

Journée d'Étude du 22 Septembre 2016

Action Sociale Pour le Bien Vieillir :

Perspectives et Perspectives

Sommaire

Introduction de la journée d'étude par Monsieur Daniel CADOUX	3
Discours de Madame la Ministre, Pascale Boistard	6
Table Ronde n°1: L'action sociale : quelles politiques, quelles stratégies et quels moyens pour favoriser le maintien à domicile ?	9
Discours de Luc Broussy.....	30
Discours du Professeur Anathase Benetos.....	34
Table Ronde n°2: La prévention et la loi "adaptation de la société au vieillissement" Quelles réponses l'ANGDM et ses partenaires peuvent apporter aux exigences de la loi: actions et perspectives.....	37
1. Le domicile : les adaptations et les actions menées avec les bailleurs.	37
2. La rupture de l'isolement : la politique loisirs et de vacances.....	43
3. La coordination médico-sociale : l'approche du vieillissement à travers une prise en charge conjugquée du médical et du social.....	44
4. Le repérage précoce de la fragilité	47
5.L'aide aux aidants	50
Conclusion de ma journée d'étude par Monsieur Michel Pascal	6

Début de la matinée : 9h11

Olivier AROMATARIO : Nous voilà réunis dans cette École des Mines pour cette journée de réflexion sur l'action sociale pour le bien vieillir. Il s'agit de définir les perspectives suite à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Je vais vite passer la parole à Monsieur le Président et à Madame la Ministre. Je vais juste me présenter : je suis Olivier Aromatario, je suis celui qui s'occupe des projets de santé à la CARMI de l'Est, et nous allons être en binôme avec Linda Cambon qui est titulaire de la chaire de recherche et de prévention des cancers. Elle est docteur en santé publique et fait partie intégrante du centre de recherche pour l'action politique en Europe. C'est le laboratoire de recherche de l'EHESP. Monsieur le Président, Madame la Ministre, je vous passe la parole.

Daniel CADOUX - Président du conseil d'administration de l'ANGDM : Madame la Ministre, je vous salue chaleureusement et respectueusement. Mesdames et Messieurs, j'adresse à chacune et chacun de vous un salut très cordial. Vous l'avez sûrement déjà vu dans le programme, mais je l'indique à nouveau pour ceux qui ne me connaîtraient pas : je m'appelle Daniel Cadoux, je suis le Président du conseil d'administration de l'ANGDM. Au nom de l'agence et au nom de Michel Pascal, qui a voulu cette journée et qui a consacré beaucoup d'énergie pour l'organiser, au nom des personnels qui l'ont accompagné et assisté depuis des mois pour faire de cette rencontre une réussite – je pense notamment à Fabienne Bardin –, je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation et je vous souhaite la bienvenue. Je vous souhaite la bienvenue car nous sommes presque chez nous ici. Presque. L'Agence Nationale de Garantie des Droits des Mineurs est presque chez elle, dans ce lieu chargé d'histoire, au cœur de la capitale, dans cette prestigieuse École des Mines qui a tant compté dans l'histoire industrielle du pays. Alors que tout a changé autour d'elle, le nom de cette école demeure, manifestant ainsi combien le mot « mine » est porteur à lui seul de modernité, de capacité à comprendre, de volonté d'entreprendre, de ne pas subir les transformations du monde, mais de nous y adapter. Plus encore, de les anticiper pour demeurer, au milieu des périls qui nous guettent et de toutes les difficultés qui nous assaillent, un pays en mouvement, une société ouverte, solidaire et fraternelle, précisément la toile de fond de cette rencontre sur le bien vieillir, laquelle fait suite à une rencontre précédente sur le même thème organisé il y a plus de quatre ans par mon prédécesseur, Jean-Marie Spaeth, que je suis heureux de retrouver et de saluer en cette occasion. Aujourd'hui, le Directeur général et moi-même nous sommes réparti les rôles : je vais introduire le sujet et Michel Pascal conclura la journée plus longuement. Il nous dira les enseignements que nous pourrions en retenir. Il saura tracer avec mesure, dans la période tellement incertaine que nous connaissons, les perspectives qui s'offriront à nous.

Introduire, c'est donc d'abord faire les remerciements. Ils vont d'abord à vous, Madame la Ministre, dont la présence nous honore, nous réjouit et m'impressionne aussi un peu. Le sujet que nous allons voir aujourd'hui, vous le maîtrisez parfaitement, vous le portez au sein du gouvernement, dans la sphère publique, devant le pays. Vous en êtes la grande sachante. Même si vous ne connaissez pas en revanche l'ANGDM ni le monde de la mine, vos propos sur le vieillissement auront bien évidemment une toute autre portée que les miens. La même observation vient pour quelqu'un qui interviendra cette après-midi, Monsieur Broussy, auteur d'un rapport qui, personnellement, m'a captivé et que je vous recommande de lire. Il m'a appris beaucoup de choses, il a redressé beaucoup d'erreurs d'appréciation de ma part. J'ai notamment compris ce que j'avais beaucoup de mal à réaliser au départ, un point central du travail de Monsieur Broussy : loin d'être une inéluctable catastrophe, le vieillissement constitue une chance, pour les jeunes et les moins jeunes, pour le pays dans son ensemble. Monsieur Broussy vous expliquera cet après-midi pourquoi le vieillissement constitue une chance. Mes remerciements vont également à tous ceux qui

ont accepté de participer aux tables rondes, je ne peux tous les nommer, mais nous les écouterons tous avec attention.

Introduire, c'est également vous dire quelques mots sur l'agence, confrontée à cette question du vieillissement. Moins sur le fond lui-même, puisque d'autres que moi le feront ce matin, que sur notre état d'esprit, sur notre approche du sujet, sur la méthode que nous privilégions. Comprenez bien d'abord que si l'ANGDM est incontestablement un héritage du passé, elle n'est pas tournée vers lui, mais vers l'avenir. Elle prépare l'avenir de mille façons. Elle bouge, elle change, elle se modernise. Elle n'avance pas à reculons, les yeux fixés sur le rétroviseur, elle regarde fixement l'avenir et s'y prépare de son mieux. Elle ne veut pas seulement s'adapter à l'avenir, car s'adapter à un environnement qui change, c'est bien, mais cela ne suffit pas. Car lorsque la réalité nouvelle est là, l'adaptation arrive bien tard, trop tard. L'ambition que nous avons à l'agence est d'anticiper plutôt que d'observer et subir l'évolution naturelle des choses. La part d'avenir qui nous concerne pour la population minière, il n'est pas nécessaire d'être très perspicace pour le deviner. Les mines ont fermé depuis longtemps dans notre pays. La population minière est une population fermée, une population qui vieillit inexorablement. Des 200 000 personnes concernées, les deux tiers ont plus de 75 ans contre 10 % de la population française dans son ensemble. L'ayant droit a 73 ans en moyenne. Le conjoint survivant, 83 ans. Je crois bien avoir lu dans le rapport Broussy que le XX^{ème} siècle avait été celui de l'expansion démographique de notre pays et que le XXI^{ème} serait celui du vieillissement de manière générale. Pour nous, le siècle dernier a été le siècle de l'activité industrielle et de l'enrichissement du pays auquel les mineurs ont tant contribué, et le XXI^{ème} siècle sera de plus en plus celui du vieillissement de nos mineurs. C'est la donnée première. Elle imprègne tout ce que nous faisons et tout ce que nous voulons faire dans l'avenir. J'ai bien aimé l'image, dans le rapport Broussy, du sucre dans le café, à votre intention, Madame la Ministre, et à celle du gouvernement, mais il en va de même pour l'agence. Le vieillissement est comme le sucre dans le café, il est partout sans qu'on le voie. Il est intégré dans tous les programmes, dans toutes les politiques, il est présent dans chacune de nos actions.

Comme abordons-nous cette réalité ? Le fil rouge qui nous guide est le souci des personnes. Toutes les actions et les politiques, les plus richement dotées, les plus ambitieuses, les plus sophistiquées, ne vaudraient pas grand-chose si elles ne prenaient pas en compte chaque personne dans son caractère unique, dans sa singularité, dans sa dignité d'homme et de femme, dans son droit à être informée, à être consultée, dans sa capacité à concourir au moins pour une part aux choix qui vont la concerner et peser sur sa vie. De même qu'on ne peut pas réformer une société sans son consentement, on le voit bien aujourd'hui dans notre pays, il n'y a pas de place dans ce qui nous concerne ce matin pour une forme d'ignorance des individus, de leurs aspirations, de leurs droits et de leur liberté. Ils ne peuvent pas être simplement les objets de notre bonne volonté et de nos bonnes intentions. Ils doivent avoir les moyens d'être les acteurs de notre propre avenir. C'est pourquoi moi, personnellement, je n'utilise jamais l'expression de « prise en charge » des personnes âgées, car une charge est un fardeau, ce que les mineurs ne sont pas. Je lui préfère de beaucoup le mot accompagnement, qui exprime un mouvement conjoint. Nous voulons accompagner nos mineurs vers l'âge et le grand âge. Nous voulons donc agir avec le souci de la personne. Nous ne voulons pas agir seuls, toujours avec d'autres acteurs. Car sur ce sujet spécialement, nous ne ferons jamais rien de bon et durable dans la dispersion, l'éparpillement ou dans le cloisonnement des initiatives. Le bon sens est le gage de l'efficacité, on le trouvera dans le rassemblement des imaginations, des volontés, des capacités d'entreprendre et bien sûr des financements. Nous ne sommes qu'un acteur – un acteur important certes, mais un acteur parmi d'autres.

C'est pourquoi l'agence recherche toujours la concertation. C'est particulièrement vrai avec les partenaires sociaux au sein de l'agence et avec les élus locaux à l'extérieur. Au sein de l'agence, il n'est de politique que concertée avec les partenaires sociaux présents ce matin dans cette salle. Les représentants des organisations syndicales, représentant elles-

mêmes les anciens mineurs. Ils siègent autant dans les conseils d'administration que dans les nombreuses commissions de l'agence. Bien sûr, autant le dire, nous ne sommes pas toujours en parfait accord. Nos points de vue ne se rejoignent pas toujours spontanément, ils nous paraissent parfois exigeants, parfois inconfortables comme c'était le cas hier pour la direction de charbonnage. C'est dans l'ordre naturel des choses. Des syndicalistes complaisants manqueraient à leur mandat. Ils seraient infidèles également au souvenir et à l'héritage, exigeant lui aussi, de grands anciens, ceux dont les luttes ont marqué l'histoire de la mine à une époque plus difficile et moins apaisée que la nôtre.

Au sein d'une institution comme la nôtre qui voit, dans le dialogue social, non pas une contrainte mais un atout, nos partenaires savent toujours distinguer ce qui est souhaitable dans l'absolu de ce qui est possible dans l'immédiat, entre l'idéal vers lequel ils tendent et la réalité, parfois la dure réalité qui s'impose à l'agence, d'autant que cette dernière est placée sous la surveillance étroite de Bercy. Surveillance est un mot faible, celui de tutelle étant plus approprié. Avec les élus locaux également, l'agence recherche en permanence la concertation. D'abord, pour une raison pratique et de bon sens : l'action de l'agence ne se déploie pas de manière abstraite, elle se déploie sur les territoires de communes dont l'histoire se confond avec celle de la mine. Les élus savent ce que la mine a apporté à leur collectivité hier et ils savent ce que l'agence apporte aujourd'hui. Des millions d'euros, près de 500 millions, toutes additions faites, qui sont injectés dans la vie économique locale. Ils savent toute l'importance des prestations et des services rendus à nos ayants-droits, qui sont leurs administrés. Alors, ils facilitent notre action et nous facilitons la leur, de multiples façons, qui vont de la mise à disposition de bureaux pour nos permanences à la mise à disposition d'équipements pour toutes les activités développées dans le domaine des loisirs et des vacances. De manière générale, j'aimerais vous le dire, Madame la Ministre, qui êtes une élue, qui avez été une élue du moins, l'agence, dans tout ce que nous entreprenons sur les territoires des anciennes communes minières, n'oublie jamais cette chose aussi simple qu'essentielle : bien que nous soyons un établissement public national, que nous agissions au nom de la nation, que nous tenions notre mission de la loi, les élus locaux ont une légitimité sur le territoire de leur commune que nous n'avons pas. Cette légitimité est celle que donne le suffrage universel, la meilleure de toutes et la seule qui vaille en réalité dans notre démocratie. Elle appelle de notre part une attention et une considération constantes, la volonté de ne rien faire contre eux et de tout faire avec eux.

Les partenaires sociaux et les élus locaux sont les premiers de nos partenaires mais comme les problématiques liées à l'âge sont multifactorielles, l'agence ne peut être efficace que dans une action coordonnée avec bien d'autres acteurs. Leur action est complémentaire de la nôtre. De même que vous, Madame la Ministre, vous travaillez au moins avec la moitié des membres du gouvernement auquel vous appartenez, pour nous, ce sont les bailleurs, entre autres. La question du logement est centrale. Pas loin de mille logements sont adaptés chaque année. Nous croyons ardemment aux papilofts et aux mamilofts, nous apportons notre soutien financier et nous y voyons le type même d'une démarche d'avenir qui porte en elle le mieux vivre ensemble. Dans la matinée, quelqu'un vous racontera la belle histoire, le témoignage émouvant de Catherine, résidente d'un mamiloft de Roulin dans l'ancien bassin de Moselle. Les bailleurs donc, mais aussi les services médicaux et les établissements sanitaires de la CAN dont je salue les représentants. Le régime minier a ceci de particulier, de précieux, qu'il permet une approche globale qui optimise les programmes d'aide bâtis par les assistantes sociales, en les adaptant à la situation individuelle de chacune des personnes concernées. A cet effet, nous voulons vraiment renforcer et valoriser les permanences tenues par les assistantes sociales dans les centres de santé de la CAN et dans un domaine particulier, celui de la sortie de l'hospitalisation dont il a été question encore la semaine dernière dans une commission de l'agence. Nous voulons rechercher et systématiser le conventionnement avec les établissements sanitaires pour faciliter le retour à domicile. Dans le même esprit de recherche de cohérence gage de l'efficacité, le service social de l'agence travaille avec le

réseau de santé partout où il existe. Il s'agit de favoriser l'intervention de plusieurs professionnels dans un même domicile. Les bailleurs, la CAN mais aussi toutes les structures d'aide à domicile sont près de 400 sur le territoire. Ce sont nos partenaires directs et naturels. Il sera beaucoup question de l'aide à domicile ce matin. C'est une grande priorité de tous les gouvernements successifs depuis fort longtemps, Madame la Ministre, sans que les choix budgétaires suivent toujours les intentions et les déclarations. En tout cas, elle est pour nous au cœur de nos préoccupations. L'occasion pour moi de souligner que le nouveau règlement d'actions sanitaires et sociales, celui pour lequel nous avons lutté durement pour le mettre en place, Monsieur Pascal particulièrement, diminue fortement le reste à charge du service à domicile pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles. La dépense est divisée par deux pour un temps de présence de l'aide à domicile multiplié par deux. Je m'en tiendrai donc là.

Je souhaite que cette rencontre soit l'occasion d'une confrontation d'idées, de réflexions, d'expériences, de projets riches, denses et féconds. Nous n'avons pas l'ambition ce soir de vous voir repartir avec des certitudes, mis à part la certitude que l'ANGDM n'est pas une de ces structures inutiles, venue du passé, qui survit artificiellement et dont le pays pourrait facilement faire l'économie comme des journalistes ignorants ou malveillants ont pu à un moment l'écrire. Il s'agit d'une belle institution voulue par la nation, établie par la loi et qui remplit au mieux la mission que le pays lui a confiée dans un environnement difficile. Une institution que je quitterai moi-même avec regret dans quelques mois. En dehors de cette certitude-là, vous ne repartirez pas avec un lot de solutions toutes prêtes, préfabriquées qu'on vous livrerait pour un usage immédiat. Nous souhaitons que vous partiez avec une prise de conscience renouvelée, des questionnements renouvelés pour vous-mêmes, votre environnement social et professionnel, une réflexion renouvelée que chacun prolongera au cours des mois qui viennent pour en trouver la traduction sur son terrain, de telle sorte que demain, ensemble, nous répondions avec plus de pertinence et un surcroît d'efficacité à l'exigence du bien vieillir. De telle sorte que demain, la formule qui suit n'est pas de moi, plus encore qu'aujourd'hui, nous puissions « ajouter de la vie, une véritable vie aux années et non pas seulement des années à la vie ».

Je vous remercie de votre attention, je vous souhaite une bonne journée. Avant de céder ce pupitre et ces micros à Madame la Ministre, j'indique qu'elle devra nous quitter très rapidement après son intervention, nous le comprenons, elle est appelée par d'autres obligations. Je vous remercie à nouveau, Madame la Ministre, je vous appelle à prendre ma suite à ce pupitre.

Pascale BOISTARD - Secrétaire d'État chargée des personnes âgées et de l'économie : Merci Monsieur le Président, Monsieur le Préfet, Monsieur le Directeur général de l'Agence Nationale de la Garantie des Droits des Mineurs, Mesdames et Messieurs, ici présents en vos qualités respectives. A mon tour de vous remercier pour votre invitation à ouvrir cette journée d'étude placée sous le thème de l'action sociale pour le bien vieillir. Effectivement, vous l'avez dit, Monsieur le Préfet, être une élue des Hauts-de-France, cela implique quelques responsabilités, je crois, dans ce domaine. Dans ce domaine, car pour le travail difficile qui a été opéré pendant plusieurs centaines d'années et qui a fait la richesse de ce pays, la mine, je tenais bien évidemment à être ici parmi vous. C'est aussi l'occasion de faire le point après tant d'années, qui ont presque fait couler des larmes sur nos joues à les écouter, de dire qu'aujourd'hui, il est venu le temps des actes. Je suis venue vous rendre compte ici de ce que l'on peut co-construire, à la fois les acteurs de terrain que vous êtes, mais aussi le gouvernement, les parlementaires et les élus locaux. Il s'agit bien de mobiliser l'entière de la société sur cette question, si difficile à appréhender car elle touche l'intimité tout simplement. Se projeter dans le futur, se voir vieillir n'est pas si simple. Pouvoir parler de ces sujets avec son entourage lorsque l'on est touché dans sa propre famille, quelle que soit sa condition sociale, c'est toujours difficile. C'est l'intimité que nous mettons ici au centre des discussions. Et donc, il fallait à un moment donné dépasser ces discours, dépasser ces

grandes annonces à coups de renforts de communication, qui, pendant des années, nous ont donné bonne conscience après le drame qui s'est opéré en 2003.

Tout le monde attendait des actes, et c'est pourquoi je suis ici pour vous rendre compte de cette loi, de cette loi d'adaptation de la société au vieillissement qui est un outil formidable. Je vais essayer de vous la présenter, même si je sais que beaucoup d'entre vous la connaissent déjà en partie. La notion de bien vieillir est au cœur évidemment des politiques publiques que nous menons, et c'est pourquoi cette loi embrasse tous les champs, qu'ils soient médicaux, sociaux, citoyens. Son esprit est à la fois simple, mais très ambitieux. Il s'agit d'une part d'améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie, mais également – et c'est là une avancée majeure – d'anticiper la perte d'autonomie pour la retarder le plus possible. Cela implique évidemment de repenser les actions et les méthodes de travail qui en découlent. Cela passe par une grande transversalité dans les réponses apportées et une meilleure coordination des différents acteurs impliqués. En effet, nous en avons fini avec l'idée que nous ne pouvons que subir les effets du vieillissement : bien vieillir, c'est d'abord prévenir et accompagner l'avancée en âge de nos concitoyens. Je sais que, pendant cette journée, vous allez échanger et réfléchir à partir de ce que la loi d'adaptation de la société au vieillissement votée en décembre dernier implique, et je ne peux que vous encourager dans cette voie. Je veux vous encourager aussi à avoir des exigences sur le terrain vis-à-vis des Départements qui deviennent pilotes de ces politiques publiques, avec l'État en soutien puisque l'entière des nouvelles mesures de cette loi sont totalement financées par l'État.

Je préfère rétablir, dans cette période de grande communication, quelques vérités. Pourquoi être exigeants avec vos Départements ? Parce que vous avez le droit, notamment par rapport à ce que vous représentez, de participer activement à la fois à la conférence des financeurs, ce qui va faire la mise en place de schémas adaptés sur les territoires de la préparation à la prévention du vieillissement, et de comment ces outils financiers peuvent être traduits en des outils pragmatiques au plus près des désirs et des volontés de nos aînés. Avec tout ce que cela comporte de la spécificité de nos aînés, de leur parcours, de ce qu'ils ont vécu et de ce qu'ils vivent lors de leur vieillissement. Vous avez le droit de demander à participer à ces instances, et je vous y invite.

Je sais que, pendant cette journée, vous allez pouvoir échanger. Comme vous le savez, cette loi porte aussi une petite révolution, car elle inverse le paradigme ayant eu cours jusque-là. On ne considère plus avec cette loi que ce sont les populations âgées qui doivent s'adapter, mais bien l'inverse. C'est intelligent de partir de ce postulat. Concernant le vieillissement des populations, vous l'avez dit, Monsieur le Président, il n'y a pas d'égalité entre les personnes qui vieillissent. Parce que leur parcours et leur histoire, d'un point de vue professionnel ou privé, ce qu'elles ont parfois subi, leur classe sociale, font qu'elles n'ont pas les mêmes atouts pour préparer leur vieillissement et agir en conséquence lorsque leur situation se dégrade. Cela concerne tous les champs de la vie quotidienne : l'habitat, les loisirs, la prise en charge médico-sociale, le rôle des aidants. J'en ai beaucoup parlé hier lors de la journée mondiale d'Alzheimer. Cette loi instaure aussi pour la première fois un statut pour les aidants avec une amorce d'aide pour les aidants au droit au répit, c'est-à-dire pouvoir souffler, pouvoir récupérer un peu de temps pour soi, même si on trouve naturel d'être aux côtés de son conjoint, de sa conjointe, de ses parents lorsqu'ils vont mal, lorsqu'ils sont atteints de maladie neurodégénérative par exemple. C'est un changement global que nous avons souhaité dans cette loi, mais ne vous y trompez pas : ce changement impulse et soutient, mais il a besoin de tous les acteurs concernés pour que, concrètement, au quotidien et sur le terrain, ces changements s'opèrent. Car, en travaillant au profit de nos aînés, c'est pour l'ensemble de la société qu'on agit. Nos sociétés connaissent des bouleversements profonds en termes démographiques, en termes d'évolution technologique, jamais de telles mutations n'ont été aussi rapides et irréversibles. Voilà pourquoi anticiper est primordial. Voilà également pourquoi nous ne pouvons plus réfléchir comme avant, parce que nos aînés d'aujourd'hui ont des besoins que nos grands-parents n'avaient pas. Et les aînés de demain, dont nous ferons partie, auront des attentes que ceux d'aujourd'hui

n'imaginent même pas. Voilà pourquoi notre politique publique en direction des personnes âgées doit répondre à la fois aux urgences, mais aussi aux mutations actuelles. Elle doit également anticiper et imaginer ce qu'aujourd'hui, nous pouvons mettre en place pour demain.

Le défi à relever est important et il est aussi passionnant. Il conjugue deux temps : à la fois l'immédiat et le long terme. Il implique un changement de méthodes de travail et une mutualisation des connaissances et des pratiques. L'ANGDM, je le sais, a déjà fait évoluer ses méthodes d'actions sociales en mettant en place de nouvelles prestations et en prenant des dispositions contre l'isolement. Je ne peux que m'en réjouir et vous enjoindre à continuer dans cette voie. Vous avez également mis en place des partenariats dans le domaine du logement et de la santé, avec des approches coordonnées et pluridisciplinaires, et je pense que nous partageons un certain nombre de constats et d'ambitions dont la philosophie tient en un mot : l'humain. C'est en partant des besoins et des attentes que chacun, à notre niveau, nous pourrions répondre de manière efficiente. Ce que nous disent nos aînés, c'est qu'ils souhaitent continuer à vivre le plus longtemps possible à domicile parce que c'est chez eux, ce sont leurs objets, c'est leur environnement. En matière d'habitat, l'enjeu est bel et bien d'adapter les habitats au vieillissement, de développer l'offre d'habitat intermédiaire, modernisation des logements, des foyers (renommés « résidences autonomie » dans cette loi), d'adapter le domicile privé ou encore de sécuriser le modèle des résidences service. Les lieux de vie quotidiens doivent être en harmonie avec leurs occupants. Ils y passent du temps et doivent s'y sentir le mieux et le plus libres possible. C'est pourquoi, en juillet dernier, j'ai signé, avec Emmanuelle Cosse et Marisol Touraine, une convention pour favoriser l'adaptation des logements privés et sociaux à l'avancée en âge. Cette convention associe de nombreux partenaires comme l'Agence nationale pour l'habitat, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Fédération française du bâtiment, la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment et d'autres encore. Cet exemple illustre bien ce que nous souhaitons développer dans d'autres domaines, et il est effectivement primordial d'associer les différents acteurs afin que ces transformations puissent être réalisées de manière concrète et réaliste. Je sais que votre agence agit également en ce sens en ayant passé une convention avec vos principaux bailleurs pour l'adaptation des logements et que près de mille logements ont ainsi été adaptés en 2015. Je vous en félicite et vous encourage évidemment à aller encore plus loin.

