement on les cache... La peur est construite sur le visible et l'invisible, entre le mal insaisissable et le malheur démultiplié, étalé aux yeux de tous : tous vieux ou en passe de le devenir, tous dépendants, tous déments, tous condamnés. Un terrorisme qui ne dit pas son nom.

Avec la vieillesse, nous oscillons entre hygiénisme individuel (le diktat du bien-vieillir) et contrôle social (par la prophylaxie politiquement organisée). C'est bien nos vies et l'ordre social qui sont menacés. Jamais les conseils de prévention n'ont été aussi fourmillants ; jamais les agents engagés contre cet effrayant péril n'ont été aussi nombreux, qu'ils soient guides, prophètes, thérapeutes, élus, bureaucrates, préposés, experts, professionnels en tous genres avec des fonctions de tutelle ou d'attelle. À se demander d'ailleurs s'il y aura assez de non-vieux pour s'occuper des vieux...

La catastrophe ne se fait pas attendre : nation à l'avenir hypothéqué, dynamisme en voie d'extinction, économie qui va vers sa perte... *le vieillissement inéluctable de la population ou la maladie d'Alzheimer peste noire du XXI^e siècle*, la France et l'Europe trop vieilles pour assurer leur avenir économique, la responsabilité du déficit chronique de la Sécurité Sociale, la dépendance qui nous guette, la déraison qui nous attend... Au secours ! Faites-les disparaître !

À l'index les personnes âgées vivant dans des logements trop grands pour elles, au cœur de la ville, là où les jeunes cherchent désespérément à se loger au plus près de leur travail... Au banc des accusés la gérontocratie ou bien l'électorat vieillissant qui ne sait plus voter intelligemment. Ainsi, Martin Hirsh, président de l'Agence du Service civique, affirmait publiquement en 2010 : « *il faut refaire le suffrage censitaire et donner deux voix aux jeunes quand les vieux en ont qu'une* ». ... La crise économique ? « *Vieux, privilégiés, égoïstes* » titrait Le Monde dans sa livraison du 24 novembre 2011... Les vieux riches trop riches, les vieux pauvres trop pauvres : nous ne sommes plus dans une analyse rigoureuse des inégalités et des systèmes de solidarité, mais dans une recherche de coupables. N'est-ce pas ce que l'on nomme « bouc émissaire » ? Un processus de victimisation, conduisant les vieux à endosser la responsabilité des maux qui traversent notre corps social. On perçoit bien qu'ils ont acquis dans nos représentations sociales toutes les caractéristiques pour remplir ce rôle à la perfection.

Individuellement invisibles...

Individuellement, c'est autre chose ! Dans une société où le travail est au centre du fonctionnement social, n'en être plus c'est commencer à subir cette force centrifuge. Il faut trouver des subterfuges, sans quoi la mort sociale nous guette. L'autre force qui tente de vous rendre translucide est la vision normative qui vous guette. Rien, paraît-il, ne ressemble plus à un vieux qu'un autre vieux. Le processus de singularisation indispensable pour survivre dans une société de la multitude, anonyme, le voilà nié sur critère d'âge par nos représentations.

Dorénavant, vous n'êtes plus pour les autres qu'un vague représentant d'une masse de 15 à 20 millions – suivant les critères – de personnes dont les goûts, les attitudes, les comportements sont si proches qu'on peut se permettre d'énoncer toutes sortes de généralités. Tout ce qui a constitué vos contours identitaires est effacé au profit de la catégorie générale. A la retraite, le médecin, l'électricien, le cadre administratif relèvent de la même catégorie « retraités ». Il faut se pencher sur la construction des catégories socioprofessionnelles (CSP) selon l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) pour bien comprendre la question du déclassement qui est en jeu.

A ce renforcement de l'invisibilité, l'organisation sociale ajoute de la relégation. Des lieux et des activités spécifiques, une inadaptation des espaces urbains, des tentatives pour limiter la conduite automobile, des horaires décalés pour ne pas gêner les « actifs » : être là où les autres ne sont pas, mais sans exclusion pour que vous puissiez servir. Consommateur, grand-parent, bénévole, cible de la *silver economy*, usager du médico-social, mais je vous en prie, discrètement, silencieusement... Magnifique numéro de prestidigitation qui

vous a presque fait disparaître de la scène sociale. Alors, dans cette pénombre, vos différentes protections s'étant peu à peu dissoutes, vous serez l'objet de multiples attentions pour que la maltraitance ne vous frappe pas.