Si l'habitat est un chantier majeur, il n'est pas le seul. L'inclusion dans la vie de la cité est également déterminante pour bien vieillir. C'est pourquoi de nouveaux droits ont été créés en direction des personnes âgées et des proches aidants. Cette loi reconnaît aujourd'hui 8,3 millions de personnes qui sont auprès d'un adulte de plus de 20 ans, dont la moitié auprès de personnes âgées. Les proches aidants pourront bénéficier de ce droit au répit et d'un relais en cas d'hospitalisation de leur propre personne sans être angoissés de devoir s'occuper en attendant de leur aîné. Ce sont des mesures concrètes, et cet effort financier représentera en année pleine plus de 450 millions d'euros financés par la CASA. De votre côté, vous êtes également sensibles à ces questions, je le sais, et en mai dernier, vous avez créé une nouvelle aide en direction des aidants, une prestation expérimentale permettant aux aidés de compléter leur plan d'aide APA, qui, par cette loi, est aussi revalorisé et financé entièrement par l'État pour soulager les aidants dans leur quotidien. Comme vous le constatez, entre le gouvernement qui impulse mais aussi donne des moyens financiers pour avancer et mettre en place des mesures fortes, et les partenaires qui agissent et innovent, nous apportons des solutions aux aînés dans un cadre global, mais aussi national. C'est également valable, vous l'avez dit, pour la silver économie. Le gouvernement auquel j'appartiens est un soutien au développement de la filière de la silver économie. L'ambition est bien de structurer une industrie de pointe du vieillissement en France. Le vieillissement est une bonne nouvelle puisque nous vieillissons plus – le tout est de bien vieillir. C'est une question essentielle. Et comme nous avons tendance à dire en ce

moment que tout cela est un poids. On se demande à quoi sert de vieillir et à quoi servent nos aînés dans cette société. Eh bien, nos aînés sont aussi un facteur d'économie sociale et solidaire, et je pense à tous celles et ceux qui travaillent au quotidien auprès de nos aînés dans des conditions très difficiles et peu reconnues, mais aussi à tous ces chercheurs et entrepreneurs qui mettent leur intelligence et leur créativité au service du mieux vivre et du mieux vieillir dans ce pays. Nous allons à la fois les aider à se structurer, mais aussi à devenir une industrie de pointe pour notre pays. Nous avons des talents à faire émerger. Je trouve que mettre de l'économie au service de l'humain est toujours très intéressant.

Dans les prochaines semaines, le gouvernement détaillera l'impulsion qu'il entend donner à cette filière parce que, là aussi, nous avons besoin de toutes les énergies. Vous pouvez le constater, la loi d'adaptation de la société au vieillissement ouvre des possibles, encourage l'innovation, favorise surtout l'inclusion, et, à travers cette journée, vous avez décidé de vous interroger sur vos pratiques, vos actions, vos réalisations en tenant compte de ce qu'apporte la loi et de la nécessaire adaptation de nos modes de fonctionnement au vieillissement de nos populations. Je ne peux que vous encourager dans ce sens parce que c'est la société dans son ensemble que nous devons emmener avec nous. C'est un défi passionnant qui mobilise les énergies, les talents. Même si tout ne se fait pas en un jour, même si chacun, à notre niveau, nous pouvons rencontrer des difficultés, nous avons tous ensemble la possibilité de faire avancer notre société pour nos aînés, mais plus généralement pour l'ensemble de nos concitoyens, pour construire cette république du respect qui rend la vie tout simplement plus douce. Merci.

Olivier AROMATARIO :

Merci Madame la Ministre.

Nous avons aussi une bonne journée à passer ensemble. Monsieur Michel Pascal, le directeur, Fabienne Bardin, leurs équipes et l'ensemble des intervenants nous ont concocté tout un programme. Il s'organise en deux temps. Le matin, nous allons parler du cadre contextuel, avec une première table ronde ; et, dans l'après-midi, une deuxième table ronde présentera des cas plus concrets, plus illustratifs. Des intervenants viendront nous expliquer ce qui se passe sur le terrain. J'appelle donc les intervenants de la première table ronde.

Table ronde n°1 : L'action sociale : quelles politiques, quelles stratégies et quels moyens pour favoriser le maintien à domicile ?

Christophe CAMBONA, responsable du département prévention et partenariat de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

Isabelle BITOUZET, directrice, responsable de l'ASS du régime social des indépendants (RSI).

Penda SALL, responsable du département "accompagnement et développement social » de la mutualité sociale agricole (MSA).

Sylvain DUDA, Directeur de l'ASS de l'ANGDM.

Line LARTIGUE DOUCOURE, directrice santé/ action sociale de l'UNA (Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles).

Karin MERTENS, Chargée de mission, relations internationales des agences régionales de santé Champagne, Ardenne, Alsace, Lorraine.

Linda CAMBON : On nous a fait une très belle introduction, ce matin, qui permet d'apprécier les enjeux du vieillissement de la population. On nous a parlé de chance, on nous a parlé de donner de la vie aux années. On nous a parlé d'accompagnement au lieu de prise en

charge. Et, surtout, on nous a parlé de « personnes » au cœur du dispositif. L'objet de cette table ronde est de montrer comment cette loi d'adaptation de la société au vieillissement permet de positionner ces enjeux et de définir les outils et aussi les moyens financiers qui sont, non pas le nerf de la guerre, mais le nerf de l'accompagnement, comme le dit Monsieur Cadoux. Cette table ronde va nous permettre d'appréhender ce qu'est aujourd'hui l'action sociale, et notamment le renforcement du maintien à domicile qui est un enjeu fort de la loi qui a été présentée ce matin par la Ministre. Nous allons voir comment on peut renforcer ce maintien à domicile à travers des politiques publiques fortes en la matière, des stratégies et surtout de la coordination et de la concertation. L'ensemble des participants à cette table ronde sont les premiers acteurs de ce maintien à domicile. Ils vont surtout nous parler de leurs missions, mais aussi et surtout de la manière dont ils se coordonnent. Et nous aurons aussi, lors de cette table ronde, un éclairage étranger avec l'un de nos pays voisins.

J'adresse une première question à Monsieur Cambona, Madame Bitouzet et Madame Sall : qu'est-ce que l'inter-régime, comment cela se construit-il ?

Penda SALL : Bonjour. L'inter-régime est une volonté politique. Nous trois représentons l'inter-régime retraite, moi pour la MSA multi-branches, qui s'occupent non seulement de la retraite mais aussi de la santé et de la famille pour une population multi-cibles, c'est-à-dire des actifs mais aussi des retraités. Comme nous sommes là aujourd'hui pour parler du bien vieillir, je vais me focaliser sur la branche retraite. L'inter-régime retraite est une volonté politique de faire travailler ensemble les caisses de retraite de base : le régime général la CNAV, le régime agricole la MSA, le régime des indépendants RSI et plus récemment nous a rejoints le régime des retraites des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière. Cette volonté politique a été actée dès janvier 2014 dans une convention, convention qui a été élargie en juin 2016 avec l'entrée du régime des retraites des collectivités territoriales. Cette volonté politique de l'inter-régime a été bâtie à partir de trois éléments essentiels. Le premier est la légitimité des caisses de retraite en matière de prévention du vieillissement. Depuis la mise en place de l'APA, les caisses de retraite sont des acteurs incontournables des politiques publiques qui favorisent l'autonomie des personnes âgées. Aussi, pour être en phase, elles ont réorienté leur politique d'action sociale en ciblant plus particulièrement les retraités fragilisés mais autonomes. Le deuxième élément qui a nourri cette volonté politique est que toutes ces caisses de retraite aient une politique commune permettant de définir une stratégie commune et concertée. Cette stratégie concertée avait pour unique objectif d'élaborer des solutions concrètes et consensuelles permettant d'allier qualité, efficacité et réactivité pour une plus grande synergie des démarches et des actions qu'on propose aux seniors. Cette stratégie commune n'oublie pas et laisse toute la place à l'indépendance de chaque régime. Le troisième et dernier élément, et non des moindres, est que l'inter-régime permet une coordination des moyens humains et financiers pour proposer aux retraités une offre de service de proximité et adaptée à leurs besoins. Cette coordination permet aussi d'identifier des territoires d'intervention, de mieux cibler les publics et enfin d'identifier des moyens et des compétences pour pouvoir déployer toutes ces actions sur le territoire. C'est cela, l'inter-régime.

Isabelle BITOUZET : Ce qui me semble primordial dans cette définition de l'inter-régime, c'est cette intention des administrateurs d'apporter une réponse équivalente aux retraités, quel que soit leur régime de base. Il n'y a rien de plus ridicule quand, dans un couple, l'un est au régime général et l'autre est à la MSA ou à la RSI, et de dire au Monsieur qu'il a droit à une action du bien vieillir, tandis que Madame ne peut pas en bénéficier car elle n'est pas dans le bon régime. Soyons efficaces et cohérents, tout retraité a droit à la même information. L'essentiel est qu'on n'ait pas des distorsions et des réponses complètement à l'envers en fonction des régimes. C'est vraiment aussi fondamental dans l'intention de nos

administrateurs d'avoir mis en place cette dynamique inter-régime et qu'elle se vive sur le territoire.

Linda CAMBON : C'est une question d'équité, en fait ?

Isabelle BITOUZET : C'est une question d'équité et de bon sens, tout simplement. Malheureusement, même s'il y a des spécificités en fonction du public, tout le monde est confronté au même risque du vieillissement. Les pertes d'habileté nous guettent tous de la même façon.

Christophe CAMBONA : Pour compléter les propos de mes collègues du MSA et du RSI, l'inter-régime, c'est aussi la capacité de repérage des caisses de retraite, c'est connaître notre population sur le terrain et croiser nos données pour cibler justement les territoires qui nous semblent prioritaires en termes d'actions collectives de prévention, en termes d'organisation et d'initiative en faveur du bien vieillir et du maintien à domicile des personnes âgées. On a pour cela des observatoires des situations de fragilité déployés sur l'ensemble du territoire qui permettent de le quadriller et de le cartographier. Grâce à la loi d'adaptation de la société au vieillissement, il est prévu d'ailleurs un prochain décret qui permettra aux organismes de sécurité sociale de croiser leurs données, d'affiner le repérage pour être plus efficace dans la détection des personnes et des territoires les plus fragiles.

Linda CAMBON : Je comprends que vous avez des outils communs pour favoriser cet accompagnement. Merci beaucoup. Ma deuxième question concerne l'action sociale. On a parlé de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Quelles sont vos priorités, vos objectifs, vos ambitions pour renforcer cette action sociale ?

Isabelle BITOUZET : Pour commencer par l'inter-régime, la volonté des administrateurs et du personnel des caisses, c'est d'acter que nous avons cinq engagements partagés vis-à-vis de notre public. Le premier concerne l'information de toute la population retraitée, même au-delà de nos ressortissants. Pour cela, on a travaillé à l'élaboration d'outils d'information, avec le soutien de l'INPES en tant qu'expert technique sur le sujet. Cela passe par des plaquettes d'information mais aussi par un site internet, des web séries qui ont été réalisées, je pense notamment à celle Bourgogne Franche Comté. Je vous invite à aller voir les « Zastuces » sur internet. Ce sont des petits spots dessinés qui sont passés pendant plusieurs semaines avant le journal de 19h00 sur France 3 dans le cadre de notre partenariat local. Ils reprennent tous les petits problèmes du vieillissement : les pertes de mémoire, l'isolement, les relations avec les petits enfants, les vacances, l'informatique, l'alimentation, etc. C'est très ludique. Le premier objectif est donc d'avoir une dynamique d'information.

Le deuxième axe met en jeu une dynamique un peu plus pointue en termes de public. Il s'agit de proposer aux personnes qui en ont le plus besoin des ateliers sur des thématiques qui auront été identifiées par rapport à leurs problèmes liés à leur vieillissement. La dynamique des caisses, c'est de construire de nouvelles thématiques, d'adapter les thématiques pour proposer des outils dans les ateliers toujours plus adaptés aux difficultés rencontrées par les personnes âgées.

Le troisième engagement concerne les prises en charge individualisées, quand les fragilités commencent à être avérées. L'engagement de nos caisses de retraite en termes d'action sociale est de proposer à tous nos bénéficiaires potentiels une évaluation globale des besoins à domicile. Je peux par exemple dire que, pour le RSI, c'est particulièrement important, puisque nous n'avons pas de service social propre. Cette dynamique avec des évaluateurs dans des structures créées est très importante pour nos populations. L'évaluation globale est l'occasion pour les personnes âgées de recevoir des conseils et de recevoir également des préconisations d'un plan d'aide en fonction des fragilités, avec l'agrément évidemment de la personne pour la mise en place de ces propositions.

Le quatrième point est un travail concerté autant que possible sur les problématiques liées aux établissements d'accueil pour les personnes âgées. Ces établissements sont les foyers logement, véritable alternative entre le domicile et l'EHPAD. On l'a dit au départ, nous sommes sur un public autonome qui peut tout à fait intégrer des foyers logement. Il y a un gros travail à faire de réadaptation et de construction de ces foyers puisqu'ils sont en nombre insuffisant. Il faut aussi une extension de ce travail concerté sur l'habitat social, pour une réadaptation du domicile des personnes âgées. Nous avons tous souscrit à la convention qu'a citée Madame Boistard tout à l'heure.

Le dernier point a trait à l'engagement à travailler avec nos partenaires sur la simplification des démarches, notamment avec les Conseils généraux, pour faire en sorte que lorsqu'il y a une demande d'APA, on ne recommence pas la démarche, mais on valide celle qui a été faite par le partenaire. Si c'est le Conseil général qui est élu premier contact et qui révèle que la personne est GIR 5 ou 6, valider déjà le GIR et les propositions qui sont faites, si c'est possible.

Christophe CAMBONA : J'ajouterai également que, parmi ces priorités qui découlent des cinq engagements de l'inter-régime, une qui est importante est celle qui consiste à maintenir et à développer notre présence sur les territoires. Cela se fait à travers les observatoires dont je vous parlais tout à l'heure, mais aussi à travers la création et la consolidation des structures inter-régime. Ces structures peuvent avoir différentes natures juridiques : des associations, des groupements de coopérations médico-sociales, des groupements inter-économiques. Toutes ces structures favorisent sur le terrain la coordination de nos moyens, la mutualisation parfois aussi de nos moyens humains et financiers, pour permettre le développement d'actions de prévention avec des partenaires et qui puissent être ouvertes au maximum de retraités possible sur le territoire. Cette présence territoriale est importante pour nous. Comme vous l'imaginez, la politique d'action sociale ne se décrète pas tout simplement des caisses nationales et centrales que nous représentons, mais elle doit se vivre sur le terrain au travers d'initiatives entre les caisses locales, MSA, RSI, CARSAT ou encore CGSS pour les départements d'outre-mer.

Penda SALL : Juste pour compléter, au niveau de la MSA, notre action sociale est de décliner en matière de vieillesse les cinq engagements retraite pris en inter-régime. Après, tout dépend de comment on les décline sur le plan local. Pour ceux qui connaissent le mode de fonctionnement de la MSA, elle a la spécificité de toujours privilégier la proximité : l'accompagnement et la prévention dans la proximité. Depuis plus de 20 ans, par exemple, la MSA a proposé des actions collectives à toutes les populations vivant en milieu rural, pas seulement pour les ressortissants agricoles. Le fait de travailler en inter-régime légitime encore plus ces acteurs de terrain qui ont toujours travaillé avec les seniors sur le territoire. Autre spécificité de la MSA, elle a la capacité de travailler en développement social local.. Toutes les actions qui sont proposées aux seniors partent du besoin local, que ce soit sur la thématique, sur la forme, sur le rythme ou sur la durée. Concernant nos priorités et nos perspectives, il faut savoir qu'à la MSA, nous avons signé notre convention d'objectif et de gestion avec l'État il y a deux mois. Cette convention décline les cinq engagements en matière d'action sociale et donne une part importante à l'accompagnement du senior. Sur les dix indicateurs de la branche ASS, quatre sont des indicateurs pour mieux accompagner le public vieillissant.

Linda CAMBON : Merci beaucoup. Une dernière question : vous avez évoqué à la fois des plans d'action liés à l'inter-régime, vous avez cité cinq engagements, et puis on voit dans vos propos qu'il y a une vraie prise en considération du local, des besoins émergents sur le territoire et de la capacité des acteurs à pouvoir répondre à ces besoins émergents. Comment s'organise la mécanique ? Comme arrivez-vous à croiser des engagements

« descendants » et une adaptation continue aux besoins locaux ? Comment cela se structure-t-il ? Qui fait les choix ?

Isabelle BITOUZET : Cela s'appuie sur une gouvernance établie. Nous avons un comité de pilotage national qui est composé des administrateurs des quatre caisses qui composent l'inter-régime à ce jour, des directeurs généraux et des directeurs d'action sociale. Pour l'instant, on définit plutôt des orientations. A terme, nous aurons à définir de la programmation nationale. Sur le plan local, les structures regroupent les anciens territoires qui ont été définis par l'État, par exemple plusieurs caisses MSA, RSI et une CARSAT. Il n'est pas évident de se coordonner et de s'articuler au niveau local. Ce sont les caisses elles-mêmes au sein de ces regroupements qui organisent quelle programmation elles vont avoir pour l'année, voire les deux années qui viennent. Elles s'appuient sur les données issues des observatoires qu'elles ont réalisés, sur les travaux menés au niveau local, enquêtes de tout ordre. A partir de là, elles mettent en place des ateliers, des réunions d'information et différentes actions vis-à-vis de leurs bénéficiaires. Parfois, elles choisissent aussi des territoires particuliers. Je pense notamment au Languedoc-Roussillon pour lequel, je crois, le service social des mines est associé. Il y a eu des actions menées sur le territoire d'Alès qui est très fragile et où il n'y a pas que des mineurs. Les publics de nos régimes y sont en grande difficulté par rapport à leur vieillissement. Cela fait partie des territoires ciblés par les indicateurs que nous avons repérés. Voilà, au niveau local, comment cela s'organise en termes de programmation. Nous sommes évidemment obligés d'intégrer les observations qui sont réalisées par nos partenaires. La reconnaissance de ce que fait l'inter-régime à travers la loi ASV, de ce que font les caisses de retraite vis-à-vis des retraités les moins dépendants, était importante car, même si les conseils généraux sont essentiels dans la prise en charge de la dépendance, les caisses de retraite ont toujours, depuis le rapport Laroque, été celles qui ont pris en charge les aides-soignantes, les aides ménagères à domicile. Maintenant, elles s'occupent de la problématique plus globale du bien vieillir à domicile pour les personnes les moins dépendantes GIR 5 et 6. Il est naturel qu'un retraité ait des relations avec sa caisse tout au long de sa retraite. Qu'il vienne nous demander sa retraite, qu'il vienne nous dire qu'il déménage, qu'il a perdu son conjoint, qu'on nous informe de son décès, toute sa vie, il va continuer à avoir des relations avec nous. Il est donc normal, en étant son premier interlocuteur, que nous soyons préoccupés par cette problématique du bien vieillir.

Christophe CAMBONA : Je dirai aussi que cette relation particulière entre les caisses nationales et centrales et les caisses régionales en termes d'échange d'initiatives se fait assez naturellement. Car les caisses nationales sont toujours en veille vis-à-vis de ce qui se passe sur le terrain et en recherche des bonnes initiatives pour communiquer sur ces dernières et peut-être inciter d'autres régions à développer les mêmes. D'où le fait que l'on ait co-construit le site internet pourbienvieillir.fr conjointement avec l'agence Santé Publique France qui remplace maintenant l'INPES. On va valoriser, dans les mois et les années qui suivent, les bonnes pratiques de terrain. Isabelle citait les « Zastuces » tout à l'heure, c'est exactement le cas. Le fait de réunir le réseau assez régulièrement – bien que nous ayons des configurations différentes, nous avons 16 CARSAT au niveau métropolitain côté régime général, 4 CGSS, 1 CSS auxquelles nous participons également – pour donner la parole aux régions et qu'elles expriment ce que sont leurs besoins, nous présenter les bonnes initiatives et les concertations et les projets communs qui pourraient faire l'objet d'une évaluation voire d'une généralisation si le projet s'avère pertinent. On apporte une attention de tous les instants.

Penda SALL : Je veux ajouter que ce travail entre les caisses nationales et les caisses locales se traduit également par une mise à disposition nationale d'outils, comme des référentiels d'actions. Par exemple, lorsque l'on voit qu'une action au niveau local est

pertinente, qu'elle est évaluée et qu'elle peut être reproductible à d'autres structures, elle est remontée au niveau national. Aujourd'hui, toutes les caisses locales ont à disposition une offre socle déployée sur tout le territoire qui établit les thématiques retenues, les modalités de développement des actions, on va même jusqu'à donner des éléments sur ce que doivent être les qualités et les compétences des personnes qui animent les ateliers au niveau local. Pour vous donner un ordre d'idées, l'offre socle qui est aujourd'hui déployée par toutes les caisses propose des thématiques sur la préretraite, le bien vieillir, avec différents modes d'ateliers, l'habitat, la prévention des chutes, l'activité physique, etc. Toutes les caisses, toutes les structures inter-régime quelle que soit leur configuration, la façon dont les activités sont déclinées sur le terrain, ont ce référentiel. Il y a aussi les outils de suivi. C'est bien de demander aux caisses locales de mettre en place des actions, c'est aussi essentiel de les suivre, de les évaluer et que nous puissions ensuite au niveau national savoir régulièrement ce qui se passe sur le terrain : où en sont les participants, quels sont leurs avis, etc. A chaque fois qu'un retraité participe à une évaluation collective, il y a une évaluation qui est faite. Une évaluation en termes de satisfaction. Trois voire six mois après, nous revenons pour savoir si l'impact est toujours là et si ce n'est pas le cas, on se demande ce qu'on lui proposera ensuite.

Linda CAMBON : Il y a donc un ajustement permanent des dispositifs. Merci beaucoup pour vos réponses. Je vais passer la parole à Monsieur Duda, directeur de l'action sanitaire et sociale à l'ANGDM, qui va nous parler de l'action sociale de cette maison, des bénéficiaires, des stratégies et de la manière dont tout cela se met en œuvre.

Sylvain DUDA : L'action sociale du régime minier est une action sociale qui est née après la deuxième guerre mondiale, après la création de ce régime spécial de sécurité sociale. Elle s'est développée à destination des familles car la population minière à son apogée, par exemple pour les charbonnages, était de plus de 350 000 personnes. C'est une action sociale vraiment dédiée vers l'accompagnement des familles. Puis avec la récession minière et une population qui devient fermée, avec depuis 1984 l'interdiction d'embauche dans les charbonnages, on ferme le renouvellement de cette population. Le vieillissement de cette population a conduit le régime minier à s'orienter davantage vers un public âgé. Un décret de 1992 a tout à fait orienté cette action sociale à destination de ces personnes âgées. C'est une population fermée qui décroît à raison de 5 % par an avec une majorité de personnes seules. Sur nos bénéficiaires de 2015, on a constaté que les deux tiers sont des personnes seules, le tiers restant étant des personnes vivant encore en couple. Sur la carte projetée, vous pouvez voir notre implantation locale mais également le nombre de bénéficiaires potentiels tels qu'ils se répartissent sur le territoire. On est situé dans les grosses régions minières comme le Nord-Pas-de-Calais ou l'Est, où on a une population assez concentrée, par contre en dessous de la Loire, on a une population beaucoup plus dispersée même si on a encore quelques noyaux comme Alès, le cœur de l'activité minière au niveau des Cévennes. La dimension particulière de l'action sociale de l'ANGDM est son côté institutionnel assez atypique. Au départ, il y avait un régime minier qui était très intégré. Aujourd'hui, l'ANGDM, un établissement public administratif qui a été chargé de continuer cette mission, n'est pas une caisse de retraite et donc nous apparaissions un peu comme un « mouton noir » ne sachant pas trop comment se placer par rapport à l'inter-régime. Cela n'empêche pas que nous aspirions vraiment à vouloir développer ces partenariats.

Ce qui caractérise notre action sociale est qu'elle est individuelle et tournée vers les plus fragiles. C'est un accompagnement social individualisé. C'est notre marque de fabrique dans la maison. On peut distinguer trois volets principaux. Le premier, ce sont des prestations allouées à nos ressortissants, des prestations concernant la vieillesse et la maladie. Une partie de ces prestations peut être cumulable avec l'APA, c'est une spécificité. L'aide à domicile constitue les trois quarts de notre budget consacré à notre action sanitaire et sociale. Le deuxième volet est l'accompagnement social qui est réalisé au moyen d'un

service social réparti dans les différentes régions. Il comporte 96 personnes dont près de 60 assistantes sociales de terrain implantées dans nos régions minières. C'est notre service social qui fait les évaluations des plans d'aide. Nous ne confions pas nos évaluations à d'autres professionnels comme vous pouvez le faire en partie. Ce sont nos assistantes sociales qui rencontrent notre public, qui réalisent ces évaluations et qui déterminent un plan d'aide adapté vraiment à la personne. C'est un accompagnement individualisé qui est gradué, évolutif, multidimensionnel, une approche écologique de l'accompagnement. C'est cette façon-là d'agir que nos professionnels mettent en œuvre. L'âge moyen de nos populations est de 73 - 74 ans. Nos services ont acquis des compétences certaines en matière gérontologique, nos assistantes sociales sont vraiment spécialisées pour accompagner les personnes âgées. C'est une approche qui prend en compte l'ensemble des dimensions de la personne. Au lieu d'avoir une approche cloisonnée, on prend en compte l'aspect santé. Plus loin, je développerai l'aspect médical de notre action qui est également important. Le troisième volet d'intervention de l'agence c'est le domaine du logement, le président l'a évoqué tout à l'heure. Historiquement, comme les mineurs pouvaient bénéficier d'un logement gratuit, au moins pour une partie d'entre eux, l'agence a acquis un savoir-faire, d'abord pour la mise à disposition des logements, et puis avec le vieillissement, a pris en compte les paramètres en faveur du maintien à domicile le plus longtemps possible. C'est une aspiration que la ministre a rappelé tout à l'heure et que nous connaissons depuis longtemps. Évidemment, rester chez soi le plus longtemps possible est ce que souhaitent nos bénéficiaires, nous le constatons chaque jour sur le terrain.

Sur l'approche évolutive, nous avons pris en compte des besoins émergents dans nos rencontres avec nos bénéficiaires. Cela nous a amené à apporter des évolutions à notre panier d'interventions. En 2015 puis en 2016, le conseil d'administration de l'agence a été amené à avaliser des évolutions réglementaires dans notre règlement d'ASS. Nous avons mis en place des aides nouvelles, nous avons renforcé l'intervention sur l'amélioration de l'habitat. Nous avons des plafonds qui étaient un peu inférieurs aux vôtres, nous les avons donc mis à niveau pour pouvoir intervenir de manière plus complète et plus efficace. Nous avons aussi vu que l'un des obstacles pour le maintien à domicile n'était pas forcément le maintien au domicile actuel mais dans un domicile plus adapté, de plein pied. Le logement minier est ce qu'il est, il était conçu pour des familles, souvent avec un étage, donc lorsque surviennent les problèmes de mobilité il n'est plus forcément adapté et à ce moment-là le déménagement vers un logement plus adapté s'impose. Seulement, il y a souvent une barrière psychologique qui est très forte. On a donc mis en place une aide au déménagement qui permet de faciliter la démarche. Nous avons aussi mis en place une aide aux aidants, qui est encore expérimentale. Nous avons senti fortement ce besoin de la part de nos ressortissants.

Olivier AROMATARIO : Merci. Par rapport aux priorités que vous venez de définir, il y a cette nouvelle loi qui vient d'arriver. Vous avez envisagé des choses en termes de perspectives, vous les avez abordées.

Sylvain DUDA : Nos priorités s'inscrivent parfaitement dans la loi ASV que nous avons en quelque sorte anticipée par le contact avec nos bénéficiaires. Il y a une convergence forte entre tout ce que nous avons pressenti et mis en œuvre et la loi. Il n'y a pas de grosses surprises, nous pouvons dire que nous avons été un peu précurseurs par rapport à tout cela. Le 29 septembre prochain, au conseil d'administration de l'agence, nous présenterons le plan national d'orientation du service social, un document qui est prévu dans les textes réglementaires. Il s'inscrit parfaitement dans les grandes orientations de notre action et est cohérent avec la loi ASV. Dans ces priorités, il y a aussi un aspect qui est peut-être moins cité dans tout ce que nous avons entendu ce matin, c'est l'accès aux droits, qu'ils soient d'ordre administratif ou de santé. Pour les personnes âgées, le maquis administratif est souvent indémêlable, de même au niveau de la santé. On remarque que cela fait partie des

problématiques que nos assistantes sociales rencontrent quotidiennement depuis quatre ou cinq ans. C'est important de pouvoir apporter une réponse et une aide concrète pour pouvoir faire connaître les dispositifs qui existent, qu'ils soient de santé ou qu'ils soient administratifs. Le maintien à domicile, je l'ai dit, est une priorité que nous continuons d'assumer et de développer.

Sur le plan de la santé, de la prévention, un domaine très présent dans la loi, nous mettons en place depuis plusieurs années avec la caisse des mines des actions collectives qui traitent de la prévention des chutes ou encore des ateliers mémoire. En 2015, nous avons réalisé plus de 900 ateliers de ce type qui ont touché plus de 500 personnes du régime minier proprement dit, mais comme nous le faisons avec d'autres partenariats dans les territoires, d'autres bénéficiaires de régimes différents en ont bénéficié aussi. Il y a ainsi une sorte de réciprocité où on collabore à ces actions de prévention. Concernant la coordination médico-sociale, particulièrement avec le régime minier de sécurité sociale, nous avons des permanences dans les centres de santé du réseau Filieris. C'est un aspect important pour avoir une approche globale de la personne prenant en compte aussi tous les facteurs sociaux qui peuvent solutionner les problématiques des personnes, et pas seulement sous l'angle de la santé.

Au sujet du repérage de la fragilité, je laisse le Docteur Lantieri nous en parler cet après-midi mais nous participons aussi cette action. La question du retour d'hospitalisation est également importante puisque si elle est mal anticipée et mal préparée, très rapidement la personne retourne à l'hôpital. On participe également à l'action PRADO avec l'assurance maladie du régime général. On avait déjà une prestation mise place depuis deux ans de retour d'hospitalisation qui fluidifie les échanges entre l'hôpital et le domicile avec des programmes d'aide des aides à domicile par exemple. La lutte contre l'isolement est une priorité importante qui figure dans nos orientations. Le fait que l'on nous ait confié depuis 2014 la politique de vacances dont le régime des mines avait la charge, nous a permis de diversifier cette politique, avant c'était une politique exclusive de longs séjours sur deux centres de vacances. Aujourd'hui, il y a toujours des longs séjours mais aussi beaucoup d'activités qui se déroulent dans les territoires. Par rapport à la lutte contre l'isolement, c'est pour nous un vecteur qui est important. Il y a aussi d'autres actions qui seront développées sur ce point pour rencontrer les gens à domicile et détecter des signes de fragilité et d'isolement.

Concernant les aidants, il y a l'aide à caractère. Il faut que nous l'évaluons. Nous avons aussi organisé des séjours pour les aidants et participé à la Maison des Aidants, des points que nous verrons dans le détail cet après-midi. Les partenariats sont aussi une de nos priorités. La notion de réciprocité territoriale est importante. Nous pouvons monter des actions qui profiteront à d'autres ressortissants et vice versa et être force d'intervention dans ce domaine-là. Nous recherchons également la coordination qu'a évoquée Madame la Ministre ce matin. Nous sommes partie prenante dans certaines actions inter-régime mais pas dans d'autres. Ce sont des choses qu'il faut que nous développions car seuls, nous ne pouvons pas faire grand chose.

Olivier AROMATARIO : Je vous remercie de la précision avec laquelle vous avez pu décrire ces priorités, maintenant il y a la suite. Il y a comment repérer de nouveaux bénéficiaires, il y a un certain nombre d'enjeux pour la suite : avez-vous déjà des éléments par rapport à cela ?

Sylvain DUDA : C'est effectivement une préoccupation et un problème que nous scrutons par tous les bouts, et les solutions ne sont pas évidentes. Nous nous concentrons là-dessus et on entreprend des actions expérimentales sur le sujet. Nous avons mis en place des outils informatiques d'investigation, récemment opérationnels, qu'il faut que nous exploitons pour mieux connaître notre population sur le plan informatif. C'est quelque chose qui nous permettra de mieux cibler nos actions et les bénéficiaires vers lesquels nous allons nous

tourner. Ce point est devant nous, dans les perspectives immédiates. Au niveau des logements également, il y a des actions que nous menons pour aller aux devants des besoins sur place, ce sera développé cet après-midi, je n'en dirai donc pas plus. On a pris connaissance aussi des conventions qui existent entre l'ANAH et les différents régimes de retraite, nous prévoyons de signer une convention avec eux pour pouvoir par ce biais progresser dans le repérage des situations qui nécessitent une intervention dans le domaine du logement. Tout à l'heure, je parlais des personnes qui ont été logées gratuitement au titre du mineur, mais il y a toute une population qui est locataire ou propriétaire, et il faut que l'on rééquilibre nos efforts pour davantage aller aux devants de ces personnes-là. Pour celles qui sont logées, nous connaissons bien nos bailleurs, et il y a une action qui s'est d'ailleurs faite auprès des plus de 90 ans dans le Nord, elle sera évoquée cet après-midi. Nous avons donc des moyens pour connaître davantage ces personnes en partenariat avec nos bailleurs. Après, il y a tous ceux qui sont logés par eux-mêmes. Nous mettrons en place des vecteurs avec l'ANAH pour y parvenir. Au niveau de l'aide aux aidants, il faut que l'on évalue ce que nous avons mis en œuvre au niveau expérimental. L'isolement également. Plus s'investir pour toucher ces personnes isolées, certains endroits qui en principe relèvent de Mona Lisa, c'est quelque chose que nous pouvons amplifier. Par nos activités de loisirs, nous touchons des personnes qui d'habitude n'entrent pas dans notre champ d'intervention habituel. C'est un outil assez performant pour toucher des gens qu'on ne voit pas autrement.

Pour notre partenariat, il faut amplifier notre culture de réseau qui est déjà bien implantée. Je pense qu'il y a une complémentarité, une réciprocité à mieux faire émerger. Il y a aussi tout un travail vis-à-vis des Départements. Ils ont en charge des populations relevant de l'APA qui normalement n'entrent pas dans notre champ d'action. On s'aperçoit donc souvent qu'il y a des « trous dans la raquette », si j'ose dire, et nous sommes amenés à intervenir sur ces populations-là, relevant normalement des Départements. Les compétences gérontologiques de nos assistantes sociales peuvent être aussi mises à disposition pour d'autres publics que les nôtres. Ce sont des modalités à chercher. Pour finir sur les perspectives, nous sommes très demandeurs d'une collaboration avec l'inter-régime sur ces questions. La Ministre a parlé de l'implication dans les conférences de financeurs ; il y a trois départements dans lesquels nous y participons déjà : le Nord-Pas-de-Calais, la Meurthe-et-Moselle et la Moselle. Il faut qu'on prenne pied également dans les autres départements. Pour nous, l'inter-régime peut être très fructueux au niveau du partage d'expériences. C'est un appel du pied que je fais. Le document unique qui a été fait au niveau de vos trois régimes dans certaines régions ou le travail sur l'AGRIF-AGIR, entre autres, sont des domaines que l'on peut essayer de se réapproprier.

Olivier AROMATARIO : Ce sont des perspectives qui s'organisent, mais il va falloir repérer les nouveaux bénéficiaires pour la suite. Vous avez une stratégie particulière ?

Sylvain DUDA : Comme je le disais, on se cherche un peu et on fait des expérimentations. Elles seront développées cet après-midi. On va voir ce qu'on peut tirer des outils maintenant qu'on commence à se les approprier et qu'il y a des actions menées sur le terrain avec d'autres. Par exemple, en Moselle, on expérimente une action avec les facteurs de La Poste où un questionnaire est donné auprès d'une population ciblée. Nous allons pouvoir connaître les besoins et nous pourrons organiser des visites à domicile lorsque la situation l'exigera, avec l'accord des personnes.

Olivier AROMATARIO : Nous avons donc une intégration d'actions vraiment innovantes et de nouvelles modalités d'aide à la personne âgée. Comme le disait notre Président ce matin, on ne parle plus de modalité de prise en charge, mais bien de maintien de l'autonomie de la personne âgée pour lui permettre de pouvoir décider de ce qui se passe par et pour elle-même.

Sylvain DUDA : L'axe prévention qui est contenu dans la loi est un des axes que nous privilégions par nos actions collectives. Je crois que c'est l'une des pistes importantes.

Isabelle BITOUZET : Je voudrais revenir sur la notion d'observatoire qui a été évoquée plusieurs fois par nous trois. On est dans une démarche où, à la fois, on est dans une réduction de nos moyens tant financiers qu'humains à travers nos COG, et, à la fois, nous devons faire des choix d'intervention car, vous comme nous, sommes au maximum de nos consommations possibles sur nos budgets. Si on veut déployer de nouveaux outils, si on veut déployer de nouvelles actions, ce ne sera pas par fructification, mais par redéploiement. Il n'y a pas le choix. Il est bien évident qu'il faut essayer de mettre en place des démarches différentes, c'est ce que l'on est en train de faire à travers les observatoires.

Le reproche qui nous est souvent fait à travers les ateliers est que ce sont ceux qui ont l'information, ce sont ceux qui sont en capacité de faire des choses par eux-mêmes qui participent à nos actions. Est-ce qu'on touche les bons publics ? Comment toucher les bons demandeurs ? Vous connaissez aussi ces reproches, je pense, à travers vos actions. L'objectif des observatoires est de recueillir un certain nombre de données qui ont été recueillies par nos équipes. C'est même nous au niveau national qui avons défini le cahier des charges (qui viennent de l'assurance maladie et de l'assurance retraite) pour pouvoir repérer les secteurs les plus en difficultés et à terme pouvoir repérer les personnes les plus en difficulté. Ces démarches sont effectuées plus en interne. Ensuite il faut aller proposer des actions individuelles ou collectives selon les critères que nous avons choisis à nos publics. On vérifie l'adéquation avec l'AGRIF AGIR que vous avez évoquée, avec des évaluations globales, avec des questionnaires, etc. pour cibler davantage nos actions et les proposer à de nouvelles personnes. Au niveau du RSI, on s'adresse à peu près à 2,5 % de notre population de retraités à travers l'action sociale individuelle. A l'heure actuelle, nous sommes dans 98 % dans de la réponse à la demande. Notre objectif est de sortir de cette dynamique de la réponse et de la demande pure pour aller vers du proactif, c'est-à-dire faire le choix de nos stratégies, faire le choix de nos politiques d'intervention et donc faire le choix de notre public cible pour essayer de l'atteindre. Pour les retraités en général, nous avons un taux de réponse de 35 %, ils sont donc réceptifs à notre dynamique. Mais que fait-on des 65 % restant ? Faisons déjà comme cela.

Le deuxième écueil dans nos budgets est que comme traditionnellement notre action sociale était basée sur l'aide ménagère, et que celle-ci est très consommatrice de crédits, il est important que l'on puisse sortir de cette dynamique de la chronicité des interventions notamment au travers de la prévention : retarder l'entrée dans l'aide ménagère. Il faut en mettre en place des moyens comme l'adaptation de l'habitat qui est coûteux au départ mais dont l'effet dur longtemps et cela ne nécessite pas une aide ménagère. Il faut mettre en place des moyens d'intervention qui vont pouvoir être plus efficace. Accompagner une personne qui va aller participer à des ateliers collectifs, à une vie associative ou à aller chez le coiffeur, c'est peut-être encore beaucoup plus large qu'une visite d'aide ménagère une fois par semaine où il n'y aura qu'une relation duelle qui va se mettre en place. Je ne critique pas le travail des aides ménagères, cela peut être complémentaire. Mais en tout cas l'efficacité n'est pas la même, vous le reconnaîtrez. Il faut sortir de la chronicité, surtout pour nos GIR 5 et 6 et être dans une action proactive pour nos redéploiements. Il faut faire un vrai choix politique de nos interventions d'actions sociales. Ce sont nos observatoires, nos travaux sur les bases de données qui permettent cela. A l'heure actuelle, je ne vois pas d'autre issue.

Sylvain DUDA : Pour rebondir, l'aide ménagère reste un vecteur essentiel et nécessaire, mais effectivement il faut anticiper et aller plus loin. Cela fait depuis 2015 qu'on a mis en place des actions de loisirs et d'activité de proximité. En particulier pour des personnes qui

ont des ressources faibles. On fait le constat que la part d'intervention que l'on met pour financer ces activités équivaut à peu près à cinq heures ménagères. On se dit que l'apport est sans doute plus important en termes de rupture d'isolement, de socialisation. Concrètement, cela fait beaucoup plus de bien aux personnes que simplement la routine de l'aide ménagère. Cela nous donne un regard un peu nouveau sur la manière d'avoir une action un peu efficace.

Olivier AROMATARIO : On entre dans le cœur du sujet, on s'aperçoit qu'effectivement pour le maintien à domicile il y a une dynamique à créer autour de la personne âgée pour lui permettre de rester à son domicile. Le maintien au domicile ce n'est pas uniquement l'enfermement à domicile, c'est aussi pouvoir sortir. Le maintien du lien social va favoriser le maintien à domicile, c'est que nous avons bien compris dans les activités que vous menez. Dans le maintien à domicile il y a quelque chose aussi de très important et qui est fondamental : pouvoir être aidé à son domicile pour pouvoir y rester. Je vais passer le micro au prochain intervenant qui va nous parler de la fédération UNA des aides à domicile et de ses missions. Comment elle participe au maintien de la personne à domicile mais dans le sens dynamique qui permette de faire du lien social également ?

Line LARTIGUE DOUCOURE : Tout d'abord merci à l'ANGDM de nous avoir invité à cette journée d'étude pour vous présenter ce qu'est le réseau UNA et échanger avec vous sur l'action des services d'aide et d'accompagnement à domicile. On va pouvoir voir comment en travaillant ensemble et en développant des coopérations, on peut renforcer l'accompagnement des personnes fragilisées et surtout prévenir leur perte d'autonomie. L'UNA est un organisme à but non-lucratif reconnu d'utilité publique qui a été créé dans les années 1970. Aujourd'hui, nous fédérons plus de 800 structures qui sont des services d'aide, de soin et d'accompagnement à domicile. Cela représente sur le territoire national plus de 650 000 personnes accompagnées. Des personnes fragilisées en GIR 5 et 6, des personnes en GIR 1 à 4 qui relèvent de l'APA mais aussi des personnes qui sont accompagnées par des services de soins à domicile, des personnes en situation de handicap et des familles en difficulté. Aujourd'hui le réseau UNA représente 96 000 professionnels et pour environ 80 % d'eux, ce sont des intervenants à domicile c'est-à-dire des aides à domicile, des auxiliaires de vie sociale diplômées, aides soignantes mais aussi techniciennes dans l'intervention sociale et familiale. Cela représente une masse salariale de 1,2 milliards d'euros pour l'ensemble du réseau UNA et plus de 75 millions d'heures d'intervention à domicile. Le réseau UNA est l'un des premiers réseaux associatifs de l'aide à domicile. Nous avons une spécificité dans notre réseau, c'est que nous sommes composés majoritairement de structures qui sont des associations loi 1901. Mais on a également une partie significative de centres communaux d'action sociale qui gère des services d'aide à domicile ou de soin qui adhèrent à notre réseau. Nous avons des groupements mutualistes qui gèrent des aides à domicile et quelques autres types de structures. A propos des activités, outre la classique aide ménagère à domicile qui est à l'origine de ce réseau, aujourd'hui, c'est un réseau qui a des activités assez diversifiées. L'activité d'aide et d'accompagnement au domicile auprès des personnes âgées, fragilisée et dépendantes représente une part majoritaire de nos activités mais on a aussi une part significative de services de soin infirmier à domicile, mis en place par des infirmières coordinatrices et qui travaillent par délégation de soin avec des aides soignantes. On a aussi des centres de soins infirmiers comme il y en a dans le régime minier. On a une intervention auprès des familles dans le cadre des prestations de la CAF ou de la protection de l'enfance. Et enfin quelques services de garde d'enfants à domicile. Nous sommes un réseau qui a diversifié son activité et son public pour répondre aux besoins de la population mais aussi dans les modalités d'accompagnement et d'intervention auprès des personnes âgées et fragilisées. On est présent aujourd'hui sur tout le territoire métropolitain et aussi dans les DOM et dans les TOM.

Pour compléter cette présentation de l'UNA et rebondir sur ce que Madame la ministre évoquait, l'UNA s'implique aujourd'hui dans les travaux qui se font autour de la silver économie avec un positionnement fort : l'aide technologique, la domotique, ne doit pas remplacer l'aide humaine. Cependant, c'est important aujourd'hui de pouvoir allier le développement de ces technologies et l'aide humaine parce qu'il y a des choses à optimiser, des modalités dans lesquelles les technologies peuvent être un apport, que ce soit pour l'organisation et le fonctionnement des services à domicile ou pour répondre aux besoins des personnes à leur domicile. Pour finir sur la présentation, nous travaillons avec la caisse de solidarité pour l'autonomie à un programme de modernisation. Une deuxième tranche est aujourd'hui menée, des travaux qui datent depuis 2008, pour améliorer les services d'aide à domicile. Aujourd'hui il y a encore des actions de modernisation à opérer dans les services à domicile dans le secteur associatif. Notre réseau s'y emploie depuis de nombreuses années avec différents types d'actions. Nous avons des travaux autour de l'organisation et du fonctionnement des services, de la gestion autour de la mutualisation, autour des systèmes d'information, et aussi dans la manière de diversifier l'accompagnement des personnes selon deux axes. Un axe qui concerne l'accompagnement des personnes en situation de handicap qui aujourd'hui souhaitent être accompagnées à domicile. Un deuxième axe autour du développement et de la coordination des services d'aide et de soin et des services polyvalents d'aide et de soin à domicile qui est l'une des voies d'expérimentation prévues par la loi d'adaptation de la société au vieillissement. L'activité de notre réseau est aujourd'hui en mutation pour s'adapter aux besoins des personnes.

Linda CAMBON : Est-ce que vous pouvez plus précisément présenter l'action des services à domicile ? Et puis pour rebondir sur ce que vous disiez, vous avez une action très large qui va de l'enfant jusqu'aux seniors en passant par la famille. Vous avez ajouté aussi que vous aviez un spectre très élargi au niveau du degré de vulnérabilité en faisant de plus en plus de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Alors, comment arrivez-vous à répondre à tous ces besoins qui vont d'ailleurs aller en nombre croissant ?

Line LARTIGUE DOUCOURE : Aujourd'hui dans le fonctionnement, on a une articulation entre les dispositifs qui permettent de financer cet accompagnement à domicile que ce soit avec l'APA, avec les prestations d'aide à domicile financées par les régimes de retraite ou avec les services sociaux ou les plateformes d'évaluation qui évaluent le besoin des personnes. Ensuite il y a une vraie articulation avec les services à domicile qui eux aussi font un travail d'évaluation des besoins et des attentes, d'analyse des demandes, d'analyse de la situation des personnes pour regarder en fonction des moyens et de l'organisation comment et jusqu'où on peut les accompagner. Il y a dans les services à domicile des responsables de secteurs, des infirmiers coordinateurs qui font une analyse de la situation en lien, selon les territoires, avec les services sociaux, avec les services médico-sociaux, avec les conseils départementaux pour déterminer des plans d'aide et d'intervention. Aujourd'hui, il y a une professionnalisation des services à domicile, des formations, des organisations qui permettent d'accompagner les personnes quel que soit leurs besoins et jusqu'au bout de la vie. Je ne partage pas complètement ce qui a été dit sur cette espèce de linéarité selon laquelle on entre par l'aide ménagère, puis on a des auxiliaires de vie sociale, puis du soin et puis inéluctablement on entre en établissement, car on voit que cela peut être un peu une espèce de filière d'accompagnement qui se met en place. Au contraire avec le travail qui est fait en matière de prévention, on sait qu'on peut accompagner des personnes jusqu'au bout de la vie, à domicile. Avec tous ces dispositifs, on peut accompagner les personnes par les services de soins, par la coopération des établissements d'hospitalisation mais aussi en développant les réponses d'accompagnement aux aidants. Évidemment, il y a des situations où il y a des limites. L'idée n'est pas de dire que les services à domicile peuvent tout faire. Il y a des limites et des moments où la pathologie, la charge en aide et les charge en soin, ou parce que les aidants ou les ressources financières ne sont plus suffisants, où

l'accompagnement à domicile n'est plus possible. D'autres solutions doivent alors se mettre en place.