Conclusion

Vous trouvez que cela n'est pas digne de notre société ? Attendez le moins possible des pouvoirs publics, des organisations et des institutions pris à leur propre piège. La lutte s'organise en commençant par nous-mêmes, là où se construisent ces représentations qui biaisent le réel, orientent nos attitudes et nos comportements, et finissent par tous nous condamner successivement, comme spécimens à risque, à une persécution feutrée ou un isolement forcé.

Ce ne sont pas les vieux qui vont mal, c'est le regard que nous portons sur la vieillesse. À nous de changer. L'âgisme et son cortège de stéréotypes et de préjugés procurent tant de maux que la prévention devrait commencer par là : des ateliers anti-âgisme en lieu et place d'une médecine anti-âge, et la vieillesse chutera moins... dans notre estime ! ■

¹ De la brièveté de la vie, Paris, Rivages, « Petite bibliothèque », 1988

² Érasme, Éloge de la folie (1511), Paris, Robert Laffont, « Bouquins », 1992, p. 37-38.

³ Nicole Benoît-Lapierre, Guérir de vieillesse, Communications, Le continent gris, N° 37, 1983, Le Seuil, p. 149-165

⁴ Sociologie de la famille, Armand Colin, 5e édition, 2000

⁵ Gutton J.-P., Naissance du vieillard, Paris, Aubier, coll. « Historique », 1989.

La vieillesse, ce n'est pas ce qu'on en dit !

Bernard Ennuyer

Ancien directeur d'un service d'aide et de soins à domicile, sociologue, enseignant chercheur associé à l'Université Paris Descartes

Aujourd'hui, il semble évident pour une partie de la communauté gériatrique et gériatrique et par voie de conséquence pour le grand public que le paradigme dominant de la vieillesse reste un individu inéluctablement déficitaire et déclinant, cette représentation sociale instituant une « vieillesse problème » ...

Mais qu'en est-il, en réalité, de la santé des personnes de 60 ans et plus catégorisées par l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) comme les « personnes âgées » ?

Au regard des maladies chroniques dont seraient affligées les personnes âgées

Le Baromètre santé¹ sur les comportements de santé des 55-85 ans nous apprend que le taux de prévalence des personnes se considérant comme malades chroniques croît continûment avec l'âge comme en témoignent les chiffres suivants : 6.6% des 15-19 ans, 23.3 % des 45-54 ans et 53 % des 75-85 ans. En clair, seulement une personne sur deux âgée de 75 à 85 ans se considère comme malade chronique. Malgré tout, ces maladies chroniques n'entament pas le sentiment de bonne santé des personnes : « *ce qui retient l'attention, c'est qu'une grande majorité des personnes de 55-85 ans gardent une vision positive de leur santé, en dépit d'une détérioration de leur état de santé physique avec l'âge et les limitations fonctionnelles que cela entraîne. De fait, les trois quarts des personnes déclarant avoir une maladie chronique s'estiment plutôt bien portantes et déclarent continuer d'avoir une vie sociale à l'image de leurs homologues non malades* ». ²

Quant aux chiffres de la « dépendance »³...

Quelle est la prévalence des incapacités de la vie quotidienne ? Selon l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires⁴ de 2008, environ 5 % de la population des plus de 60 ans vivant à domicile pouvaient être classés comme « dépendants ». Si on y ajoute les personnes résidant en hébergement médicalisé à cette époque et bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie, on arrivait, en 2008, à environ 8% de la population totale de cet âge dite dépendante, c'est-à-dire avec des incapacités de la vie quotidienne relativement importantes.

Ce que confirment les chiffres plus récents de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) pour les bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) en 2014. « En 2014, 1 250 000 personnes bénéficiaient de l'APA : le rapprochement de ce chiffre avec la population âgée de 60 ans et plus, qui a accès à l'APA, montre que la dépendance ne concerne en France que 8 % de cette classe d'âge »⁵. En bref, le risque d'être dépendant souvent présenté comme effrayant semble limité.