Linda CAMBON : Vous soulignez la difficulté de ce travail d'accompagnement au quotidien. Vous nous avez montré les différents services et leur particularité. Même concernant l'accompagnement à domicile dans les tâches ménagères lorsqu'on est chez une personne handicapée ou âgée, c'est une tâche éminemment complexe. Comment le dispositif accompagne et soutient les gens qui font ce métier-là ? Quelles sont les compétences à développer ? Est-ce que vous avez observé une évolution de ces compétences ? Demain en faudra-t-il encore plus et comment on anticipe cela ?

Line LARTIGUE DOUCOURE : On a essayé de mettre en forme ce qu'est le service à domicile aujourd'hui et on a appelé cela la boîte noire de l'aide à domicile. Les actes essentiels, se nourrir, se laver, se déplacer, mais aussi les activités domestiques, avoir un cadre de vie qui permettent de rester à son domicile, tout cela est la partie immergée de l'iceberg. Quand on regarde de plus près, on se rend compte que pour permettre aux personnes de vivre chez elles, il y a tout un ensemble d'autres missions qui doivent être réalisées et qui ne sont pas toujours visibles. Au niveau de la personne, il y a tout l'accompagnement social et relationnel qui est extrêmement important à développer parce qu'il y a une évolution et des enjeux démographiques, économiques et sociaux à relever pour prévenir la fragilité et essayer d'éviter que les personnes deviennent dépendantes. On sait qu'un des déterminants forts de cette autonomie est le maintien du lien social. C'est une des modalités d'actions des services sociaux à domicile. Les aidants occupent une place extrêmement importante dans l'accompagnement. Aujourd'hui, et cela a été mis en exergue par tous les travaux qui ont été faits en préparation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, les aides à domicile ont un rôle important de prévention parce que ce sont les professionnels qui sont les plus présents au domicile des personnes, et ce plus que les infirmiers ou que les médecins. Elles ont un rôle important dans le repérage mais aussi dans le lien, dans l'alerte et dans le relais auprès des autres professionnels de santé et sociaux. C'est le cœur du travail des aides à domicile.

En amont de tout cela, les personnes, les familles peuvent appeler le service social des caisses de retraite, parfois elles appellent le conseil départemental, la mairie, mais cela arrive très souvent qu'elles appellent directement le service à domicile donc il y a un accueil, une analyse, un traitement à faire de la demande, de l'urgence. Ce temps de travail à domicile doit être fait en complémentarité par les travailleurs sociaux qui font l'évaluation et l'élaboration des plans d'aide car derrière il faut que le service puisse faire un projet personnalisé, un projet d'intervention en fonction des besoins de la personne, du cadre de vie. Il faut adapter et faire l'articulation avec les intervenants à domicile pour voir très concrètement dans les tâches au quotidien comment ils vont accompagner, quels produits utiliser, qu'est-ce que la personne aime, toutes ces petites choses que l'intervenant doit prendre en compte. Parfois les personnes qui sont seules viennent directement au service d'aide à domicile. Il faut les accompagner dans l'ouverture des droits, dans la demande et dans le retour vers les acteurs qui financent ces prestations. Tout cela est ce qu'il y a en amont de la prestation. L'accompagnement fonctionne avec le lien qu'il faut réaliser et maintenir en permanence avec les familles puisque les familles sont évidemment très présentes. Nous avons aussi tout le travail lié à la continuité du service, c'est-à-dire le travail d'organisation, des remplacements et des astreintes. Aujourd'hui, la grande majorité des services d'aide et d'accompagnement à domicile interviennent sept jours sur sept, de 7 h du matin jusqu'à 21h00, il faut donc effectuer un travail important concernant la continuité du service pour pouvoir s'adapter aux besoins des personnes en constante évolution et les accompagner au quotidien.

Il y a aussi tout ce qui a trait à la coordination avec les autres services, les différents travailleurs des autres caisses de retraite, des conseils départementaux, etc. et tout le travail

d'articulation que cela nécessite. On observe donc une professionnalisation des services. Il y a bien évidemment la professionnalisation des intervenants avec les diplômes d'auxiliaire de vie sociale et demain le diplôme d'accompagnement et d'éducateur social qui remplace le DEAVS et le DEAMP. Il y a un travail aussi de professionnalisation avec une formation continue sur les pathologies complexes. Un travail de repérage de fragilités a été engagé dans les formations des aides à domicile en articulation avec l'inter-régime. Cette professionnalisation permet d'adapter l'accompagnement au cas des maladies chroniques comme le diabète, le cancer ou les maladies neurodégénératives. Même si les aides à domicile interviennent sur le cadre de vie, elles doivent connaître les conséquences et les impacts de ces pathologies pour l'accompagnement quotidien. Et puis, il y a une professionnalisation des services que le réseau a engagé avec notre fameux programme de modernisation que j'évoquais tout à l'heure et qui permet d'assurer, par l'ensemble de ces services, la continuité, la gestion des urgences, l'accueil des demandes, la prise en compte des aidants ou encore le développement de l'action des aidants. La mise en place de l'APA a fait évoluer des services d'aide ménagère qui existaient depuis vingt ans vers essentiellement l'entretien du cadre de vie vers l'accompagnement de la dépendance, la prévention de cette dépendance et de ses conséquences dans la vie quotidienne, et de plus en plus, le développement des actions de prévention qu'elles soient individuelles ou collectives en lien avec tout ce qui a été évoqué par les caisses de retraite.

Linda CAMBON : Vous nous avez montré une carte sur le déploiement de ces services, est-ce que vous identifiez des zones blanches sur le territoire ou est-ce qu'il est assez bien couvert ?

Line LARTIGUE DOUCOURE : Aujourd'hui, il n'y a pas que le réseau UNA. Il est très présent mais ce n'est pas le seul. Il y a ADMR et d'autres acteurs de services à domicile. Il n'y a pas de zones blanches dans le service à domicile. La question va se poser différemment pour des territoires ruraux ou montagneux plus complexes. La problématique se posera plutôt sur la manière dont on assure la même continuité, la même qualité de service. Ces problèmes ne se posent pas pour des territoires urbains où on aura plutôt une concurrence entre les services d'aide à domicile. Quand je parle de qualité, j'entends sept jours sur sept, des astreintes, une capacité à intervenir dans des délais très courts pour pouvoir répondre aux besoins des personnes les plus fragilisées. Quand il faut intervenir à 7 h du matin pour lever une personne et lui faire sa toilette, il n'est pas question de dire qu'il y a de la neige en montagne et que donc l'aide ne pourra pas venir. Il s'agit d'avoir toute l'organisation qui permette d'intervenir. Ce sont des problématiques qui concernent plus les personnes dépendantes et moins les retraités en GIR 5 et 6 pour lesquels l'intervention se fait sur de la prévention individuelle alliée avec des actions collectives.

Linda CAMBON : On voit bien que votre action, c'est de la broderie, c'est de l'orfèvrerie. Vous êtes dans l'ajustement des besoins au plus près des personnes et tout cela est fait par des associations. Or on sait aujourd'hui la précarité dans laquelle sont les associations dans ce contexte économique fragile. Comment envisagez-vous la pérennité de ce service dans ce contexte ?

Line LARTIGUE DOUCOURE : Dans le réseau UNA, nous avons différents niveaux de missions. Nous sommes un syndicat d'employeurs donc on négocie la convention collective de la branche aide à domicile. Aujourd'hui, tous les services à domicile privés et non lucratif appliquent la convention de la branche aide à domicile. Ensuite, UNA est un réseau militant et de service. Pour répondre à la question concernant l'avenir du secteur, en tant que militants, nous sommes présents dans les concertations, nous avons été acteurs dans l'élaboration de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. La question du financement est importante. Par rapport au secteur associatif il y a tout un travail autour du crédit impôt

compétitivité emploi qui est fait. En tant que réseau militant, le réseau UNA porte des revendications, des propositions pour renforcer ce secteur-là. Dans les territoires, on travaille aussi beaucoup avec les conseils départementaux autour du développement de la contractualisation avec l'outil CPOM qui se généralise – le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – et qui est un vrai moyen de travailler avec le tarificateur sur les missions d'intérêt général. Pouvoir intervenir sur l'ensemble du territoire, en montagne ou en campagne est une mission d'intérêt général. Par ailleurs, les structures locales travaillent sur la gestion, la mutualisation de la gestion, ce que vous faites également en inter-régime.

Enfin, nous avons un autre axe très important sur lequel nos associations travaillent depuis longtemps : la diversification des modalités d'intervention et d'accompagnement. Pour assurer la pérennité des services, il faut pouvoir proposer des réponses diversifiées à des publics dans une logique sociale. Cela nécessite d'intervenir auprès des personnes en GIR 5 et 6 en développant la prévention. On travaille avec la caisse nationale d'assurance vieillesse au développement et au renforcement des actions de prévention. On a des actions collectives de prévention autour de la nutrition en Franche-Comté, dans l'Aisne, on a des structures d'animation qui permettent de maintenir du lien social que ce soit dans l'accompagnement individuel du jeu, de la préparation des repas. On amène des personnes à sortir de chez elles dans des actions collectives en résidence autonomie. Nous nous diversifions aussi en développant des réponses pour accompagner les aidants mais également concernant la petite enfance afin de développer le lien intergénérationnel quand on a des associations, des structures locales qui développent des gardes d'enfants, des crèches, qui gèrent aussi des résidences autonomie et des services à domicile. Voilà aujourd'hui les grands axes que nous travaillons dans notre réseau.

Linda CAMBON : Merci beaucoup pour ce témoignage, je vais passer la parole à Karin Mertens qui va éclairer ce qui a été dit ce matin à travers un regard étranger. Elle va nous parler de l'Allemagne et la manière dont ce pays s'interroge sur un certain nombre de stratégies autour des questions liées au vieillissement.

Karin MERTENS : Bonjour, merci de m'avoir invitée à présenter la politique allemande pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Comme vous le savez, l'Allemagne est confrontée à une situation démographique extrêmement difficile. Dans le dernier recensement de la population de 2011, sur les 82 millions d'habitants, 17 millions avaient plus de 65 ans soit 21 % de la population. Selon l'office fédéral des statistiques, en 2060, l'Allemagne perdrait 15 millions d'habitants et serait à 66 millions d'habitants dont 22 millions auraient plus de 65 ans. Cela représentera un tiers de la population. Actuellement, 2,65 millions de personnes ont besoin d'aide et de soin en Allemagne parce qu'elles ne peuvent plus effectuer seules les actes courants de la vie quotidienne. C'est pour elles que l'assurance dépendance a été créée en 1994.

L'assurance dépendance couvre le risque financier de la perte d'autonomie qui permet de continuer à avoir une vie autodéterminée. C'est le cinquième pilier de l'assurance sociale obligatoire en Allemagne, elle est inscrite dans le onzième livre du code social. Le principe est le suivant : l'assurance dépendance fait suite à l'assurance maladie. On a donc droit à des prestations de l'assurance maladie avant d'avoir droit à des prestations de l'assurance dépendance. Les organismes sont des caisses d'assurance dépendance qui sont rattachés à des caisses d'assurance maladie.

Plusieurs prestations sont apportées dans le cadre de l'assurance dépendance. Nous avons l'éducation thérapeutique pour les proches et les aidants bénévoles, l'allocation soin de jour et soin de nuit pour les aidants - ces dernières prestations permettent aux aidants de pouvoir souffler un peu, les aidés se retrouvent la journée dans des foyers ou sont pris en charge la nuit afin que les aidants puissent travailler ou dormir en tout confort, les équipements nécessaires sont pris en charge comme les fauteuils roulants, les indemnités pour l'aménagement du logement et des soins à domicile et en établissement qui sont

couverts. Toutes ces prestations sont offertes. 71 % des personnes de plus de 65 ans continuent de vivre dans leur maison et 47 % de ces personnes se font aider par leurs proches. Seulement 27 % des personnes âgées dépendantes sont prises en charge en EHPAD. Je vous présente aussi le scénario que je trouve impressionnant de 2020 établi en 2011. Le nombre de personnes en perte d'autonomie serait de 2,9 millions ce qui engendrerait la nécessité de mettre en place 179 000 places supplémentaires pour prendre en charge ces personnes en établissement et en foyer par rapport à 2009. Pour cela, il faudra 90 000 à 108 000 soignants supplémentaires. Et il faudra construire 43 000 EHPAD supplémentaires. Ce qui nécessite une réforme importante de l'assurance dépendance en Allemagne.

L'une des lois qui a été établie en 2008 a permis de créer des centres d'information, de soutien et d'aide pour l'organisation des soins. Elle a introduit un temps de soin pour les salariés afin de mieux concilier la vie professionnelle et les soins qu'ils donnent à leurs proches dépendants et amis. Elle met en place l'attribution de notes pour les services de soin à domicile et les EHPAD. Maintenant, si on cherche un établissement, un foyer ou un organisme d'aide à domicile, ils sont notés sur le site internet public selon certains critères. A côté de la note, il y a le niveau moyen du Länd. L'établissement de cette loi était important pour faciliter la demande des personnes, connaître leurs droits et faciliter les démarches administratives. Avant, on était obligé d'aller voir la caisse d'assurance maladie pour la prise en charge des soins, d'aller voir la caisse d'assurance dépendance pour d'autres renseignements, d'aller voir l'office d'aide sociale de la commune. C'était très chronophage. Cette loi établit aussi des centres où travaillent des infirmiers, des assistantes sociales, des administratifs des caisses des assurances dépendance où les agents peuvent aller se faire une image des besoins et de l'aide nécessaires à la personne.

C'est avec la personne concernée et les proches qu'est élaboré un plan d'aide. C'était une innovation de 2008. En 2008 a été instaurée la *Pflegezeit* qui permet au salarié de s'absenter dix jours pour assister un proche dans une situation de crise aiguë, de prendre un congé partiel de six mois maximum pour prendre en charge un proche à domicile, elle permet d'accompagner un proche en fin de vie avec un congé de trois mois maximum ou bien de prendre un congé partiel jusqu'à deux ans pour prendre en charge un proche à domicile. Dans tous ces cas de figure, les aidants bénéficient d'une couverture sociale. Ils sont couverts par l'assurance risque, l'assurance maladie, et l'assurance dépendance. Pour l'assurance dépendance, tout le monde cotise en Allemagne. Ce sont bien sûr les salariés qui cotisent, mais aussi les retraités et les étudiants. Les personnes qui n'ont pas d'enfant ont un taux de cotisation un peu plus élevé que les autres.

Des réformes ont été mises en place récemment en 2008, 2015 et 2016. Les lois de réorientation des soins, qui justement dues à ce recensement de la population de 2011 et aux extrapolations qui ont donné les scénarii de 2020 et 2060, elles souhaitent améliorer la situation des personnes en perte d'autonomie. En 2015, il y a eu une nette augmentation de 4 % des prestations. Par exemple, la subvention pour l'aménagement du logement a été augmentée à 4 000 euros, avant c'était 2 500 euros. Il s'agit donc d'une augmentation très importante. De plus, depuis 2015, les prestations sont cumulables alors qu'avant il y avait un choix difficile à faire. Depuis 2016, la réforme de l'assurance dépendance est fondamentale. Depuis 2015, il y a une nouvelle définition de la loi sur la dépendance. Jusque-là, la loi de 1994 voyait la dépendance comme la dépendance physique, corporelle de la personne, c'est-à-dire que les personnes démentes ou qui souffraient d'Alzheimer n'étaient pas prises en charge et n'avaient pas le droit à des prestations. Cela a changé en 2012 quand un nouveau degré de dépendance a été instauré pour les personnes démentes. La loi de 2016 va entrer en vigueur en janvier 2017 et donc tout le monde travaille à ce sujet-là qui introduit un nouveau système d'évaluation de la dépendance et établit des critères de la dépendance psychique et mentale. Auparavant, il y avait trois critères d'évaluation existaient maintenant il y en a cinq. Le degré 1 est le plus autonome, c'est l'inverse du système français. Selon cette classification, les personnes auront droit à certaines prestations.

Olivier AROMATARIO : Merci. Nous arrivons à la fin des présentations de cette matinée, une matinée dense et très intéressante. C'est maintenant à vous de venir chercher des précisions. Est-ce que certains d'entre vous voudrait poser des questions ?

Monsieur dans le public : Je représente les affiliés de l'ASS Moselle Est et je suis à l'ASS nationale. Je m'occupe plus spécifiquement des personnes âgées et j'ai eu l'occasion de participer le 9 septembre à une réunion d'information et de concertation au niveau du conseil départemental de la Moselle. En l'occurrence le président nous a annoncé deux choses. Les aides de l'État qui concerne l'ASS de la Moselle passent de 600 millions d'euros à 500 millions. Tout à l'heure, on a parlé de redéploiement des moyens, c'en est un qui est très significatif. Il est vrai qu'ensuite, on est allé dans le vif du sujet pour parler de cette fameuse loi d'adaptation de la société au vieillissement et là je pense que l'initiative du conseil départemental est très bonne : il s'agit de faire des groupes de travail sur 2,5 jours en différents points du département pour faire remonter les propositions et mettre en place et appliquer certaines propositions retenues pour 2017. Le vrai dilemme qui se pose, la ministre a dit qu'il y avait 476 millions d'euros attribués, est de savoir si cela est suffisant ou pas. Le problème n'est pas tellement vis-à-vis du financement mais de la qualité de la prise en charge de la personne âgée. Là encore le président a été très clair et la Moselle fait figure d'exemple pour ce qui concerne la région de l'Est, c'est un département qui va vieillir très vite. Pour 2017, il y a 240 000 personnes âgées de plus de 60 ans, en 2021 il y en aura plus de 300 000. Il est clair que pour les personnes de plus de 80 ans cela va être aussi exponentiel. Il va falloir faire attention à la manière dont on met en œuvre l'accompagnement aux personnes âgées. C'est quelque chose qui doit être inscrit dans le marbre. C'est trop facile de dire que le budget diminue et donc qu'il faut enlever une prestation qu'on a déjà été donnée. Il faut continuer avec le même service. Pour les aides à domicile, il faut un budget croissant car en général plus les années avancent et plus il faut d'heures au domicile de la personne qui en a besoin. Or on a souvent le cas où on dit à la personne aidée qu'on ne peut pas lui donner plus d'heures d'aide ménagères car il n'y a pas de budget. Chez nous, on a une chance inouïe d'avoir un service social qui tient la parce qu'on a certains crédits aujourd'hui. Je demande à ce que tous les crédits qu'on nous octroie au niveau de l'ASS soit consommé, qu'on ne garde plus une partie des crédits qu'on rembourse. Même topo pour ce qui concerne la prise en charge des vacances qui est très bien mise en place, beaucoup de gens y adhèrent. Alors de grâce, il faut qu'on garde ce service vacances, à tout prix, au sein de l'ANGDM. Et ensuite vouloir sous-traiter telle ou telle chose comme je l'entends souvent dire par-ci ou par-là, le directeur ou le président vont me démentir peut-être et je le souhaite, mais je pense que c'est une mauvaise chose. Je souhaite pour ma part développer encore plus les services vacances et de proximité pour les personnes âgées.

Olivier AROMATARIO : Merci pour votre intervention. Y a-t-il une réponse ?

Isabelle BITOUZET : Il ne m'appartient pas de répondre à la place de l'Etat. La seule chose que je peux faire, c'est parler au nom du RSI et puis de l'inter-régime. Le seul moyen qu'on a à l'inter-régime, c'est d'utiliser les moyens dont on dispose pour l'action sociale et la prévention pour le bien vivre chez soi. C'est ce que l'on disait tout à l'heure dans nos COG respectifs puisque Penda disait tout à l'heure que la leur a été signée il y a deux mois, la même chose pour le RSI. Cela met un peu plus de temps pour la CNAM. Notre objectif est de sauvegarder le maximum de moyens. La population est croissante, les besoins sont croissants. L'objectif pour nous, puisque la partition est GIR 1 à 4 pour les conseils départementaux, les GIR 5 et 6 pour les caisses de retraite, est de préserver les personnes dans l'autonomie le plus longtemps possible pour retarder les besoins chroniques. Dès qu'on entre dans chronicité, il ne faut pas supprimer une aide ménagère à quelqu'un qui l'a déjà. Par contre notre objectif est d'optimiser nos moyens. On s'intéresse bien évidemment au

plus fragiles, aux plus précaires, nos barèmes ne sont pas très élevés au niveau des revenus. Une partie de la population se paupérise, même chez les personnes âgées. Néanmoins au niveau des caisses de retraite nos objectifs est de maintenir un maximum de moyens sur l'action sociale et sur la prévention autant que nos COG nous y autorise, d'essayer d'éviter des aides qui peuvent paraître obsolètes ou moins efficaces que ce qu'elles ont pu apporter comme autonomie autrefois. En tout cas faire en sorte qu'on retarde une entrée dans la perte d'autonomie.

Christophe CAMBONA : Par rapport à votre remarque sur le financement qui est octroyé au niveau territorial et au niveau départemental pour développer la politique de prévention, il est clair que pour les caisses de retraite, quels que soient les régimes d'ailleurs, l'enjeu sera aussi la meilleure organisation possible et donc la meilleure concertation possible. Je pense notamment au 40 % des financements octroyés aux conférences départementales des financeurs sur notre partie prévention qui serviront à financer des actions collectives, des aides techniques à destination des personnes âgées. Donc à la fois on a le challenge de consommer ce qu'on a, mais à la fois il faudra aussi favoriser la consommation de ces fonds qui sont octroyés aux départements dans le cadre de ces conférences. D'où l'intérêt de nous concerter entre régimes et d'aller de l'avant pour qu'il y ait une offre favorisant la prévention des premiers signes de perte d'autonomie.

Isabelle BITOUZET : Je reviens sur la logique proactive que j'évoquais tout à l'heure, si on sait qu'on peut financer 100 000 places en atelier en 2016, on va cibler notre population pour atteindre ce chiffre-là. Si on sait qu'on peut cibler deux fois plus, on en ciblera deux fois plus, d'où l'importance d'être proactif, cela permet de maîtriser l'offre. Après effectivement, il faut privilégier ceux qui en ont le plus besoin.

Monsieur dans le public : Je représente la CGT au sein du conseil d'administration et des commissions de l'ANGDM. Bien sûr je me joins à la remarque précédente. Au sujet de l'inter-régime, quel retour avez-vous au niveau de la participation des départements, au niveau territorial ? Et l'idée selon laquelle, on pourrait avoir une poursuite de la gestion du dossier de la personne par le premier service social qui intervient, est-ce que cela signifierait qu'il y aurait au niveau du département un chef de fil qui serait désigné par le premier intervenant et ainsi avoir une continuité jusqu'au bout de la gestion du dossier ?

Isabelle BITOUZET : Le premier problème à l'heure actuelle est que les conseils départementaux valident le girage qui est fait par nos évaluateurs ne serait-ce que pour la partition APA non-APA. Un certain nombre de situations posent encore des difficultés. La deuxième chose est que lorsque l'on aura validé les girages, il faut qu'on fasse valider les préconisations pour éviter une redondance de l'évaluation. Notre objectif est d'éviter de démultiplier des évaluations globales. Quand une évaluation est faite par le conseil général ou départemental, ne pas y retourner une deuxième fois. D'abord la personne ne comprend rien et pour l'évaluation, il s'agit de la même personne, donc du même contexte. Je ne vois pas pourquoi on invaliderait le plan d'aide élaboré en premier. Il est sûr que l'engagement financier et la décision finale appartient aux financeurs. Sur ce point, on ne dérogera pas. Néanmoins, le fait de recevoir le plan d'aide et le girage et de les accepter en tant que tels, si on y arrive pour l'ensemble des personnes, nous aurons fait un grand pas dans la concertation caisses de retraite et conseil départementaux.