Sur la question cruciale des inégalités sociales et des incapacités selon l'appartenance de classe

Il est avéré qu'il existe une profonde inégalité entre les durées et les conditions de vie des hommes et des femmes. Parce qu'elles vivent plus longtemps, les femmes ont aujourd'hui une durée de vie prévisionnelle en incapacité de 13 ans contre 9,5 ans pour les hommes. En ce qui concerne les hommes, la classe sociale fait nettement la différence : à 35 ans, un cadre supérieur a une espérance de vie de 47 ans contre 41 ans pour un ouvrier⁶. Cette appartenance de classe au sens large se révèle être un facteur décisif dans l'explication des différences d'espérance de vie et d'incapacités. « *Tout se passe*

“
La vieillesse dans son ensemble n'est en aucun cas synonyme de « mauvaise santé », en dépit d'un certain discours.

“

“
L'enjeu réside plutôt dans le fait d'opérer un changement radical de regard sur l'avance en âge et de mettre en place une politique courageuse de correction des inégalités sociales (en matière d'éducation, d'emploi, de logement, de santé, etc.)

“



© drabig-photo

comme si on devenait vieux plus tôt lorsqu'on est au bas de la hiérarchie sociale, lorsqu'on a eu un travail pénible et chichement payé »⁷. Et le Baromètre santé cité plus haut en arrive à l'observation suivante : « Un des apports majeurs de ce rapport concerne la façon de concevoir la population des personnes âgées. Les acteurs de santé publique ont l'habitude de parler d'elles [les personnes âgées] comme d'un groupe homogène. Or, quel que soit le thème présenté dans cet ouvrage, la prévalence des problèmes de santé diffère selon le sexe, les générations, les catégories sociales et le mode de vie (vivre seul ou non notamment). »⁸

Tout cela inspire une double conclusion

Tout d'abord, la vieillesse dans son ensemble, pour autant qu'on la situe au seuil des 60 ans, n'est donc en aucun cas synonyme de « mauvaise santé », en dépit d'un certain discours (et pas uniquement gériatrique) : « Les données du Baromètre santé contredisent le stéréotype habituellement rencontré lorsque l'on aborde la santé des personnes âgées, à savoir : le vieillissement est un naufrage (...) De nombreux travaux ont montré que la présence de maladies ou d'incapacités chez des personnes âgées de plus de 60 ans n'implique pas obligatoirement qu'elles se considèrent en mauvaise santé. Le danger est de projeter dans les études d'observation de la santé de ces classes d'âge des représentations de la santé qui ont un sens chez des adultes jeunes. »⁹

Le problème majeur de la dépendance se situe donc moins sur le nombre de « dépendants » que sur le regard porté sur la vieillesse et c'est là le second volet de notre conclusion. C'est aussi le constat de l'OMS : « Certains des obstacles majeurs à l'élaboration d'une politique de santé publique adéquate concernant le vieillissement consistent en l'omniprésence de perceptions, d'attitudes et de croyances erronées sur les personnes âgées »¹⁰. La vision déficitaire de la vieillesse véhiculée par la majorité de la population française repose sur des déficiences ne concernant au final qu'une minorité de la population âgée.

C'est cette vision déficitaire qui est au cœur des politiques publiques de la vieillesse. A promulguer des lois spécifiques, on continue à stigmatiser le vieillissement à l'instar de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015. L'enjeu réside plutôt dans le fait d'opérer un changement radical de regard sur l'avance en âge et de mettre en place une politique courageuse de correction des inégalités sociales (en matière d'éducation, d'emploi, de logement, de santé, etc.), comme le constatait dans les années 1990 Pierre Laroque, fondateur de la Sécurité sociale, ces inégalités qui sont la principale source d'un vieillissement inégal faisant courir le risque d'un « mauvais vieillissement » à ceux qui avaient déjà mal vécu auparavant. ■



© dentisfilm



© dtdesign

¹ Léon C., Beck F. (sous la direction de), Les comportements de santé des 55-85 ans, Baromètre santé 2010, Inpes, Inpes Editions 2014, www.inpes.sante.fr

² Op.cit., p.134.

³ Nous avons banni de notre vocabulaire les mots de dépendance et de perte d'autonomie qui sont des mots « valises » souvent pas ou très mal définis (voir Ennuyer B., « Les malentendus de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la vieillesse », in Revue le Sociographe, numéro spécial, n°6 « Les paradoxes de l'autonomie », 2013, p.139-157.)

⁴ DOS SANTOS S., MAKDESSI Y. (2010), « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées », Etudes et Résultats, DREES, n° 718.