Monsieur dans le public : Bonjour, je suis Jean-Louis Lemierre, ancien président bénévole d'une association d'aide à domicile, qui hélas a été en redressement judiciaire et reprise par l'AMAPA. J'étais dans la Sarthe. D'une manière globale, sur le financement de la perte

d'autonomie dans notre pays, je pense qu'il va y avoir des manques qui vont être de plus en plus criants. D'abord vous avez un développement des interventions courtes. Dans l'association dans laquelle j'étais président, ils faisaient travailler 400 personnes au service de 800 personnes en APA notamment. On avait 70 % des interventions qui faisaient moins d'une demi-heure. Le conseil départemental avait fait une grille d'évaluation et considérait que même chez un GIR 3, une aide à la toilette était d'une demi-heure et que c'était suffisant. Vous voyez, sans utiliser des mots forts comme maltraitance, que nous sommes quand même loin de la bientraitance. On a aussi des tarifs insuffisants et j'aimerais signaler aujourd'hui qu'on a au moins un redressement judiciaire par mois, si ce n'est plus, et même des redressements d'associations importantes puisqu'en Seine Maritime il y a deux structures appartenant à un autre réseau que l'UNA et qui ont 1 500 salariés au total, qui sont en redressement judiciaire. En Corrèze, on a une structure en redressement judiciaire avec 400 salariés, etc. Il y a des problèmes de financements. Par ailleurs, il est quand même très curieux que ce soit le département qui évalue le niveau de dépendance et qui soit en même temps le financeur. J'ai vu le cas d'une personne arrivant de Bordeaux qui était en GIR 4, elle est arrivée dans la Sarthe et a été évaluée en GIR 5. Les systèmes sont un petit peu problématiques mais en même temps on peut le comprendre : on a vu en 2010 qu'il y avait une dizaine de conseils départementaux qui ne pourraient plus financer totalement le RSA. En 2017, ce sera peut-être 40 conseils départementaux. Il y a un vrai problème de financement. Il ne faut pas s'étonner donc que les tarifs soient entre moins de 20 euros dans un département et 24 euros dans d'autres. Comment voulez-vous que le système vive correctement, avec de la qualité, sans aller vers de grandes difficultés ? Encore une fois, avec l'exemple que j'ai vu dans la Sarthe, et ce sont des chiffres que l'on n'a pas forcément facilement, entre 2007 et 2015, le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA n'avait pas évolué, c'est formidable ! Et même entre 2012 et 2014, ils avaient réussi par le biais du développement des demi-heures, à baisser les dépenses de l'APA à domicile de 17 %. Je ne dis pas que c'est dans tous les départements pareils, mais on a là de vrais sujets qui sont le financement de la perte d'autonomie dans notre pays et qui sont loin d'être résolus.

Line LARTIGUE DOUCOURE : Je ne peux que souscrire à ce témoignage et à ce que vous venez de dire. Peut-être pour compléter et aller dans le sens de ce que vous évoquez, l'étude nationale de coût qui a été menée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et qui a été faite par des prestataires externes, montre que selon les départements nous pouvons avoir un différentiel de 7 euros. On peut avoir des tarifs horaires dans des départements qui sont en dessous de la prise en charge CNAV, on est donc sur des tarifs inférieurs pour des personnes plus dépendantes, c'est une réalité. On peut avoir aussi des tarifs qui peuvent monter dans des départements qui prennent en charge l'ensemble des coûts. Nombre de territoires voient leurs services à domicile en difficulté puisqu'on leur applique une tarification qui est inférieure à leur coût de revient, donc forcément quand ils font une heure ils génèrent du déficit. D'autre part, j'ai été extrêmement intéressée par la présentation qui a été faite sur l'Allemagne, parce que dans les travaux qui ont été portés, qui sont portés par le réseau UNA et qui le seront lors des prochaines échéances électorales, nous avons évoqué la question de la création d'une protection sociale pour le risque dépendance qui est financé aujourd'hui sous une autre modalité que celle d'un « risque de protection sociale ».

Madame dans le public : Cécile Jules, je suis du département de la Loire, je voulais juste revenir sur le lien entre le département et les caisses de retraite. Dans le département de la Loire, le groupement atout-prévention a conventionné avec le département et on palie de ce fait certains dysfonctionnements. Ce sont nos équipes médico-sociales qui évaluent la personne de 1 à 6, c'est ce qui permet de ne pas faire double évaluation et effectivement on fait le lien très rapidement entre le GIR 5 et 6 et ensuite l'entrée dans la dépendance et dans

l'APA. On trouve qu'il y a une vraie réactivité et une vraie plus-value à avoir confié ces évaluations au département.

Monsieur dans le public : Par rapport à cette loi sur le vieillissement qui est très ambitieuse, tout le monde le sait, ce gouvernement essaie d'appuyer tant bien que mal pour la prise en charge de nos anciens. Je suis représentant des affiliés CFDT au sein de l'ANGDM et donc j'ai participé à pratiquement toutes les réunions sur l'ASS comme tant d'autres dans la salle. Il y a plusieurs questions que je me pose. D'abord par rapport à ces personnels qui travaillent dans ces différentes associations et même au sein de la CAN, on en a aussi dans les services d'aide à domicile, et où souvent on constate qu'ils ne sont pas vraiment bien payés. Ce sont des salaires qui sont au niveau du SMIC et donc à quand une véritable reconnaissance de ce personnel ? Parce que pour travailler chez des personnes âgées, il faut être formés et ce n'est souvent pas le cas, donc à quand un véritable statut pour ce personnel ?

Ensuite par rapport au personnel qui travaille dans l'aide à domicile et qui représente une grosse partie de l'action sanitaire et sociale, ce sont souvent des personnes, et toutes les statistiques le montrent, ce ne sont pas des jeunes pour la majorité mais des gens qui travaillent dans une deuxième carrière professionnelle pour des raisons familiales ou financières. Ce sont souvent des contrats CDI à mi-temps ou quart de temps et où, y compris dans les associations, il y a souvent un turnover régulier de ces personnels. Il faudrait vraiment à mon avis mettre la main au portefeuille pour s'occuper de nos anciens et créer des emplois. On a bien vu que même dans le régime minier, 7,35 heures d'aide à domicile dans le mois, c'est très peu pour s'occuper de nos anciens. Pour lancer un message à la DSS et au gouvernement, les moyens souvent ne suivent pas les actes. Il faudrait augmenter les moyens.

Monsieur dans le public : Bonjour, je suis administrateur à l'ANGDM, je ne vais pas revenir sur ce que mes collègues ont dit mais de nos discussions de ce matin, on a senti qu'on a des intérêts en commun, qu'on a les mêmes difficultés. Cela permettra de travailler dans nos groupes concernant les nouveaux arrivants, concernant la communication. Concernant tout cela, on se rend compte qu'il y a beaucoup de choses qui sont faites en doublon. On se rend compte aussi qu'il faut absolument mettre des passerelles sur tout ce qui est logement immobilier. On a la chance qu'une partie soit beaucoup mieux traitée que l'autre parce que pour ceux qui sont dans le parc, c'est beaucoup plus facile que pour ceux qui sont dans le privé et donc ça donne des pistes. Après, on se rend compte aussi qu'il y en a qui vont vers consommer le maximum de budget et d'autres qui ont des restrictions. Je ne vais pas rentrer là-dedans mais nous aurons l'occasion d'y revenir. Je trouve que le modèle allemand est très intéressant pour l'avenir d'autant plus que la Ministre ce matin a dit que tout va s'axer sur les régions. Ce sont les régions qui ont les moyens et c'est vers elles que nous devront aller. Ma question est toute simple : comment, nous, organisme de l'ANGDM ou autre, avons-nous la possibilité d'avoir droit à ces moyens mis en place par l'État par le biais de la CASA ? Avons-nous en tant qu'organisme notre place pour récupérer quelque chose et développer nos plans ?

Monsieur dans le public : Merci, Michel Fenard, administrateur pour FO à l'ANGDM. En écoutant les interventions des uns et des autres, on voit qu'on a tous les mêmes préoccupations. On sait que les personnes âgées de demain ne seront probablement pas identiques à celle d'aujourd'hui d'où la nécessité d'anticiper. Je pense que par rapport à cela, on a peut-être tout intérêt à s'ouvrir au partage et à la mutualisation des moyens, en particulier quand j'entends l'inter-régime. Ceci en particulier pour pérenniser nos postes par rapport au personnel de l'agence. Ce serait bien de s'ouvrir à d'autres régimes.

Olivier AROMATARIO : Je vous remercie. Ce matin nous avons pris la mesure du travail qui est effectué à l'heure actuel. Comme cela a été rappelé par Madame la Ministre et Monsieur le Président, l'objectif n'est pas la prise en charge des personnes âgées mais de maintenir leur autonomie. Ce que j'aurais envie de dire, c'est qu'il y a plusieurs stratégies qui sont décrites. On a des actions individuelles auprès de la personne âgée. Ces actions individuelles peuvent être sur les besoins fondamentaux de la personne mais pas seulement. On va pouvoir s'attacher à développer toute la vie sociale. Le maintien à domicile n'est pas de l'enfermement à domicile. Le maintien de la santé de la personne âgée c'est aussi lui permettre de maintenir des relations sociales. La deuxième grande catégorie d'actions qui nous ont été présentées ce matin concerne les actions collectives. On est là au cœur des problématiques. On ne va pas traiter de façon individuelle des problématiques qui sont communes à plusieurs personnes mais on arrive à organiser les choses pour que les personnes puissent aussi recréer du lien à l'intérieur des actions qui sont menées auprès d'elles. La troisième grande catégorie a trait aux actions liées à son environnement. Il faut agir au niveau de la personne, au niveau des collectifs mais il faut aussi agir sur son environnement pour pouvoir améliorer sa santé. Tout cela est favorisé par la coordination qui a lieu au sein de l'inter-régime afin de répondre au mieux aux besoins de la personne âgée. Pour améliorer la santé des personnes âgées, il faut simplifier le fonctionnement de nos systèmes qui sont trop souvent des mille-feuilles compliqués pour nous mais qui le sont encore plus pour notre public. Fluidifier le fonctionnement des services permettra d'améliorer notre service aux personnes âgées. Pour finir, je voulais souligner que nous percevons nettement l'évolution des politiques. Comme la Ministre l'a souligné ce matin, ce n'est pas aux personnes à s'adapter à l'économie. Aujourd'hui, l'économie a tendance à écraser toute une catégorie de la population et surtout les personnes âgées. Alors que cette loi c'est de pouvoir justement permettre à la personne d'utiliser l'économie pour pouvoir s'en sortir. Le thème de la silver économie que nous verrons plus en détail cet après-midi rejoindra ce point.

Fin de la matinée : 12h06.

Linda CAMBON : Nous allons reprendre cette après-midi avec des choses un peu plus opérationnelles. Ce matin on a parlé de politiques et de stratégies, on reviendra là-dessus à l'occasion de la synthèse et de l'introduction de la deuxième table ronde. Pour commencer cette demi-journée, j'accueille nos deux conférenciers qui vont l'introduire. Monsieur Luc Broussy qui est Président de France Silver Economie et auteur du rapport sur l'adaptation de la société au vieillissement de la population, et le professeur Athanase Benetos qui est chef du service gériatrie au CHU de Nancy.

Luc BROUSSY - Président de France Silver économie et auteur du rapport parlementaire « l'adaptation de la société au vieillissement de sa population » : Bonjour à tous, j'ai rencontré pour la première fois le directeur de l'agence il y a quelques mois. Nous avons eu un déjeuner de réflexions autour des thèmes de la silver économie et il m'a proposé à ce moment-là d'intervenir aujourd'hui. Je devais le faire ce matin mais un conseil d'administration de France Silver Economie m'en a empêché. Je ne sais pas du coup ce qu'il s'est dit tout au long de la matinée et donc j'espère ne pas répéter ce qui a déjà été dit. D'abord, je vais essayer de vous convaincre, peut-être en quelques minutes, mais vous le savez car c'est le thème même de cette journée, que nous sommes en train de vivre un véritable changement de paradigme en matière de politiques publiques en direction des personnes âgées. Au fond, pendant 10-15 ans l'ensemble de nos réflexions, de nos colloques ou de nos articles se sont concentrés sur un sujet majeur : l'amélioration de la prise en charge de la perte d'autonomie. Cela a été le travail des parlementaires tout au long des années 90, c'est le travail qui a mené à des réalisations législatives et c'est à ce moment-là que nous avons créé l'allocation personnalisée à l'autonomie en 2002. Ce sont ces réflexions qui ont mené à la loi d'action sociale de 2002, à la création de la caisse nationale pour l'autonomie en 2005. Nous avons construit pas à pas un système organisé de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. On peut toujours mieux faire et on le fera. Mais la réalité, c'est qu'au cours des 15 dernières années, nous avons totalement modernisé le parc des établissements pour personnes âgées. Il y a encore des trous dans la raquette, mais la qualité moyenne des EHPAD d'aujourd'hui n'a rien à voir avec celle des années 1980 et 1990. Pour le système de services d'aide à domicile, le modèle économique n'est encore à maturité mais il s'est quand beaucoup amélioré. L'allocation personnalisée à l'autonomie ou en tout cas le système de prise en charge financière a aussi beaucoup évolué. Je veux rappeler qu'en 2001, il y avait l'allocation spécifique dépendance qui était perçue par 120 000 Français. Dix ans après, nous avons une APA qui est touchée par 1,2 millions de Français. En 2001 et 2003, l'ONDAME, l'argent de l'assurance maladie qui va vers les maisons de retraite et vers les services à domicile, était de 3 milliards d'euros. Aujourd'hui, c'est 9 milliards d'euros. Voyez, dans ce système, même si ce n'est jamais suffisant nous avons construit en quinze ans pas à pas une meilleure solvabilité des personnes, un service plus professionnalisé en établissement comme à domicile en direction des personnes âgées, de meilleures qualifications pour les personnels de base comme pour les personnels de direction. Je rappelle qu'il y a une dizaine d'années, il n'y avait besoin d'aucun diplôme pour diriger une maison de retraite de 90 personnes dépendantes. Il a fallu attendre 2007 pour qu'il y ait un décret d'application demandant un minimum. On a donc construit pendant 15 ans un environnement qui a permis de mieux prendre en charge une population en perte d'autonomie et qui était en augmentation. Le travail n'est pas terminé, beaucoup de familles attendent encore une meilleure solvabilisation, mais la réalité est que de 2011 à 2013, des réflexions ont eu lieu pour rénover le cadre de ces politiques publiques. Comme si le volet dépendance, sans être terminé, n'était au fond qu'un élément d'un tout, mais qu'on avait juste oublié le tout. Je vois dans cette salle, et c'est une bonne surprise, quelqu'un qui a participé à la construction de ce système, Jean-Marie Spaeth qui était président de la CNAV et à la CFDT avec lequel on a beaucoup travaillé, la CFDT a toujours

été d'ailleurs en pointe sur ce sujet-là. Nous avons construit un système parce que nous y étions contraints. De la même façon que dans les années 1980, ce qu'on appelait la nouvelle pauvreté a créé des réflexions autour du RMI devenu RSA, de la même façon, la forte croissance du nombre des personnes âgées très dépendantes dans les années 1980 et 1990 a généré une réflexion et un progrès social autour de l'amélioration de la prise en charge.

A partir des années 2010, nous avons commencé, après nous être concentrés sur le million de Français dépendants, à nous demander ce qu'on pouvait faire pour les 14 autres millions de retraités. C'est là que sont nées dans les réflexions, dans les écrits et dans les rapports, la volonté de travailler sur des politiques d'adaptation, d'anticipation et de prévention du vieillissement. Il y a des politiques liées à l'indépendance, il faut les améliorer, c'est un fait. Mais le meilleur moyen de ne pas devenir dépendant ou de le devenir le plus tard possible est d'améliorer en amont les politiques de prévention et d'adaptation. Ayant participé à ces réflexions-là pendant la campagne présidentielle, Marisol Touraine et Michèle Delaunay m'ont confié en 2012 un rapport sur l'adaptation de la société au vieillissement. Là, j'ai essayé de livrer quelques pistes qui, je dois l'avouer, ont été largement reprises dans la loi de l'adaptation de la société au vieillissement. Je suis parti de trois facteurs que je voudrais vous exposer ici. Le premier facteur est : un retraité averti en vaut deux. La réalité est que la génération qui est devenue dépendante dans les années 1980 et 1990 est une génération qui ne savait pas qu'elle vivrait aussi longtemps. Une personne en 1990 qui a 90 ans entre en EHPAD, elle est née en 1900 dans un pays où l'espérance de vie était de 45 ans. Elle entre désormais en maison de retraite dans un pays où l'espérance de vie est de 80 ans. Il y a une génération qui a été surprise par sa propre longévité. Il a fallu donc parer à un défi nouveau. Ce défi est maintenant identifié, on a mené des politiques publiques pour le traiter. On a désormais une deuxième vague démographique qui est l'explosion du nombre de personnes très âgées mais valides. C'est donc une vague démographique qui permet de se dire qu'aujourd'hui, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va non seulement croître, mais qu'à l'intérieur de cette vague, le nombre de personnes valides va terriblement augmenter. Nous avons aujourd'hui en France 1,5 millions de gens de 85 ans et plus. Les 85 ans et plus seront 5 millions en 2050. C'est cela le véritable défi. Sur ces 5 millions, 2 millions seront dépendants mais 3 millions seront valides. Notre société va générer des gens très vieux, qui auront quelques fragilités mais valides. Ce seront des gens qui n'ont rien à voir avec l'EHPAD, avec le service à domicile, avec la médicalisation. Ce sont des gens qui voudront rester chez eux, qui voudront aller au théâtre, au cinéma, être mobiles et avoir des liens sociaux. Après, face à la croissance du nombre de personnes âgées et dépendante, nous avons à faire face à une augmentation très forte de gens très âgés mais valides. C'est un nouveau phénomène que nous n'avons jamais connu dans l'histoire.

J'en viens au deuxième facteur d'ordre sociologique. Nous sommes dans la deuxième génération de seniors. Celle qui s'est fait surprendre à la fin du XXème siècle par sa longévité, on s'en est occupé. Mais le senior d'aujourd'hui est l'enfant du premier. Le senior d'aujourd'hui est une personne qui a déjà eu affaire aux maisons de retraite pour ses parents. Ils savent ce que sont les maisons de retraite, ils connaissent les affres de la dépendance. Ils savent ce que c'est de devoir trouver une aide à domicile en 24h ou de demander au frère ou à la sœur de payer à la fin du mois. Nous allons donc avoir une génération de seniors avertie. Cela ne veut pas dire qu'ils vont fuir les EHPAD mais qu'ils seront avertis et qu'ils voudront maîtriser leur destin. C'est la raison pour laquelle je crois beaucoup aux politiques d'adaptation des logements. Elles n'étaient peut-être pas possibles il y a 15 ans car les gens n'avaient leur propre vieillesse ou ne la voyaient pas venir. Mais comme maintenant la nouvelle génération voit ce que c'est d'avoir un parent dépendant, de vivre la dépendance et que c'est la situation qu'ils pourraient eux-mêmes vivre dans plusieurs années. On a une population beaucoup plus avertie et vous, en face, les professionnels, vous avez des seniors qui ne sont pas les mêmes qu'il y a 15 ans. On va

donc pouvoir leur parler d'adaptation, d'anticipation et de prévention de façon beaucoup plus éclairée.

Enfin, il y a un facteur culturel, notamment lié au domicile. Les gens veulent rester dans leur domicile. Les questions qui s'imposent alors sont : peut-on rester à domicile et quel domicile ? C'est cela qui est en train de changer aujourd'hui. Si rester à domicile, c'est rester dans la maison dans laquelle les enfants ont été élevés avec le mari, que le mari est parti et que l'on se retrouve dans la maison avec un jardin, des marches pour entrer dans la maison, aller dans la chambre, descendre à la cave, etc., alors rester à domicile n'est évidemment pas la solution. Donc rester à domicile mais dans un domicile adapté. C'est le champ qui est en train d'exploser aujourd'hui. C'est à l'aune de ce phénomène qu'il faut lire l'explosion du nombre de résidences seniors. Nous ne sommes pas dans la maison de retraite, nous sommes dans la résidence service. Il s'en crée de nombreuses. Il y en a 500 en France, dans 4 ou 5 ans, il y en aura environ un millier. Ce sont les noms de Dometis, les jardins d'Arcadie, montées par les caisses de retraite, montées par des groupes qui faisaient des foyers logement et qui désormais vont faire des résidences service. Au fond la résidence service d'aujourd'hui est la maison de retraite des années 1980. Dans les résidences service on recrée un établissement, un lieu privé dans lequel le lien social et la mobilité vont être à nouveau possible. Après, il y a plein d'expérimentations partout en France et il ne faut surtout pas faire des catégories. Dans le Nord, il y aura un béguinage, ailleurs un habitat groupé, dans des quartiers des services à domicile concentrés autour d'un certain nombre de logements. Il y a donc une marqueterie de solutions extrêmement diverses et qui ne rentrent pas dans les cases.

Cela ne rentre pas dans les cases, car les cases ont été inventées surtout par le secteur médico-social. Je voudrais insister sur cela aussi. Vous parlez dans votre colloque d'action sociale mais il faut sortir aussi de la logique médico-sociale. Aujourd'hui, nous allons avoir à faire à des seniors qui, je le répète, n'ont pas besoin de soutien en termes sanitaires et social. Ils ont besoin d'être guidés dans leur parcours de vie mais on ne sera plus dans une logique médico-sociale. Les sujets étaient enfermés jusque-là dans cette logique puisque les travaux portaient sur la dépendance. Mais dès lors qu'on élargit la question, que l'on parle de logement, d'urbanisme, d'habitat, de mobilité, le spectre des politiques en direction des personnes âgées va beaucoup s'élargir. Il faut sortir de nos interlocuteurs habituels. Les politiques des personnes âgées ne concerneront plus seulement le conseil départemental et l'ARS mais aussi l'aménagement des logements et une série d'interlocuteurs avec lesquels les acteurs de l'action sociale n'avaient pas l'habitude de nouer de liens jusqu'ici.

J'en viens donc à la thématique de la silver économie. La silver économie n'est pas un gadget, ce n'est pas un marketing, ce n'est pas un mot sorti de nulle part. Aux dernières élections régionales, quatre régions ont choisi des vice-présidents en charge de la silver économie. Le mot silver économie est entré dans les intitulés des vice-présidents de conseils régionaux. C'est vraiment en train de devenir un terme officiel, de la même façon qu'il y a un comité de filière de silver économie au plan national, co-présidé par le ministère de l'économie et le ministère des affaires sociales. Il y a deux acceptions de la silver économie. La première acception, de manière assez réduite, est la façon dont les innovations technologiques et numériques vont impacter l'aide aux personnes âgées, ce qu'on appelait il y a quelques années les girons technologiques. Comment va-t-on utiliser les innovations technologiques pour améliorer le sort des personnes âgées ? Les professionnels de terrain sont déjà engagés sur ces thématiques-là. Les questions qui se posent sont comment les personnes âgées vont accepter un usage de plus en plus fréquent de boîtiers, de capteurs de chute, de tablettes numériques, etc. La fameuse fracture numérique de seniors s'émousse de jours en jours. La question de la fracture numérique ne se posera même plus dans quelques années. En 2004, 5 % des plus de 75 ans avaient un ordinateur, aujourd'hui 30 %. La fracture numérique se réduit entre les personnes les plus jeunes et les plus âgées et donc l'acceptation de l'introduction de ces outils numérique est de plus en plus aisée. Je

dis aux professionnels d'utiliser ces outils. Ne nous réveillons pas une guerre de l'homme contre le robot, on entend parfois que cela va déshumaniser les liens, c'est n'importe quoi, c'est exactement l'inverse qui se passe. Utilisons la machine pour recréer du lien social. Combien de personnes âgées en EHPAD voit leur petit-fils beaucoup plus souvent parce qu'il y a Skype ? Combien de personnes sont rassurés par la présence de capteurs de chute ? Il faut penser aux aidants aussi. Il faut absolument utiliser ces outils, les professionnels commencent à le faire et les personnes âgées le feront de plus en plus.

La deuxième acception de la silver économie est plus large. C'est comment les entreprises vont prendre en compte dans leurs services, leurs prestations, leurs produits, le vieillissement de la population. Je sors d'un conseil d'administration de France Silver Eco ce matin. Qui sont ces entreprises ? Vous avez toutes les fédérations d'aide à domicile, les fédérations de maisons de retraite, les start-up un peu innovantes, la Caisse des Dépôts, Axa, Covéa, la Caisse d'Épargne, le Crédit Agricole, mais on a aussi la CAPB - la Chambre des artisans et des professionnels du bâtiment, et on a Lapeyre. Lapeyre est présent parce qu'ils ont maintenant des magasins uniquement dédiés à l'adaptation des logements. Ils veulent en ouvrir une vingtaine dans les prochaines années. Toutes les entreprises ont quelque chose à voir avec le vieillissement de la population. Je peux citer encore la RATP, la SNCF, tous les transporteurs de manière générale pour la mobilité des personnes âgées. C'est en train d'innover l'ensemble des entreprises puisqu'aucune n'est à l'abri du vieillissement de ses propres clients et de ses propres usagers. Au cœur de la silver économie, il y a donc les organismes de protection sociale. Personne ne pense, quel que soit le gouvernement, que demain il y aura un nouvel impôt pour financer la dépendance et que grâce au plusieurs milliards d'euros que vous paierez, il n'y aura plus de problèmes de prises en charge dans les maisons de retraite ou à domicile. Tout le monde sait qu'il n'y aura plus un euro supplémentaire de prélèvement obligatoire pour financer la dépendance. L'argent viendra donc d'ailleurs et il viendra notamment des organismes de protection sociale complémentaire. Je suis convaincu, pour avoir parlé avec Harmonie mutuelle, l'AGIRC ARRCO, avec la CNAV qui travaille aussi là-dessus, que ce sont les organismes de protection sociale qui vont proposer à une grande partie de la population ces nouveaux services. Ce ne seront pas l'État ni les conseils départementaux mais vous. Et vous allez vous faire de la concurrence vis-à-vis des différents produits que vous proposerez. Je plaide depuis un petit moment pour que l'État mette en place une espèce de conférence nationale des organismes de protection sociale complémentaire. Un premier pas a été fait, et Pascale Boistard vous l'a dit ce matin, c'est la conférence des financeurs. Au plan départemental, il ne faut vraiment pas rater le coup. Avoir dans chaque département l'ARS, le conseil départemental, les organismes de protection sociale ou complémentaire, les mutuelles au tour de la table pour se mettre d'accord pour mener des actions coordonnées, est absolument magnifique. Comme vous, l'ANGDM, vous n'êtes pas dans tous les départements, investissez ces conférences. Si vous pouvez mettre 1 euro et qu'à plusieurs vous pouvez mettre 10 euros, y compris vos propres mandats seront mieux servis. Et il faut aussi travailler avec les bailleurs sociaux mais vous le savez déjà.

Voilà ce que je voulais vous dire dans le temps qui m'était imparti. Cela fait plus de 20 ans que je travaille dans le secteur des maisons de retraite. Il y a un moment où je commençais à m'ennuyer un peu. Les maisons de retraite c'est bien, on avait beaucoup œuvré, j'avais dirigé le syndicat des maisons de retraite. On a travaillé à sa modernisation, à la réforme de la tarification des EHPAD, on avait l'impression d'avoir fait œuvre utile. Et avec la silver économie, il y a eu un changement de paradigme qui permet de voir de façon beaucoup plus excitante le sujet. Parce qu'au lieu de passer votre temps avec l'ARS ou le conseil départemental, le médecin et l'infirmière, vous voyez l'ensemble des acteurs que je viens de vous citer. C'est une vision beaucoup plus panoramique et nous fait sortir du seul cadre sanitaire et médico-social. C'est la raison pour laquelle le haut conseil de l'âge qui va être mis en place, ou les commissions départementales de citoyenneté et d'autonomie, ne fédèrent pas que les acteurs classiques du médico-social mais aussi les acteurs de l'habitat,

du logement, de la mobilité, etc. Pour que les affaires dont s'occupent les vieux ne soient pas les affaires des seuls vieux dépendants. C'est cela qui m'a toujours effaré, c'est que les UCR, les unions confédérales de retraités, passent leur temps à parler de la dépendance alors que la majorité sont encore bien portants. Les organisations de retraités de ce pays ne traitent pas de la question de l'adaptation mais de la dépendance.

On est convoqué au Quai d'Orsay, c'est la première fois, pour être auditionné sur le tourisme des seniors parce qu'il y a une mission parlementaire sur le sujet. Sur le tourisme des seniors ou bien on dit qu'il va y avoir une stigmatisation des seniors vis-à-vis des jeunes, ou on se dit que le vieillissement n'est pas un fardeau (avant on parlait du tsunami gris, de dépendance, de papicrash - le titre d'un livre de Bernard Spitz) mais une chance. C'est le président de la République qui dit cela dans ses discours : la démographie en France est une véritable chance. L'Allemagne vieillit en maigrissant c'est-à-dire dans une population qui va se réduire, et nous, la France, on vieillit en grossissant ce qui du coup nous donne une opportunité différente. Le vieillissement vu comme cela est une opportunité d'emploi, une opportunité de croissance et une opportunité d'innovation. Nous étions dans un secteur un peu gris, un peu ringard et un peu poussiéreux et pourtant ce matin j'étais avec le cabinet d'Axelle Lemaire sur l'innovation, sur la frenchtech pour voir comment entre la silver économie et la frenchtech, on pouvait créer des passerelles. Aujourd'hui une grande majorité des startups qui sont en train de se créer par des gamins de 25 ans s'orientent en direction de la santé et du vieillissement. Que le vieillissement serve à créer des emplois pour les jeunes est aussi une forme de lien intergénérationnel actif. Voilà ce que je voulais vous dire pour vous donner une image positive du vieillissement et surtout de la mission qui est la vôtre pour les prochaines années.

Professeur Athanase BENETOS - chef du service gériatrie du CH NANCY : Je vais essayer de vous convaincre pendant les 20 prochaines minutes qu'en tant que médecin travaillant avec d'autres partenaires et professionnels, on peut faire des choses dans le domaine de la prévention. J'ai mis sur la première diapositive les mots prévention et vieillissement ensemble mais est-ce qu'on peut vraiment marier ces deux mots ? Parce que quand on dit prévention, on veut prévenir quelque chose, or le vieillissement n'est pas une maladie. Il y a des gens qui font de l'anti-aging comme on dit, je ne fais pas partie de tous ces gens-là. Il y a des gens qui n'ont pas besoin de la médecine, ni même de la silver économie peut-être car ils sont des gens d'exception. Ils sont très peu. Par exemple Jeanne Louise Calment est décédée en 1997, il y a une vingtaine d'années. Personne n'a pu encore dépasser ce record. Elle disait toujours, d'après les gens qui l'ont fréquenté, qu'elle aimait bien l'huile d'olive, le vin, le chocolat, le vélo, qu'elle n'avait pas de regret. Il y a ces exceptions mais je vais parler des gens ordinaires qu'on peut être si on a de la chance un jour vous et moi, si on atteint un jour l'âge de 80 ans. C'est un seuil à partir duquel la population est très hétérogène, c'est cela qu'il faut comprendre. Jusqu'à l'âge de 70 ou 75 ans, en dehors d'un petit sous-groupe de personnes qui ont des handicaps ou des problèmes sérieux, d'un point de vue fonctionnel, on peut fonctionner dans la société. Après 80 ans, il y a une hétérogénéité qui est tout à fait importante. Et vous avez raison de dire qu'il faudra s'occuper demain des 2 millions de personnes qui sont en perte d'autonomie mais aussi des 3 autres millions qui ne le seront pas absolument. Même si à 85 ans il y aura de plus en plus de gens qui seront valides, en tout cas pas en perte d'autonomie, à 95 ans en revanche, puisqu'on en aura beaucoup, on aura beaucoup plus de pertes en autonomie. Il s'agit presque d'une question philosophique : veut-on mourir en pleine santé ou veut-on décliner ? On peut en discuter pendant des heures.

Finalement, il y a deux constats. Premièrement, ce sont les données de mon département, en l'espace de 12-13 ans, il y a eu une augmentation importante des sujets de plus de 60 ans en valeur absolue, c'est-à-dire pas seulement leur pourcentage au sein de la population, mais en chiffre absolu. Le pourcentage de personnes de plus de 75 ans

augmente beaucoup plus et si vous allez chez les plus de 80 ans c'est 50 % et ainsi de suite. Deuxièmement, là encore j'ai des données de Meurthe-et-Moselle, on voit que le pourcentage des gens ayant besoin de l'APA augmente vraiment entre 60 ans et 75 ans et pour les 80 ans on est à 30 %, etc. Comment peut-on expliquer cela avec l'œil du soignant, d'un point de vue médical ? Avec le vieillissement, il y a deux processus qui ne sont pas complètement indépendants mais qui sont relativement différents. Il y a beaucoup plus de maladies en vieillissant et il y a un processus de fragilisation. C'est la fragilité que ma présentation va tenter de définir. Il est très important de réaliser que pour le même nombre de personnes avec une maladie identique au même stade d'avancement, une partie de ces personnes restent assez autonomes et assez robustes tandis que les autres sont très fragiles. Donc ce n'est pas un cumul de la maladie, c'est l'interaction du physique, du mental, du cognitif et de l'environnement. D'où la complexité de la question. Je pense que c'est la base de la prévention.

La littérature sur la fragilité dans le monde médico-social commence au début des années 90. Qui est fragile ? La personne qui est complètement dépendante est bien sûr fragile mais on ne parle pas de ces gens-là. On définit la fragilité, les personnes d'un certain âge souvent, et pour lesquelles tout va bien. Elles sont autonomes et vivent dans leur domicile sans problème. Après un stress par exemple, un deuil, une hospitalisation, une chute, une infection pulmonaire, son entourage va se demander ce qui s'est passé parce que la personne n'est plus comme avant. C'est cela : on est incapable quand on est fragile de répondre adéquatement au stress. Le problème est alors double. D'abord, comment détecter ces gens-là avant que ne survienne la situation de stress et donc la perte d'autonomie ? Deuxièmement, il faut comprendre que cet état de fragilité est un état intermédiaire entre l'état robuste et d'autonomie et, si on ne fait rien, l'état de perte d'autonomie. De plus en plus, des études montrent, même si tout cela n'est pas encore bien ficelé, que des actions permettent de ralentir ce processus pour retarder la perte d'autonomie. C'est un enjeu majeur.

Beaucoup de chercheurs travaillent sur les bases biologiques de la fragilité mais il n'y a pas de certitudes. Peut-on faire quelque chose pour détecter ces fragilités avant la perte de l'autonomie ? C'est le défi que nous nous sommes fixés avec des personnes qui sont présentes ici, et notamment avec Olivier Aromatario qui joue vraiment un rôle majeur et je pèse mes mots, et avec l'aide la CARMI et de Filieris à tous les niveaux. Nous avons réalisé une étude au centre de la CARMI en Moselle. Notre objectif était de nous adresser à des personnes qui sont autonomes et de plus de 70 ans, c'est tôt, mais si on veut agir, il faut agir précocement afin de détecter de façon fiable ces gens-là. On ne peut pas faire tout et n'importe quoi dans la prévention. Moi je viens de la cardiologie, pendant des années j'ai travaillé dans le domaine de la prévention cardiologique à Paris et je travaille dans le domaine de la gériatrie depuis à peu près 20 ans. Dans le domaine de la prévention, on ne peut proposer tous les bilans et tous les examens à tout le monde, ce système ne fonctionne pas.

Les quatre principes à mettre en application pour la prévention de la fragilité – il faut avoir une sorte d'algorithme pour pouvoir appliquer ce que nous proposons de façon massive et démocratique – : premièrement par étape ; deuxièmement il faut que ce soit une action partagée, ce n'est pas seulement le travail du médecin, de l'infirmier ou de l'assistante sociale, c'est un travail qui doit être partagé par plusieurs professionnels sinon cela ne marche pas ; troisièmement, il faut que ce soit hors hôpital, il faut aller dans les centres de soins primaires, c'est le seul moyen de faire fonctionner cette stratégie ; il faut faire enfin un travail de validation. Cette dernière étape est essentielle, est-ce que ce que nous faisons sert à quelque chose ? Ou est-ce que c'est juste un gadget pour que les universitaires fassent des papiers ? Ce sont des vraies questions sur lesquelles nous avons travaillé et sur lesquelles nous travaillons depuis.

Alors, que signifie « par étape » ? Cela signifie qu'il faut commencer par faire une grille d'évaluation auprès d'une population puis faire un premier tri entre « fragile » et « pas

fragile ». Si vous détectez des gens fragiles, on suppose que la grille de repérage est valide. Par la suite, ceux que l'on a repérés comme fragiles, on leur fait faire un bilan complet par des spécialistes, médicaux, assistants sociaux, infirmiers, etc. C'est ce qu'on appelle une évaluation gérontologique standardisée avec synthèse à la fin. Elle doit être effectuée par quelqu'un de compétent. Ensuite la troisième étape est qu'il faut agir, faire une cartographie régionale pour voir quelles sont les ressources locales et régionales qui peuvent accueillir et prendre en charge ces patients. Certains, on va les envoyer à l'hôpital quand il y a des questions qui ont besoin d'une expertise de recours. La quatrième étape correspond à l'étude de l'efficacité de cette action et souvent pour cela on a besoin des données longitudinales. Est-ce que finalement j'ai repéré correctement la fragilité, est-ce que j'ai pu prévenir la fragilité ? Cette étape est très longue, il faut attendre des années et c'est donc la plus difficile.

Voilà donc une des grilles de repérage sur la diapositive. Il y en a plusieurs. La difficulté est que nous ne voulons pas seulement repérer une fragilité physique, mais une fragilité psychique, cognitive et sociale. L'interaction de tout cela. C'était notre premier critère de choix, simple et rapide à utiliser et pas seulement par un médecin. Sur les 10 questions relativement objectives, on peut facilement avoir ces données, il faut 10 minutes pour remplir la grille de repérage. C'est un outil qu'on peut valider par la suite, qu'on gardera ou que l'on rejettera. Il n'y en a pas beaucoup qui ont fait ce type de travail, il y a donc très peu de données. Les gens qui ont plus de quatre critères sur cette grille, on va les considérer comme fragiles. Ces personnes vont ensuite avoir un bilan global selon le processus classique mis en place en gériatrie et gérontologie. Ce bilan dure 45 minutes et peut aller jusqu'à 2 heures, synthèse incluse. Pour la troisième étape on adresse ces gens-là à des professionnels parce qu'on a vu avec l'évaluation gérontologique standardisée que par exemple c'était au niveau de la marche et de l'équilibre qu'il y avait un très gros problème. Dans ce cas-là, on peut adresser la personne à un professionnel de l'aménagement de l'habitat, à un kinésithérapeute. Et il y a cette dernière étape où on va valider. On a déjà commencé à valider des résultats à la deuxième étape si des gens qu'on a repérés comme fragile à la première étape l'étaient vraiment lors de la deuxième. Ensuite on va consolider tout cela avec une étude longitudinale. Cela veut dire qu'il y a des gens qui reviennent un an plus tard et on va voir s'il y a des relations entre les résultats que nous avons trouvés au début et l'évolution en un an de ces gens-là. Notre souhait est de le faire revenir dans 5 ans pour voir si finalement il y a un effet entre ceux qui ont bénéficié de l'action et ceux qui n'ont pas bénéficié de notre action de prévention. Je vais vous dire les résultats de cette étude qui a été faite avec ce modèle expérimenté dans le centre CARMI Moselle : il y a eu 577 sujets de plus de 70 ans qui ont eu ce repérage. On a identifié environ 20 % qui étaient fragiles. Parmi eux 90 ont déjà eu une évaluation globale. Pour comparer, on a fait 16 évaluations gérontologiques chez des gens repérés comme non-fragiles tirés au sort. Les résultats sont encore à dresser. J'insiste par ailleurs sur le rôle du médecin traitant dans tout ce processus, nous ne sommes pas là pour le court-circuiter mais pour travailler avec lui. 20 % de fragiles sur cet échantillon de population, un petit peu plus de femmes que d'hommes. Sans surprise cela augmente avec l'âge. Les résultats sont très préliminaires, produits par mon collaborateur Carlos Laval de l'INSERM qui s'occupe de la partie statistique de cette étude. Juste pour vous dire que lorsqu'on compare les 16 personnes qui ont fait le bilan gérontologique repérées comme non fragiles avec ceux qu'on avait repérés comme fragiles, on voit qu'il y a de grosses différences entre les deux groupes par rapport à l'état des fonctions corporelles. Donc, la conclusion est que cette première grille d'analyse est peut-être pertinente et efficace pour faire ce premier repérage de la fragilité.

Nous menons également d'autres projets en parallèle qui pourraient s'inscrire dans ce qui a été appelé la silver économie. On veut instaurer un carnet de fragilité dans lequel seraient consignés tous les résultats de ses examens au sein d'une même application afin que la personne concernée puisse les consulter et, qu'avec son accord, son médecin puisse aussi y avoir accès. Comme cela il y aura un suivi qui sera indépendant du changement de

médecin, etc. Nous voudrions mettre en place également un partage de l'information. Je suis le coordinateur scientifique d'un gros projet européen financé par Horizon 2020 qui a commencé il y a peu de temps pour cinq ans. Dans le cadre de ce projet, en plus de tout ce que je viens de vous montrer comme outils classiques, on va aussi utiliser de nouvelles technologies comme des capteurs installés au domicile des gens. L'objectif est d'obtenir plus d'informations pour voir si on peut mieux faire en faisant des évaluations multiples au domicile des gens plutôt que des évaluations cliniques standards.

Je pense que quand on est dans le vieillissement, pour revenir sur la présentation très intéressante de l'orateur précédent, je ne pense pas qu'il y ait des choses tristes ou joyeuses, dignes d'intérêt ou pas, je pense que c'est une réalité. C'est une réalité que l'on a voulue et que l'on veut pour nous, pour nos parents pour nos proches. Vouloir vivre plus longtemps est le fruit de notre civilisation et de notre progrès. Et c'est même un indice de progrès des civilisations. Je pense qu'il est possible de développer des algorithmes pragmatiques pour le repérage et la prise en charge de la fragilité afin de préserver l'autonomie des personnes vieillissantes. Je vous remercie.

Linda CAMBON : Merci beaucoup. Ce matin on était sur la question du maintien à domicile, on voit que cet après-midi la question est celle du changement de paradigme : on passe de celui de la dépendance à celui de la qualité de vie des personnes âgées. C'était le propos tenu notamment sur la silver économie. Et là, on a traité une question très centrale qui est celle de la prévention de la fragilité de manière à pouvoir maintenir l'autonomie le plus longtemps possible. La prévention est l'objet de la table ronde de cet après-midi. Nous allons comparer les différentes stratégies de prévention, essayer de comprendre quels sont les facteurs qui interviennent, comment on appréhende l'écosystème de cette prévention. Nous avons des interlocuteurs qui vont nous présenter de manière très opérationnelle ce qui peut être fait sur un certain nombre de thèmes comme l'habitat, l'isolement, le repérage précoce de la fragilité, la coordination médico-sociale et l'aide aux aidants. Nous allons commencer par traiter les deux premiers thèmes qui sont l'habitat et la rupture de l'isolement.

Table ronde n°2 : La prévention et la loi adaptation de la société au vieillissement. Quelles réponses l'ANGDM et ses partenaires peuvent apporter aux exigences de la loi : actions et perspectives.

1. Le domicile : les adaptations et les actions menées avec les bailleurs.

Damien BUGNA, coordonnateur technique national de l'ANGDM

Jean-Paul MERLO, directeur de la SA Ste BARBE

Guillaume EXINGER, directeur de la gestion locative SA Ste Barbe groupe SNI

Bernard MAZURE, directeur de projet mission sociale, Maisons et Cités

Catherine GRIBOVAL, Chef de l'antenne Nord Pas de Calais de l'ANGDM

Damien BUGNA : Bonjour, je suis responsable technique national de l'ANGDM au niveau du logement. Je vais vous parler d'habitat et notamment du logement des bénéficiaires de l'agence. Il existe deux catégories de prise en charge des logements. La première ce sont les loyers pris en charge par l'agence. La seconde ce sont les loyers non pris en charge par l'agence. Il y a environ 70 000 logements qui sont occupés par des bénéficiaires qui perçoivent l'indemnité logement en espèces. L'autre partie pour les loyers non pris en charge, ce sont 4 426 logements qui sont occupés par des personnes qui ont capitalisé l'indemnité logement. Enfin, nos 26 423 logements occupés par des bénéficiaires de l'agence dont les loyers sont pris en charge. Cela fait un observatoire de 100 000 logements

environ. Ils répartissent sur toute la France. Au niveau des bénéficiaires dont l'agence ne prend pas en charge les loyers, donc ceux qui ont capitalisé l'indemnité logement, ils se trouvent sur quatre secteurs, le plus grand étant celui de l'Est avec un peu plus de 26 000 bénéficiaires. Ensuite viennent le Nord, le Sud et enfin le Centre. La moyenne d'âge de ces bénéficiaires est peu importante dans l'Est puisque l'âge moyen est un peu en dessous de 70 ans, les plus âgés étant ceux du centre de la France. En 2015, l'agence a versé plus de 100 millions d'euros aux bénéficiaires de la prestation logement-nature. Pour ce qui concerne les logements pour lesquels l'agence prend en charge le loyer, en 2015, le montant pris en charge par l'agence s'élevait à 146 millions d'euros. Le Nord représente 55 % des logements puis viennent l'Est, le centre et le Sud. En tout il y a 176 bailleurs qui travaillent avec nous, avec des tailles assez différentes puisqu'on voit que le Nord avec Logements et Cités prend charge 13 699 logements, donc environ 52 % de notre population puis viennent SNI, Véolia, SIA, Néolia Lorraine et Villéo. Ce sont les six principaux bailleurs qui logent les 26 000 bénéficiaires, ce qui correspond à peu près à 91 % de la population. On voit donc vraiment l'écart entre les bailleurs qui logent un ayant-droit, dans le Centre, le Sud et la Lorraine, et puis les gros bailleurs qui en logent beaucoup. L'accompagnement envers ces bénéficiaires se caractérise par différents types d'actions. Le premier ce sont des travaux d'amélioration d'habitats et d'adaptation pour faire face à la perte d'autonomie. Le chiffre qui a été annoncé tout à l'heure est de mille adaptations par an. C'est en gros 600 adaptations demandées par les bénéficiaires eux-mêmes, mais il y a aussi des adaptations au handicap vieillissement qui sont faits dans le cadre des opérations d'amélioration de l'habitat. Ces opérations sont décidées et organisées par les bailleurs, c'est de la stratégie patrimoniale et il n'y a pas que de l'adaptation qui est traitée. Il y a beaucoup de travaux qui permettent le maintien à domicile comme les travaux d'isolation thermique qui peuvent représenter une grosse dépense pour les personnes âgées, notamment les veuves. Sylvain Duda en a parlé tout à l'heure, la solution n'est pas forcément le maintien dans le même domicile. On ne peut pas tout adapter et quand un logement est sur deux niveaux par exemple, ce n'est pas forcément une solution. Donc on cherche des partenariats avec des bailleurs, on essaie de trouver des logements qui sont PMR (personne à mobilité réduite). Cela se caractérise par des papylofts en Lorraine, des résidences La belle génération dans le Centre et le Sud par Véolia, des béguinages et des foyers logement. On a aussi les jardins de Ribes qui sont une action de l'agence qui dure depuis quelques années où l'on a des publics complètement différents avec d'un côté des jeunes qui sont en rupture et qui se cherchent et des personnes âgées qui ont de grands jardins difficiles à entretenir. On a mis en relation ces deux populations. C'est une action qui montre que les jeunes et les personnes âgées réussissent à s'entendre. Cela participe à la rupture de l'isolement et cela donne envie aux personnes âgées de transmettre leur savoir. Enfin, il y a des aides à l'amélioration de l'habitat. Cela se traduit par l'action sanitaire et sociale sous condition de ressource et représente 454 dossiers pour 834 000 euros sur les quatre secteurs.