⁵ DREES (2015), « Enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2014 », Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2014.

⁶ Observatoire des inégalités, Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales, 6 octobre 2011, www.inegalites.fr

⁷ GRAND A., CLEMENT S., BOCQUET H. (2000). Personnes âgées, Inégalités sociales de santé, Paris, La Découverte, INSERM, 315-330.

⁸ Baromètre santé, op.cit., p.167-181.

⁹ Op. cit., p.171.

¹⁰ OMS (2016), Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.

La tyrannie du bien vieillir

Michel Billé¹, sociologue

Bien vieillir, qui est contre ? Qui ne le souhaiterait pas pour soi-même et pour autrui ? Qui préférerait vieillir mal ? L'idée du « bien vieillir » fait si largement consensus, elle est si politiquement correcte, et tellement bien venue du point de vue gériatrique que c'est peut-être un peu louche.

Comment cette aspiration, vieillir bien, pourrait-elle devenir tyrannique ? En devenant une injonction, discrète voire sympathique.

L'injonction au bien vieillir s'insinue progressivement dans nos mentalités au point de donner forme à notre rapport individuel et collectif à la vieillesse. Vieillissez, mais vieillissez bien !

Il faut alors chercher à débusquer cette idéologie du bien vieillir là où elle se cache : chez le médecin, dans notre assiette, dans nos vêtements, dans le rapport que nous avons avec notre propre corps, dans les multiples publications sur la vieillesse, dans les médias, dans la peur que nous avons de la mort... Si bien vieillir devient le projet personnel et politique auquel nul ne saurait déroger, vieillir mal devient une erreur, une faute, un délit vis-à-vis de soi-même et de ceux qui auront à en assumer les conséquences.

“

L'injonction au bien vieillir s'insinue progressivement dans nos mentalités au point de donner forme à notre rapport individuel et collectif à la vieillesse. Vieillissez, mais vieillissez bien !

“

Injonction, tyrannie douce qui a pour effet d'asservir nos contemporains et d'exercer une contrainte sur les années de vie qu'ils ont à vivre en vieillissant...

Au moment où s'allonge l'espérance de vie, celui qui vieillit devient coupable d'être vieux et de constituer un poids économique et social pour ses contemporains. Il convient alors de dissocier l'âge et la vieillesse. L'idéal que nous nous assignons est donc de vivre sans vieillir, de devenir âgé mais pas vieux, ce qualificatif devenant repoussoir... Et pour réaliser cette prouesse, incapables de penser la vieillesse, et refusant de vieillir, nous acceptons de normaliser nos comportements. Alors que les vieux avaient jusqu'à présent échappé aux processus de normalisation caractéristiques de nos sociétés, ils deviennent l'objet d'une attention toute particulière. Cette normalisation se joue alors sur plusieurs modèles qui se conjuguent : modèle médical, sportif, gestionnaire, etc.

Mais d'abord, bien vieillir exige que vous ayez un projet... de vie si possible. Ayez un projet et soyez autonome... La dépendance étant devenue ce qu'il convient d'éviter absolument, maîtrise, illusion de maîtrise !

Pour ne pas déroger, justement allez donc chez le médecin. Puisque nous avons fait de la vieillesse une maladie, c'est chez le médecin que s'exerce prioritairement l'injonction au bien vieillir. Elle y prend forme de ce que nous convenons d'appeler la surveillance. Il va falloir bien se faire soigner et pour cela bien se faire « surveiller », adopter les pratiques et comportements prescrits.

C'est dans l'assiette, par conséquent, que se joue le troisième acte de la tyrannie : pour bien vieillir, il faut bien manger ou plutôt bien se nourrir, manger suggère déjà trop de plaisir... Vous devrez donc commencer par alléger votre alimentation, la délester de tout ce qui la rend suspecte et vous l'enrichirez ensuite de molécules et compléments alimentaires dûment certifiés naturels et donc forcément bienfaisants.

Vous contrôlez ainsi votre santé et votre corps, ce qui transite par lui, il vous faut alors contrôler ce que vous en faites de ce corps et pour cela soigner l'image, l'apparence. Le modèle sportif prend le relais du discours médical : « Buvez, éliminez » ! Le sport, l'exercice physique tendent à maintenir le niveau de performance, l'idéologie du bien vieillir et celle de la performance vont de pair, dans tous les domaines, même les plus intimes... Quand ce n'est plus possible, c'est possible quand même et vous disposez des produits qui rendent possible la performance, malgré tout. Le modèle sportif remodèle le corps, le rapproche des canons de la beauté, lui donne la ligne... La ligne à suivre évidemment.