Au sein de cette action sanitaire et sociale et de ces aides à l'amélioration de l'habitat, on a les conventions d'adaptation. On a six bailleurs avec lesquels on a une convention d'adaptation qui permet de simplifier les démarches pour les bénéficiaires afin d'obtenir des adaptations lourdes comme l'aménagement de la salle de bain. Au total il y en eu 176 en 2015 pour 267 000 euros sur tout le territoire. A partir de 2016, il y a la SIA et Maison et Cité qui rentrent dans ces conventions.

Je vais finir par les travaux d'adaptation qui ont été réalisés avec le soutien de cette convention ou sans. De 2008 à 2016, il y a eu 3 200 adaptations de salle de bains. On se rend compte que le Nord, le Centre et le Sud sont des secteurs qui ont été assez bien adaptés et que dans l'Est, en Lorraine, c'est aussi assez important, on est qu'à 704 mais cela s'explique par l'âge plus jeune des personnes de l'Est.

Linda CAMBON : Merci pour votre propos, en écho de ce que vous venez de dire, je vais passer la parole à Monsieur Merlo et Monsieur Exinger de la SA sainte Barbe. Parlez-nous

un petit peu de votre politique d'adaptation des logements à la perte d'autonomie et parlez-nous des papilofts.

Jean-Paul MERLO : Bonjour, je suis le directeur général de la SA Sainte Barbe. On fait partie du groupe SNI et de la Caisse des Dépôts. Un peu d'histoire, on a racheté le patrimoine des 15 600 logements des HBL en 2001. Fin 2015, il nous restait 13 200 logements. Pour vous expliquer un peu la problématique, on a 80 % de nos logements qui sont collectifs mais construits principalement en 1955 et 1966, et 20 % sont des individuels construits jusque dans les années 1950. Donc ce sont des logements très anciens. On va voir les stratégies qu'on a mises en place pour adapter ce patrimoine dans le sens du maintien à domicile de nos ayants droits le plus longtemps possible. On est implanté sur 5 communautés d'agglomération et sur 25 communes.

On a 22 % des occupants de notre patrimoine qui ont plus de 65 ans contre 8 % dans le reste du groupe SNI. A la Sainte barbe on a donc un vieux patrimoine occupé par des personnes assez âgées. On a distingué trois enjeux dans le cadre du maintien à domicile. Premier enjeu, c'est l'accès au logement. On s'aperçoit que dans nos logements, on n'a pas de plein pied dans notre parc. C'est dû à l'historique, avec les soutes de charbon, on a décollé les plateformes des bâtiments d'un demi-niveau, donc à chaque fois, on se retrouve avec la problématique d'avoir cinq ou six marches pour entrer dans le bâtiment. Nous n'avons pas d'ascenseurs non plus dans notre parc, c'est un problème très important pour ces personnes vieillissantes. Concernant l'adaptation technique du bâtiment dont on a parlé tout à l'heure, nous sommes en train de regarder pour une demande majoritaire sur l'aménagement des salles de bain. L'enjeu est aussi de savoir ce que l'on peut offrir comme service à l'occupant comme confort, comme sécurité et comme service à domicile. Ce que l'on dit tout à l'heure à propos de Saint-Avoid, ce qui a été développé avec la Poste, c'est pour éviter l'isolement. Aussi à Roulingh on parlera plus tard de la plateforme de services que nous sommes en train de développer avec le conseil départemental. Quelles stratégies pour la Sainte Barbe ? Je passe la parole à Monsieur Exinger.

Guillaume EXINGER : Comme vous le disiez, Monsieur Merlo, il y a donc très peu de logements accessibles de plein pied, même aucun. Nous sommes donc allés voir notre partenaire privilégié qui est l'ANGDM et qui s'est montrée très attentive et très à l'écoute en vue de la définition d'une stratégie patrimoniale, tout d'abord dans le cadre de nos réhabilitations. Ensuite cette stratégie s'est déroulée par le biais de la programmation de la construction d'immeubles neufs dédiés, par la recherche de partenaires et par l'identification d'une ligne budgétaire, puisque cela pose bien entendu la question du financement de ces aménagements. Tout cela ne serait rien sans la stimulation du parcours résidentiel de l'occupant afin de l'emmener vers le produit le plus adapté à sa demande.

Dans la définition de la stratégie patrimoniale dans le cadre des réhabilitations, nous nous sommes concentrés avant tout sur ce qui pouvait rendre service à l'utilisateur. Nous ne sommes pas forcément rentrés dans un système normatif parce que très compliqué dans le cas de bâtiments anciens, mais nous avons procédé par exemple à l'aménagement des pieds d'immeuble afin de gommer les marches menant au rez-de-chaussée. Nous avons commencé à poser des mains courantes dans les cages d'escaliers, commencé à poser des éclairages dans les parties communes. Et dans le cadre de la convention tripartite que nous avons signée à l'époque en 2012 entre l'ANGDM, la CARMI et la SNI, nous avons travaillé sur la réhabilitation de salles de bain sur la base de prestations standards évolutives. Ces prestations portaient de l'intégration dans la réhabilitation standard de la Sainte Barbe de douche à receveur ultra plat. Donc tout programme de réhabilitation intégrait le remplacement de la baignoire par une douche à receveur ultra plat, un contraste de carrelage et un receveur un peu plus large que ce qui pouvait être conçu au départ, sachant que cette douche pouvait évoluer à un niveau supérieur en ajoutant une poignée un siège afin de passer à un niveau adapté aux pathologies lourdes en faisant intervenir un

ergothérapeute. C'est dans ce dernier cas que la convention passée avec l'ANGDM servait au financement de l'opération. Ensuite nous sommes allés encore un peu plus loin en venant ramener des ascenseurs dans nos immeubles. Nous avons déjà réalisé deux expérimentations de ce dispositif et nous avons quatre opérations en cours en complément de ces premières expériences.

En ce qui concerne la programmation sur les immeubles neufs, bien entendu, comme nous rajoutons des cages d'ascenseur sur nos immeubles anciens, nous avons décidé d'intégrer des ascenseurs ou des montes-personnes dans nos programmes de constructions neuves collectives. Pour répondre à une autre partie de la demande, nous avons commencé à créer des pavillons plein pied en bande et des programmes de papylofts qui sont ni plus ni moins des concepts béguinage avec des espaces communs. Nous avons cherché à implanter ces programmes de constructions neuves à proximité de notre habitat existant. Nous avons la chance lorsque nous avons racheté ce parc de bénéficier d'une réserve foncière assez importante et l'objectif était de ne pas mettre hors sol nos papys et nos mamies, les laisser dans leur environnement pour qu'ils continuent à vivre leur vie sociale qu'ils connaissaient avant mais à l'intérieur d'un immeuble adapté.

La convention de partenariat avec l'ANGDM, nous a permis d'élaborer un peu plus de 660 salles de bain à ce jour. Et par ailleurs nous avons mené en partenariat avec l'ANGDM et le conseil départemental du 57 dans le cadre d'un papyloft, la mise en œuvre d'un équipement domotique sur un programme de 13 logements situés à Roulingh.

En marge de cet équipement de domotique, nous avons également réalisé une expérience d'animation d'un réseau social dédié aux seniors qui s'appelle Aquisa.

Le programme de Roulingh, c'est donc 13 pavillons, de petites typologies de plein pied sur lesquels nous avons mis une installation domotique qui permet d'appréhender trois aspects de la vie du locataire. Le premier aspect est le confort avec des commandes de volets roulants électriques, une centralisation de l'éclairage, etc. Le deuxième aspect concerne la sécurité : des tirettes d'alarmes, du contrôle des ouvrants, une actimétrie simple, des alarmes à fumée, de la télésurveillance, volumétrie et visiophonie. Le troisième aspect concerne le service et donc accès, via Aquisa, à une plateforme dédiée à des services à la personne. Cette plateforme est en cours d'élaboration et de montage par le conseil départemental du 57. L'ensemble de l'installation peut être commandée par l'intermédiaire d'une tablette numérique.

Finalement quel retour d'expérience sur cette opération d'installation domotique ? Globalement, des gens très satisfaits des logements qu'on a pu leur fournir et de l'implantation de ces logements. Ensuite, ce programme constitue aussi un laboratoire d'expériences pour le futur. On apprend à connaître les locataires, leurs besoins et les évolutions des systèmes que nous pouvons amener. On a également observé une pleine appropriation des installations relatives au confort et à la sécurité de l'utilisateur. Sur ce point il y a eu une adhésion globale. Par contre, on a eu un peu plus de difficultés sur la partie réseau social et la partie service qui étaient liées en partie à l'implantation du projet puisque pour 13 logements à Roulin, il était compliqué d'aller intéresser les fournisseurs de service sur une taille si petite. On a eu une population qui n'était pas forcément ouverte à ce type de produits pour deux raisons. La première raison concerne ceux qui sont férus d'informatique et qui n'avaient pas envie d'aller sur un réseau senior car ils avaient déjà leur Facebook, leurs applications, ils savent se gérer et estiment qu'ils n'ont pas besoin de ce nouveau réseau. Et puis deuxièmement, il y a ceux qui n'ont jamais eu l'occasion de se servir de l'informatique, principalement dans leur vie professionnelle. Chez les mineurs ce n'était pas quelque chose de courant. Ces personnes-là ont fait un blocage et là les services de l'ANGDM sont intervenus à plusieurs reprises pour accompagner les personnes dans l'appropriation de cet outil. Cela a permis d'en décoincer un certain nombre. Dans les premières phases, il y a donc nécessité d'instaurer un fort accompagnement à ce niveau.

Quels sont les enjeux du futur pour nous en tant que bailleurs ? La question qu'on se pose est sur la capacité que nous pouvons avoir à porter un investissement de cette nature

et sur notre rôle dans la mise en place de ces outils. Il y a aussi l'enjeu de la taille critique pour l'apport des services et donc la nécessité de réaliser des extrapolations de solutions techniques dans le cadre de nos programmes de réhabilitation. Finalement, c'est là que nous arriverons à créer du volume et de l'attractivité pour nos commerçants de la silver économie.

Enfin, il y a la question de l'évolutivité des systèmes en fonction des besoins. Nous sommes un petit peu partis sur une solution all inclusive et on se rend compte qu'en fonction des âges et en fonction de la dépendance, il faut être comme pour nos salles de bain être capables de rajouter des touches de services, être capable de up grader ou de dégrader une solution, pour utiliser un mauvais anglicisme. Ce n'est qu'à travers cette taille critique que nous arriverons à développer des plateformes de services.

Dans le futur, notre idée est de trouver des partenariats pour arriver à quelque chose qui ressemble à ce que vous voyez dans les pubs pour les offres de sécurité à domicile. Nous, les bailleurs, on peut fournir une installation avec un câblage particulier. Et finalement le prestataire de service pourrait arriver avec la technologie, on serait sur un système ouvert, incluant un capteur et le service lié. Ce qui permettrait finalement à l'utilisateur de décider de son niveau de service en fonction de son besoin.

Bernard MAZURE : En deux mots, l'ANGDM et SOGINORPA sont nées dans le même berceau, pas forcément à la même époque bien sûr puisque SOGINORPA n'est rien d'autre que la reprise par un organisme créé sous le gouvernement Fabius destiné à gérer le patrimoine immobilier en prévision de la cessation complète de l'établissement HBNPC et puis de Charbonnage de France. L'ANGDM et ses prédécesseurs qui portaient un autre nom, et la SOGINORPA sont au moins cousin cousine si ce n'est frère et sœur. Il y a toujours eu un lien fonctionnel très fort entre les deux institutions appuyé sur le fait que le client principal de l'époque, et de Maisons et Cités aujourd'hui, était la population minière. Cela nous conférait une situation très enviée de nos confrères gestionnaires immobiliers puisqu'il fut une époque où 60 % des loyers était facturés en une seule quittance directement à Charbonnages de France ; Ce locataire était particulièrement sympathique et confortable puisque vous le savez bien, il représentait un risque à payer égal à zéro. C'était avant. Vous le savez la population des ayants droits logés a fondu. Aujourd'hui Maisons et Cités loge encore un peu plus de 14 000 ayants-droits et ces ayants droits, contrairement à ce qu'il se passe en Lorraine ont une moyenne d'âge beaucoup plus élevée puisque l'âge moyen chez les ayants droits dans le Nord-Pas-de-Calais est actuellement de 82 ans. La moyenne d'âge, pour vous donner un élément de comparaison, des locataires logés dans le même patrimoine est de 50 ans. Vous voyez l'écart. Une population résidante encore très importante, très âgée et qui se positionne dans une tranche d'âge postérieure à 80 ans qui représente la majorité de la population aujourd'hui. Quasiment 60 % des ayants droits logés par Maisons et Cités ont plus de 80 ans et certains sont même centenaires. Ces derniers sont des femmes. Il y a donc un lien fonctionnel très fort, un intérêt commun entre l'ANGDM et Maisons et Cités d'être attentif aux besoins des ayants droits logés. C'est à partir de ce constat que nous avons mis en place une action concertée dont Madame Griboval va vous parler maintenant.

Catherine GRIBOVAL : L'action auprès des plus de 90 ans s'est mise en place en lien avec l'ANGDM et Maisons et Cités par le biais de visites à domicile réalisées en commun avec un agent du bailleur et un agent de l'ANGDM. Nous avons vu exclusivement des personnes qui n'étaient pas encore connues de l'ANGDM et notamment des services de l'action sociale. Sur les trois antennes dans lesquelles nous avons réalisé l'action, 54 % des plus de 90 ans de ce secteur étaient déjà connus de l'action sanitaire et sociale donc le choix a été fait de ne rencontrer que ceux qui n'étaient pas connus. Les objectifs de cette action étaient et sont toujours de recenser un éventuel isolement social. Les deux agents mènent une interview grâce à une grille d'entretien qui permet de repérer les aidants en isolement social. On

informe ces personnes des services sociaux locaux disponibles et si besoins nous les orientons vers les services sociaux de l'ANGDM pour les informer des prestations. Ces rencontres permettent également de réaliser un diagnostic des besoins, en observant les entretiens extérieurs et intérieurs du logement et en proposant d'éventuelles aides, notamment des prestations d'actions sanitaires et sociales telles que l'aide aux petits travaux ou ce genre de prestations. Enfin, nous nous assurons lors de l'entretien que le logement est adapté. Nous pouvons proposer des travaux d'adaptation s'ils sont nécessaires et si la personne le souhaite comme des remplacements de baignoires par douches, des poses de barres dans les toilettes ou dans les accès difficiles. Nous pouvons également conseiller les bénéficiaires sur l'utilisation de leurs équipements. Pour certains par exemple, les personnes n'étaient pas habituées à utiliser une VMC et donc l'éteignent en pensant que ce n'est pas utile. La gestion du thermostat des chauffages centraux au gaz qui sont venus remplacer très souvent le chauffage au charbon ne leur est pas forcément évidente. Dans ces cas là, il y a des conseils qui sont prodigués de la part du chargé de clientèle de Maisons et Cités.

Comme souvent la grande majorité des personnes rencontrées de plus de 90 ans étaient des femmes. Nous avons rencontré 8 % de couples, 12 % de veufs et 80 % de veuves. Au sujet des besoins exprimés dans les visites sur les trois antennes, sur les 150 personnes qui ont été visitées, 75 ont formulé une demande. Il faut savoir qu'il y a eu une demande spécifique par rapport à l'action sanitaire et sociale. Les demandes sont diverses : comment faire pour avoir une aide à domicile ? Je veux partir en vacances mais je n'ai plus d'amis quelles sont les possibilités ? Nous avons donné ainsi des informations sur la politique vacances et sur toutes les prestations possibles que l'ANGDM peut offrir. Certaines ont formulé des demandes de mutation dans des logements plus adaptés. Nous n'en avons pas eu beaucoup, deux, mais qui ont abouti très rapidement. Le fait de réaliser cette visite avec un agent de Maisons et Cités permettait de mettre en corrélation le besoin et l'existant sur le territoire. Comme je le disais tout à l'heure pour près de la moitié des personnes concernées, ce sont des demandes d'aménagement qui ont été sollicitées. Les agents de Maisons et Cités prenaient connaissance des possibles lors de la visite notamment au sujet des barres d'appui et de l'installation des douches. On a l'exemple d'un Monsieur veuf de 93 ans qui n'avait pas de demandes particulières. Suite à cette visite, il a sollicité le chargé de clientèle puis le service social pour une demande d'aide à domicile et installation d'une douche. On a aussi une dame de 87 ans que nous avons rencontrée qui a pu bénéficier d'un logement adapté de plein pied avec une douche siphon au sol. Dans son ancien logement les toilettes étaient à l'extérieur, ce n'était pas du tout adapté, du fait de son handicap. Après la visite nous avons pu répondre à sa demande rapidement.

Concernant les perspectives, nous sommes en train de réaliser la quatrième antenne, le quatrième territoire chez Maisons et Cités sachant qu'il en existe quinze. Nous allons poursuivre jusqu'à fin 2017 dans les onze dernières pour terminer ce diagnostic et avoir un état des lieux des besoins de la population et aussi continuer à les informer sur les rôles, missions et prestations possibles conjointes de l'ANGDM et de Maisons et Cités. Nous envisagerons peut-être un élargissement de la tranche d'âge en fonction des besoins qui émergeront. Cette action a fait des émules car un bailleur du Nord et un autre du Pas-de-Calais souhaitent nous rencontrer bientôt, la semaine prochaine, pour mettre en place une action de prévention de l'isolement.

2. La rupture de l'isolement : la politique loisirs et de vacances.

Éric GROSS, Coordinateur de la politique loisirs et vacances de l'ANGDM pour la région Est

Éric GROSS : Je vais vous expliquer comment avec mes collègues coordinatrices en région et la coordinatrice nationale nous participons à la rupture de l'isolement des personnes

âgées. Nous avons développé trois axes pour la politique loisirs et vacances en complément du catalogue de vacances national qui proposent des séjours de quinze jours. Nous proposons de mettre en place des séjours plus courts et parfois mieux adaptés, de cinq jours ou de huit jours, en partenariat avec l'agence nationale des chèques vacances dans le cadre de son programme sénior en vacances. Cette agence nous offre un panel de 124 destinations en France, à la mer, à la montagne, à la campagne. En complément de ces séjours, nous mettons en place des excursions à la journée. Des excursions culturelles ou ludiques comme des visites de cabarets. Et aussi des activités de proximité qui sont axées sur la convivialité, les loisirs et le bien-être. Au bout de deux ans d'expériences, on se rend compte que les personnes qui participent à des sorties, ne participent pas forcément à des séjours et inversement, mais qu'elles expriment un réel désir et besoin de sortir de chez elles. Nous avons aussi mis en place des séjours plus spécifiques et mieux adaptés aux personnes âgées en situation plus délicate, plus fragile. Nous avons mis en place des séjours de répit pour les aider, des séjours de fin d'année et des séjours pour des personnes à mobilité réduite. Depuis 2015, nous avons mis en place douze séjours spécifiques.

Des couples ont pu profiter de ces moments de détente pour se redécouvrir en dehors des contraintes du quotidien et redécouvrir aussi les capacités des personnes aidées. Nous proposons également des ateliers lors du séjour de répit comme la relaxation, l'aromathérapie, la prévention des chutes ou le travail de la mémoire. En général l'agence fait appel à des prestataires professionnels pour organiser ces séjours comme les associations Intacts ou Bleu Ciel qui encadrent et entourent les participants. Du personnel soignant et de l'ANGDM participent également à ces séjours.

Dans le cadre de la prévention, des séjours thématiques sur le bien vieillir sont proposés. Notamment un séjour bien manger pour bien vieillir qui a été l'occasion d'une façon plus ludique et conviviale sous forme de petits ateliers et de conférences de rappeler les principes de l'équilibre alimentaire, de la bonne lecture des emballages alimentaires, de ce que sont les maladies nutritionnelles. Pour exemple, les participants ont confectionné eux-mêmes un goûter en suivant ces principes et l'ont partagé avec l'ensemble des agents et personnes présentes dans la résidence de vacances. Enfin nous mettons en place des séjours de fin d'année pour la période de Noël pour des personnes qui sont seules et isolées. Cela leur permet de passer des fêtes de Noël en groupe dans une période où être seul est une chose encore plus difficile.

Plutôt que de vous expliquer comment on met en œuvre ces actions, je vais vous citer des exemples de témoignages que nous avons recueillis sur le terrain auprès des bénéficiaires présents ou par le biais des questionnaires de satisfaction qui sont systématiquement remis afin de faire une évaluation des actions mises en place. Durant un séjour de répit par exemple, le couple le plus âgé et le plus fatigué, tant physiquement que psychologiquement car le conjoint est une personne aidée, a ouvert la soirée dansante et s'est fait applaudir par l'ensemble des résidents du village de vacances. Ensuite quelques témoignages recueillis sur des questionnaires de satisfaction : « mettre les pieds sous la table et être déchargé de la confection des repas est énorme pour moi », « cela fait des années que je n'ai plus autant ri », « je me suis amusée comme une petite fille », « de belles rencontres humaines ». Une participante au séjour de répit disait : « pour moi le répit c'est de ne plus faire le ménage et de ne plus faire la cuisine pendant une semaine ». Alors des anciens mineurs ont participé à des ateliers de bien-être, la doyenne du séjour a participé à un jeu de mime. L'année dernière pour la fête du nouvel an, une veuve de mineur a confié qu'elle n'avait pas fêté la nouvelle année depuis plus de vingt ans et pendant toutes ces années elle s'était occupée de son mari malade et ses enfants étaient loin du domicile familial. Elle a dit qu'elle ne pensait plus fêter la nouvelle année. Cette année, fin 2016, deux séjours de Noël seront encore proposés et il y a une telle affluence que nous sommes obligés de constituer des listes d'attente.

Les séjours détente et les sorties à la journée sont aussi l'occasion pour nos participants de créer de nouvelles amitiés, de rencontrer de nouvelles personnes. Il y a une

veuve qui nous confie avoir retrouvé un collègue de son ancien mari et que cela lui avait fait vraiment du bien de parler de lui. Ce que l'on entend souvent dire ce sont des remerciements de la part des participants qui nous disent que sans on ne pourrait vivre tout cela : ce genre d'excursions et rencontres.

Linda CAMBON : Merci beaucoup pour tous ces témoignages. J'avais juste une petite question en écho de ce qui a été dit tout à l'heure, on est à la frontière entre le social et le loisir. La question qui se pose donc est quel est le reste à charge pour les personnes les plus démunies ? Comment a-t-on accès à tout cela ?

Éric GROSS : On est tous conscient que le coût de la participation peut constituer un frein. Nous avons mis en place un barème d'aide aux vacances basé sur les revenus des personnes. A titre d'exemple, un séjour de huit jours en pension complète tout compris avec les excursions, les animations et le transport, pour les personnes les plus démunies, en général des veuves, qui ont des revenus inférieurs à 800 euros, le séjour leur coûte 21 euros. Pour les excursions à la journée, et pour les personnes les plus démunies, l'ANGDM participe à hauteur de 80 % du coût de la journée ce qui ramène une journée d'excursion à 15 ou 20 euros. Le but est vraiment de permettre aux personnes les plus démunies de partir.

Linda CAMBON : Merci beaucoup. On a vu au cours de ces interventions ce que voulait dire prévenir la perte d'autonomie. On a vu que c'était être mieux dedans mais que c'était aussi être mieux dehors. Il faut savoir jongler entre les deux types de bien-être.

3. La coordination médico-sociale : l'approche du vieillissement à travers une prise en charge conjuguée du médical et du social.

Docteur Alain DEVALLEZ, Responsable du pôle prévention et promotion des parcours de santé

Nasséra BENAZOUZ, assistante sociale de l'ANGDM

Olivier AROMATARIO : On commence l'après-midi avec le docteur Alain Devallez et Nasséra Benazouz.

Docteur Alain DEVALLEZ : Il est vrai que lorsque nous avons été interpellés sur le sujet de la coordination médico-sociale, j'ai entendu que c'était un peu limitatif. Les propos tenus sur la coordination médico-sociale et la nécessité de l'étendre à d'autres partenaires me conviennent tout à fait. Il faut effectivement coordonner nos actions afin d'accorder les points de vue et avoir une vision globale et partagée.

Historiquement, l'organisation du régime minier, la présence des assistantes sociales, l'organisation avec les centres de santé et la présence d'une équipe primaire d'infirmières, médecins, nous ont appris depuis très longtemps à partager, souvent de façon informelle, des informations autour des patients. Cette culture commune existe car elle est orientée vers des objectifs communs concernant une même population. Tout cela a fait qu'il était possible de coordonner les actions des uns des autres au service de la population prise en charge.