Encore faut-il soigner l'apparence, les lignes de vêtements, comme à tout âge, fournissent le costume du rôle qu'exige la mise en scène sociale de chacun, les laboratoires de produits cosmétiques font le reste. Il y a longtemps que les crèmes pour le visage ont laissé la place aux crèmes anti-rides qui elles-mêmes ont laissé leur place aux produits anti-âge... que nous consommons sans protester... Si nous n'y prenons garde, nous achèterons demain des produits anti-vieux !

Il n'est pas simple de conjuguer ces injonctions multiples. Il faut donc gérer ! Le corps devient un « capital » qu'il faut gérer. L'investissement sur le corps devient capital...

« Bien vieillir » devient donc bien gérer son « capital santé. » Capital osseux, musculaire, pulmonaire, cardio-vasculaire, cérébral, visuel, auditif, articulaire, moteur, bucco-dentaire, etc. Il va falloir d'abord « préserver son capital », c'est la moindre des choses, ne pas le dilapider... Et, si possible, le faire travailler, fructifier en souscrivant des « garanties assurancielles » qui permettront de faire face à tous les aléas de la gestion du capital santé, à tous les risques. La notion de risque arrive ici au premier plan, comme en matière de gestion écono-



© michaelheim



© Aaron Amat



© eelhosiva



© Wavebreakmedia/Micro



© oly

mique, et l'application individuelle et collective du principe de précaution doit permettre de limiter les risques.

Anticipation, précaution, investissement, prévoyance, assurance sont donc le vocabulaire de base de cette gestion du capital santé. Cette vision gestionnaire a pour effet de responsabiliser chacun vis-à-vis de sa propre santé, et de culpabiliser ceux qui dérogent à cette responsabilité, les rendant coupables des problèmes de santé qu'ils rencontrent et des effets économiques que cela implique pour la collectivité (le fameux « trou de la Sécu » !). On quitte ainsi le champ de la gestion de la santé publique pour celui de la gestion individuelle de la santé par rapport à laquelle certains, honte à eux, font preuve de négligence, d'insouciance, de désinvolture. S'il leur arrive quelque chose, ils l'auront cherché ! Comme si les comportements à risques ne trouvaient pas notamment leur origine dans les conditions de vie, de travail, de transport, de logement, etc. sur lesquelles nos contemporains n'ont le plus souvent qu'une prise bien relative.

On l'aura compris, l'idéologie du bien vieillir a pour objet de normaliser les comportements et fonctionne avec deux ressorts essentiels, le premier est économique, le second politique. Il s'agit d'abord de bien se comporter pour bien se porter. Qui vieillit bien ne coûte rien ; c'est clair !

Le second ressort est politique sans doute, il s'agit de normaliser le comportement d'une classe d'âge, nombreuse, possiblement désœuvrée ou du moins inactive... Elle pourrait devenir dangereuse ! Il vaut mieux qu'elle s'occupe de sa santé, de son apparence, de ses rides, de son nombril même, que de s'intéresser à ce qui se passe dans la société ultralibérale où tout cela est mis en scène.

La tyrannie du bien vieillir incite chacun à ignorer les inégalités devant la vie, la vieillesse et la mort... C'est sans doute sa fonction première... ■

¹ M. Billé et D. Martz. La tyrannie du bien vieillir. Ed. Le bord de l'eau.

Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie. *Gérontologie et société*, vol. 39, 01/2017, 252 p.

Rester chez soi pour y vivre jusqu'au bout de sa vie est le souhait d'une majorité de Français. Mais que recouvre exactement ce souhait ? Être temporel par essence, l'homme a besoin de lieux où faire halte durablement ou passagèrement à toutes les étapes de sa vie. Ces lieux sont en lien étroit avec la définition qu'il se donne de lui-même et avec les transformations qui l'affectent. Comment, à partir du passage de la retraite, les habitants organisent-ils les espaces dans ce temps nouveau de la vie ? Quels sont les parcours qu'ils font dans leur logement, leur quartier, leur région ; puis de ces derniers à des logements plus ou moins désirés ou désirables ? Quelles sont les utopies qui fondent leur désir d'habiter qui ne sont celles ni de leurs parents ni celles de leurs enfants ? Quelles peurs traversent ce désir d'habiter au fur et à mesure de l'avancée en âge ?

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Organisation mondiale de la Santé, 2016. 279 p.

Aujourd'hui pour la première fois dans l'histoire, la majorité des populations peuvent espérer vivre jusqu'à 60 ans et au-delà. Le Rapport mondial sur le vieillissement et la santé définit un cadre d'action pour favoriser le vieillissement en bonne santé, construit autour du nouveau concept des capacités fonctionnelles. Cela exigera une transformation des systèmes de santé s'éloignant des modèles curatifs basés sur la maladie pour préconiser la prestation de soins intégrés et centrés sur la personne âgée.

Disponible sur : <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr> Consulté le 10/05/2017

La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire / GUILLAUME Stéphanie, OR Zeynep. *Questions d'économie de la Santé*, n°214, 01/2016, 6 p.

Cette enquête qualitative exploratoire vise à identifier les dimensions de la satisfaction des personnes âgées concernant leur prise en charge médicale et la coordination de leurs soins. Réalisée au printemps 2015 à partir d'entretiens semi-directifs, elle porte sur un échantillon de 18 personnes âgées de 72 à 90 ans, vivant à domicile ou en institution, ainsi que sur 4 aidants de patients atteints de pertes de facultés cognitives. Toutes les personnes interrogées, quel que soit leur type d'hébergement, y compris les aidants, s'accordent à dire que la dimension la plus importante dans la prise en charge concerne la qualité de la relation entretenue avec les professionnels de santé.

Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins.pdf> Consulté le 10/05/2017

L'approche écologique en action en France et au Québec. Exemples d'intervention de prévention et promotion de la santé pour les aînés / BARTHELEMY L. *Gérontologie et société* 2012/5 (vol. 35 / HS n° 1)

L'approche écologique impulse des interventions sur un continuum allant de celles dispensées dans un microenvironnement (ex. : domicile) jusqu'à celles offertes dans des contextes plus larges (communautés territoriales, pays). Les stratégies centrées sur le changement de comportement de l'individu sont nombreuses (ex. : séances d'éducation plurithématiques ou spécifiques). En complément, quatre stratégies socio-environnementales peuvent se conjuguer à chaque niveau d'intervention (environnement interpersonnel, organisations, communautés, environnement politique). L'approche globale et positive de la santé crée un contexte propice à des actions nouvelles pour promouvoir la santé et la qualité de vie des populations vieillissantes.

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-5-page-101.htm> Consulté le 21/06/2017

La participation sociale : bonne pour la santé des aînés, mais non exempte d'inégalités / RAYMOND Émilie, SEVIGNY Andrée, TOURIGNY André. *La santé de l'homme*, n°411, 01-02/2011, pp. 25-27.

Dans quelle mesure le processus de vieillissement des personnes est-il influencé par leur participation à la vie collective ? Une revue canadienne de littérature met en lumière une corrélation solide entre état de santé optimal et participation sociale. Cette participation peut notamment contribuer à ralentir le déclin cognitif et fonctionnel. Malgré les possibilités offertes par la participation, il ne faut pas la transformer en injonction, en étant conscient qu'elle avantage d'abord les aînés les mieux nantis. Dans l'avenir, la vraie question sera d'examiner comment elle peut profiter à l'ensemble des aînés.

Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-411.pdf> Consulté le 14/06/2017

Pour bien vieillir

Développé par Santé Publique France, ce portail s'adresse aux personnes de 55 ans et plus, ainsi qu'aux professionnels médicosociaux. L'ensemble des contenus proposés s'inscrit dans une approche globale et positive de la santé. L'espace destiné au grand public réunit tous les conseils pour un vieillissement en santé. L'espace pro offre des informations sur les thématiques de prévention santé des aînés, des outils pour leurs actions "bien vieillir" et des formations professionnelles en promotion de la santé.

<http://www.pourbienvieillir.fr>

Pour aller plus loin, n'hésitez pas à vous intéresser aux bibliographies des contributeurs de ce numéro.

Pour vous abonner à *Horizon Pluriel*, rendez-vous sur le site internet de l'IREPS Bretagne : www.irepsbretagne.fr >
Nos ressources et prestations > Productions