Lorsqu'on regarde la problématique de la santé, la première définition, celle de Leriche, dit « c'est l'absence de maladie, la santé est le silence des organes ». Progressivement nous sommes arrivés à une définition de la santé qui est bien plus complexe et qui donne tout son sens au bio-psycho-socio-environnemental. La santé est un ensemble de bien-être physique, moral, intellectuel, social. Aujourd'hui, lorsque je fais des ateliers auprès d'un public de jeunes, et c'est cela qui est intéressant, ils trouvent tous cette dernière définition et ne disent jamais celle de Leriche. Ils disent qu'il faut qu'ils soient bien, dans un bon environnement, dans un bon milieu familial. On en vient à la conclusion que

personne ne peut prendre en charge seul la santé des individus qui sont en face de nous. D'autant plus qu'ils existent des déterminants sociaux de la santé sous forme de multiples interactions. Entre un ouvrier du Nord de la France et un cadre du Sud, c'est sept ans d'espérance de vie de différence en moyenne. On sait d'autre part que les comportements individuels déterminent à hauteur de 30 % l'état de santé des individus.

Il y a donc deux champs : un champ biomédical et un champ social. Sur le champ biomédical, au départ les soins étaient ponctuels quand il y avait une maladie. Avec l'arrivée de la notion de médecin traitant on a commencé à s'inscrire plutôt dans un parcours. La place des intervenants du biomédical a totalement changé. Quand le professeur Benetos disait que beaucoup de choses doivent se faire en dehors de l'hôpital c'est intéressant car effectivement le premier recours doit s'organiser différemment. Le champ du social est complexe surtout aujourd'hui où il faut être toujours plus performant dans la société et ceci interfère avec la santé, avec le biomédical. Donc dans la coordination médico-sociale, la partie sociale est complexe, et c'est pour cela qu'elle doit être multi-partenaire. Il n'y a qu'en prenant à bras le corps cette complexité que nous pourrions apporter une réponse individualisée et adaptée.

Ce qui est fondamental pour tous ceux qui veulent prendre en charge la santé des individus, c'est qu'il faut reconnaître le champ, le point de vue de l'autre. Reconnaître le champ de l'autre va aboutir au travailler ensemble et au vivre ensemble. Vivre ensemble pour produire de la santé ensemble. Chacun est à sa place, chacun a ses compétences, se connaît. On doit travailler les interfaces entre les personnes et les compétences. Le préalable au travailler ensemble est la connaissance de l'autre. En France, tous les métiers de la santé n'ont pas par exemple une formation commune donc sur les territoires on essaie d'organiser des formations pour avoir justement des connaissances sur d'autres champs et ensuite partager.

Nasséra BENAZOUZ : Il s'agit d'une personne âgée de 85 ans que j'ai rencontrée lors d'une permanence sociale au centre de santé au mois de septembre 2014. C'était la première fois que je la rencontrais mais elle était toutefois connue du service social car elle avait sollicité une aide-ménagère. Elle est à cette époque en GIR 6. Sa demande concerne une aide financière notamment une facture d'énergie qu'elle peine à honorer. Cette dame n'a pas d'enfant, elle vit seule et est veuve depuis 2014. Elle a une nièce qui est relativement présente et qui lui apporte une aide dans la gestion administrative pour des déplacements. Elle est locataire d'un logement situé au deuxième étage et perçoit une pension de réversion qui s'élève à 952 euros par mois. Dans cet immeuble au sein duquel vit cette dame depuis de nombreuses années, elle bénéficie d'un voisinage bienveillant. Mais elle vit un sentiment profond de solitude et de repli. Par ailleurs lors de l'entretien, je me rends compte qu'elle peine à trouver les documents que je lui demande de pouvoir explorer. Donc je lui propose de me rendre à domicile, afin de disposer de plus de temps pour établir une relation qui lui permettra de s'exprimer. Elle est tout à fait d'accord. Elle habite dans une zone semi-rurale où il y a peu de commerces et de services de proximité. Son logement se compose de trois chambres, d'un séjour, d'une salle d'eau et d'une cuisine équipée. Il est plutôt coquet et bien entretenu. Ensemble nous examinons sa situation financière, elle avait préparé tous les documents demandés avec l'aide de son aide à domicile pour une étude de budget dans le but de demander une aide financière auprès de la retraite complémentaire. Madame me fait part de ces deux dernières années passées auprès de son époux atteint d'une maladie neurodégénérative. Elle explique l'isolement et comment le couple s'est replié et renfermé, se coupant de leurs amis, du club senior qu'ils fréquentaient et de toutes activités qu'ils pratiquaient ensemble. Elle ne s'est accordé aucun répit et s'est donnée pour mission de le soigner le mieux et le plus longtemps possible. Depuis sa disparition, elle se sent inutile, fatiguée et vidée de toute substance. Elle évoque des troubles du sommeil, un sentiment d'insécurité et de tristesse permanent. Elle n'a jamais abordé ces problèmes avec son médecin car il est parti à la retraite et son nouveau médecin ne l'avait jamais rencontrée. Je

lui propose donc de se mettre en lien avec celui-ci, ce qu'elle accepte sans réserve. Je fais part de cette situation au médecin qui me confirme qu'il ne l'a jamais rencontrée et lui propose une date de consultation que je transmets aussitôt à Madame. Dès ce moment-là, nous prévoyons avec son médecin un temps d'échange afin de faire un point sur la situation. Le médecin diagnostique un syndrome anxiodépressif et décide de la mise en place d'un traitement adapté, préconise une alimentation équilibrée et de l'activité physique. S'appuyant sur ce projet de soin, nous convenons Madame et moi d'une augmentation de l'aide à domicile pour régulariser l'aide aux courses et pour assurer une vigilance au niveau de la préparation des repas. Nous prévoyons aussi l'achat d'un chéquier *sortir plus* pour qu'elle puisse renouer des liens avec son ancien club de retraité. Enfin je lui propose de réfléchir à sa participation à de séances d'activités physiques disponibles sur le territoire. La situation se stabilise jusqu'au début de l'année 2016. Elle n'a sollicité à aucun moment l'aide d'un service social.

Sauf qu'en début d'année 2016, je suis contacté par sa nièce et son infirmière qui me relate des problèmes de santé. Son état de santé s'est considérablement dégradé en fin d'année 2015. Elle a eu des problèmes intestinaux, de la fatigue avec une perte de poids qui a justifié par la suite des séances de rééducation et une aide à la toilette. Sa nièce comme son infirmière sont inquiètes. Cette dame peine de plus en plus à se déplacer, elle ne peut plus assurer aucune tâche ménagère et ne peut plus préparer ses repas. Les informations collectées par téléphone me poussent à me rapprocher de son médecin avec qui nous convenons de fixer une visite à domicile afin de réévaluer son autonomie, ses besoins et afin d'entendre la personne sur la façon dont elle analyse elle-même sa situation. Après avoir recueilli l'accord de Madame, j'invite son infirmière, son aide à domicile et sa nièce afin de dégager des objectifs de travail pour accompagner cette personne. Une table ronde s'organise. Sa nièce prend assez vite la parole pour nous dire qu'elle ne sera plus en capacité d'assurer une présence régulière auprès de sa tante car elle a aussi des problèmes personnels. Elle s'inquiète beaucoup de l'état de santé de sa tante. Puis son infirmière nous informe que la prise en charge de cette dame devient de plus en plus difficile, qu'elle peine à se lever et souffre de douleurs intestinales, ce que confirme son aide à domicile. Madame est consciente de sa situation, reconnaît que son maintien à domicile est compromis mais pour autant nous dit clairement vouloir rester à domicile. Ensemble nous convenons donc d'un plan personnalisé d'accompagnement permettant à la personne âgée de réaliser son projet de vie. La réflexion autour d'un plan d'aide de madame se fera en plusieurs étapes, il fera l'objet de réajustements en fonction des besoins de la personne âgée et s'appuiera sur une démarche pluridisciplinaire et multidimensionnelle.

Tout d'abord, nous avons sollicité une demande d'APA auprès du conseil départemental du fait de l'aggravation de l'état de santé. Le médecin a élaboré un certificat médical et de mon côté j'instruis la demande administrative que je transmets au conseil départemental. Je lui propose un portage repas que madame décline. Puis dans un second temps, nous convenons d'une augmentation du passage de l'aide à domicile dans l'attente que l'APA soit mise en place pour l'aide à la préparation et à la prise des repas. Afin de sécuriser la personne âgée et d'éviter qu'elle ne reste sans secours en cas de chute, nous mettons en place une téléalarme. Enfin une orientation vers la maison des aidants est faite en direction de la nièce qui rencontre de nombreuses difficultés.

Linda CAMBON : Merci beaucoup pour ce témoignage, vous avez montré comme la coordination médico-sociale s'organisait concrètement. J'ai deux questions par rapport à cela. Comment définit-on les conditions d'efficience de ce type de dispositifs de coordination ? Et peut-être quelles en sont les limites ?

Docteur Alain DEVALLEZ : La problématique qui est posée par le cas que nous venons de voir montre bien qu'il faut bien poser le cadre de la coordination médico-sociale. La coordination peut être une apposition de dispositifs et de personnes, une coopération

commence lorsque l'on va vers le champ de l'autre. Ce qu'a bien montré Nasséra, c'est qu'elle se trouve à l'interface. L'interface est quelque chose de mouvant, qui ne se détermine pas l'avance. C'est quelque chose qui varie et se modifie en fonction des interlocuteurs et des partenaires mais il faut connaître cette interface. Pour connaître cette interface, il faut avoir appris à travailler ensemble. Parce que quand on revient sur le déroulement de l'histoire, on se rend compte que la dame a joué son rôle, elle a sollicité le service social, elle a sollicité le médecin traitant et puis chacun a joué son rôle. Le problème est que l'on était en permanence en réaction. Nous n'étions pas en prévention mais en réaction systématique à l'aggravation de l'état. La question qu'il faut se poser est comment on fait pour passer de cette réaction à ce parcours de santé qui doit être un parcours de prévention et curatif. Je prends l'exemple d'un parkinson. Lorsque cette maladie est diagnostiquée, on a un traitement. Soit. Mais ce qui est important aussi c'est la problématisation de ce Parkinson. Qu'est-ce que cela va entraîner sur ma vie, sur mon logement, sur mes relations, sur mes déplacements ? C'est nous qui sommes les « sachants » : on doit éclairer le chemin de la personne. Faire en sorte que grâce à ce que l'on sait, nous soyons en position de chef d'orchestre pour éclairer le chemin de vie de la personne. Nous avons plein de données et nous connaissons la tournure que va prendre la vie d'une personne fragile ou âgée.

Les limites de la coordination médico-sociale sont certainement éthiques. C'est-à-dire que normalement on doit pousser la porte du bureau de l'assistante sociale, et là il y a un vrai problème de fond pour déterminer la place des uns et des autres dans leurs interventions en faveur de la personne. Il faut informer les gens de manière à ce qu'ils puissent solliciter. Le travail sur les interfaces doit être clair non seulement pour nous mais aussi pour les personnes âgées que l'on va accompagner. Je vous rappelle que l'important est que les personnes sollicitent de l'aide le plus en amont possible pour qu'elles puissent rester le plus longtemps possible en autonomie.

Linda CAMBON : Merci beaucoup, cela fait très bien la transition avec notre deuxième interlocuteur, le docteur Lantieri, qui va nous parler du repérage précoce de la fragilité. Nous sommes dans le même cas de figure, nous sommes passés d'un paradigme de réponse à celui d'une anticipation. Qu'est-ce qui fait qu'à la CAN on ait pris ce nouveau pli et avec quelles méthodes ?

4. Le repérage précoce de la fragilité.

Docteur Olivier LANTIERI, Directeur médical national de la CANSSM

Docteur Olivier LANTIERI : Je vous remercie de cette introduction. Ce que je vais vous présenter est un pendant de la présentation de tout à l'heure du professeur Benetos. Il a présenté une étude scientifique qui a le mérite de structurer des évaluations et d'en retirer des enseignements. Nous, parallèlement à cette problématique qui a été initiée par mon prédécesseur le docteur Fantino et par toutes les équipes de la CAN Filleris, et en particulier sur le terrain par les équipes des CARMI, des centres de santé et puis de la direction qui s'occupe des offres de santé, nous nous sommes dits qu'il ne fallait pas qu'on arrive trop tard sur le sujet et qu'il fallait anticiper les situations avant qu'elles ne se dégradent, de manière à retarder le plus possible la perte d'autonomie pour maintenir les personnes âgées en bonne santé à domicile.

La fragilité pourrait être définie comme un équilibre instable. Pour un équilibre stable, quand on s'en éloigne on revient au point d'équilibre, pour l'équilibre instable quand on s'en éloigne, on ne revient pas au même point. Lorsque les personnes passent dans ce niveau de fragilité, il faut intervenir afin d'éviter qu'à l'occasion d'un stress, la situation ne se dégrade. Nos actions se déclinent en repérer, évaluer, suivre et accompagner. C'est un cadre

méthodologique que nous pouvons tout à fait décliner sur tout un autre ensemble de problématiques même si aujourd'hui nous allons parler de la fragilité liée à l'âge.

Ce que je voudrais vous présenter aujourd'hui, c'est comment à partir d'une réflexion générale, qui a pu déboucher sur une étude scientifique, nous avons pu en faire une déclinaison sur le terrain. Le repérage n'est qu'une partie de l'action du parcours fragilité. Il s'agit de repérer pour pouvoir proposer une solution. On a donc l'enchaînement des quatre étapes, repérage, évaluation, orientation, accompagnement, qui peuvent conduire à stabiliser les personnes dans un état de meilleur équilibre.

Le public visé est constitué de personnes âgées non-dépendantes. Nous ne sommes pas là pour proposer des solutions à des personnes qui sont déjà en perte d'autonomie et dépendantes. Il s'agit de personnes qui présentent des risques de fragilité et qui vont être repérées par tout un ensemble de professionnels qui interviennent auprès d'eux et avec une grille de repérage. Monsieur Benetos nous a fait l'honneur de participer au groupe national des experts fragilité qui nous ont aidés à construire les références scientifiques du travail qu'on vous propose. Nous avons décidé de retenir la grille de la HAS.

Nous avons commencé par une phase pilote. Sur les 142 centres de santé de Filières 15 ont participé. Cela a permis de commencer par un repérage pour voir de quelle manière on pouvait impliquer tout un ensemble de personnels dans ce type d'action. 1537 personnes ont passé la grille parmi lesquelles 30 % ont été repérées fragiles. Ensuite, 189 personnes ont pu bénéficier d'une évaluation et c'est cela qui nous a permis de poser une réflexion autour de cette phase pilote. On ne pouvait pas avoir 464 personnes repérées et un an plus tard en avoir seulement un tiers qui aient bénéficié d'une évaluation. On est dans une logique où il est hors de question d'essayer de dépister une maladie pour laquelle nous n'aurions rien à proposer au patient. Cette action de repérage de la fragilité a eu des résultats et un certain nombre de retours selon lesquels cette action apportait une vision différente de la situation de la personne. Cette action a permis d'apporter une approche globale car ce sont différents intervenants qui apportent leurs expertises. Il y a les infirmières, les personnes de l'aide à domicile, les travailleurs sociaux, les médecins. Toutes ces personnes-là sont en capacité de faire passer cette grille et du coup on a tout de suite un dialogue qui va pouvoir s'instaurer entre ces différents métiers pour essayer d'apporter la solution au patient. Tout le monde a trouvé cela intéressant et je citerai un médecin lors d'une réunion que nous avons faite dans l'Est « depuis que j'ai fait cette action-là, quand j'ouvre la porte de ma salle de consultation pour appeler le patient suivant, je n'ouvre pas juste la porte en retournant à mon bureau et en attendant que la personne rentre. Je la regarde se lever, je la regarde se déplacer dans la salle d'attente car déjà je retire énormément d'enseignements de ce à quoi je ne prêtais sans doute pas assez une attention aussi formelle que je ne le fais maintenant ». Avec cette action je crois donc que nous retirons un véritable nouveau regard beaucoup plus attentionné vers le patient.

On a présenté cette action-là à la HAS qui faisait un appel à témoignage. La HAS a souligné que parmi les 40 témoignages qui lui avaient été transmis, le dispositif qui lui était proposé était vraiment un dispositif de premier recours, modélisable, et le seul qui lui été parvenu à ce jour.

C'est un repérage qui a été victime de son succès en ce sens, vous l'avez vu, car nous avons laissé 300 personnes en attente. On a donc décidé de mettre à disposition de l'ensemble des personnels après avoir discuté de toute la modélisation de cette action, un ensemble de boîtes à outils qui décrit toutes les étapes qu'il va faut mettre en œuvre pour les dérouler ensuite au bénéfice de la personne. On va donc organiser l'évaluation gérontologique de premier recours, une OGS standardisée, en s'assurant que cela reste quelque chose de faisable. Ce sont des tests probants mais qui peuvent être fait aussi bien par les infirmières que par les médecins. Les questionnaires peuvent être passés par une secrétaire médicale (avec un accompagnement de formation à ce niveau-là). La synthèse est faite par le médecin à la fin de la dernière consultation. Une fois qu'on a réparti les tâches et recenser tous les professionnels des environs qui vont nous aider à accompagner

cette personne dans son parcours de santé, on constitue une espèce de répertoire des ressources très ciblé sur ces problématiques-là. Il faut connaître les professionnels locaux qui pourront aider les personnes, prévenir et faire du soin après le repérage et l'évaluation. Après avoir trouvé tous ces professionnels, on peut mettre en place le repérage parce qu'on est sûr à ce moment-là que la personne repérée pourra bénéficier de l'évaluation et de l'accompagnement pluri-professionnel qu'on a prévu de mettre en place. On organise alors une réunion de concertation pluri-professionnelle telle que le prévoit l'accord national des centres de santé et on se met d'accord pour élaborer la trame d'un plan personnalisé de santé, ces fameux PPS, que l'on va ensuite présenter à la personne et à son entourage. Il faudra que les objectifs soient appropriés par la personne. Des réunions de concertations seront refaites par la suite en fonction des résultats et des objectifs.

Nous sommes donc dans une démarche qui s'efforce d'être très concrète. On passe à une étape supérieure, c'est-à-dire qu'entre 20 et 30 centres de Filiaris vont rejoindre le dispositif à partir de cet automne. Le fil rouge est celui de la pluri-professionnalité, de la concertation et de l'accompagnement, depuis le début du repérage et de la réalisation de l'évaluation jusqu'à l'élaboration et la mise en œuvre du PPS centré sur la problématique de la personne. Je vous remercie.

Linda CAMBON : Merci beaucoup. On va parler maintenant du cinquième thème de cette table ronde qui concerne l'aide aux aidants. Mesdames, la loi d'adaptation de la société au vieillissement met en évidence l'approche holistique : on travaille sur le social, le logement, le transport, l'aide médico-sociale, la prévention des fragilités. On a mis l'accent sur le maintien à domicile et au cœur de ce maintien, il y a les proches et le rôle qu'ils peuvent avoir pour faciliter ce maintien. Mais qui s'occupe de ces proches, des aidants ? Comment voyez-vous les choses ?

5. L'aide aux aidants.

Valérie HERBAUT, Assistante sociale principale de l'ANGDM

Sylvie BARRIAL DEVALLEZ, Assistante sociale principale de l'ANGDM

Valérie HERBAUT : Je vais d'abord repositionner par rapport à l'agence qui a été confrontée au vieillissement précoce de sa population et dont le service social est devenu spécialisé en gérontologie au fil des années. Il n'y a pas un vieillissement mais des vieillissements marqués par des événements dans l'histoire de chaque individu. Pour autant, la majorité des bénéficiaires que nous rencontrant souhaitent rester à leur domicile. Ils sont aidés en grande partie par leur entourage. Aider vient du latin *adjuvare* qui signifie apporter de la joie, diminuer la souffrance de l'autre.

En 2008 en France, plus de 3 millions de personnes de 60 ans ou plus aident un proche à domicile dans les tâches de la vie quotidienne. Vous avez ici affiché la définition de l'aidant établie par la COFACE. Je vous laisse la lire. Nous avons très vite compris la place que prenaient les aidants pour nos bénéficiaires et particulièrement dans le cadre du maintien à domicile. Une enquête récente de l'APF a montré un temps d'aide élevé, plus de 40 heures par semaines pour un tiers des personnes qui ont répondu. L'aide s'accroît fortement en cas de cohabitation. Cette activité d'aide a une conséquence sur la vie des aidants et peut engendrer un sentiment de charge. Deux aidants sur dix affirment ressentir une charge importante synonyme de fatigue morale ou physique. Leur investissement dans une aide diversifiée et l'absence d'un réseau de soutien intensifie la charge ressentie.

J'attire votre attention sur la diapositive suivante et particulièrement sur les personnes souffrantes de la maladie d'Alzheimer et de leur conjoint puisque vous avez 40 % des conjoints qui meurent avant leur malade. La conciliation entre l'activité d'aide, la vie familiale, professionnelle et sociale des aidants nous semble essentielle. Soutenir les aidants c'est optimiser le maintien à domicile et agir en prévention. L'agence s'y emploie depuis des années. Sa politique a su évoluer et s'adapter aux caractéristiques de son public. A la question quelle réponse l'ANGDM et ses partenaires peuvent apporter aux exigences de la loi, je répondrai qu'elle tente d'accompagner ses bénéficiaires en tenant compte de la place des aidants.

Sur la question des besoins, c'est difficile de répondre parce qu'un aidant va parfois jusqu'au bout de ses forces, jusqu'à l'épuisement physique et mental. Le travail du service social et de repérer ces aidants, de les amener à se reconnaître comme aidants et reconnus dans leur rôle. Ensuite, il s'agit de leur proposer des aides et des dispositifs adaptés à chacun d'entre eux. Lors des accompagnements, nous essayons de travailler à cette prise de conscience de leur posture afin de favoriser la santé de tous, aidants et aidés. Mais tous n'ont pas les mêmes besoins et n'attendent pas les mêmes réponses. Une demande récurrente est l'accès à l'information qui constitue une porte d'entrée puis l'écoute d'un professionnel. Savoir écouter l'aidant, le laisser parler de ces attitudes et de ces émotions sans jugement. Notre expérience auprès de ce public montre que les besoins sont aussi variés ou le sont à un moment précis. On parle de cheminement de l'aidant.

Les besoins que nous avons identifiés sont : prendre du recul sur la situation vécue, apprendre à se ménager des temps pour soi, déculpabiliser ces moments, lever les craintes et appréhensions liées à la découverte d'une action de formation et à la participation à un groupe, rencontrer divers professionnels qui apportent des éclairages sur les pathologies et les conduites à tenir, apporter un sentiment de rassurance par la présence des professionnels de terrain, rencontrer des pairs qui vivent la même situation, prendre soin de soi y compris pour sa santé par le biais de techniques de relaxation par exemple, oser parler de ses difficultés, de son stress et de ses actes d'agacement aussi parfois, connaître les dispositifs et avoir un carnet d'adresse, identifier les partenaires et les réseaux en capacité d'apporter une aide et un soutien.

Pour cela, les objectifs des professionnels de nos services sont de favoriser l'expression de la parole, valoriser les compétences des aidants, de les aider à trouver en chacun leurs propres ressources, sortir les aidants de leur isolement, les inciter à avoir une vie sociale, les accompagner dans leur cheminement sur leur situation d'aidant et leur statut, et renforcer leur citoyenneté par l'acquisition de ce statut d'aidant.

Je voulais mettre aussi l'accent sur les actions qui sont faites par le service social. J'ai parlé beaucoup de choses qui sont individuelles et je crois qu'il est important aussi de passer à une dimension collective. Sur cette photo, on voit les personnes à l'intérieur d'un groupe de parole animé par trois assistants du Nord de la France. L'Est et le Nord travaillent depuis plus de quinze ans sur la thématique de l'aide aux aidants avec des professionnels qui sont formés à la méthodologie de projet et à l'animation de groupe. Vous avez aussi quelques photos sur un programme de formation et de soutien des aidants pilotés par le service social qui a été mis en place il y a maintenant quelques années et qui continue à se déployer. L'action phare a été une pièce de théâtre qui a permis de prendre contact avec ce public d'aidants et par la suite nous les avons revus et inscrits à une de nos actions. Pour l'Est, parce que l'action est aussi sur un territoire national, on a des ateliers OASIS, Oser Autrement Savourer l'Instant pour Soi. On a des ateliers également détresse, santé et yoga. On organise aussi des séjours de répit aidants/aidés, là aussi c'est important de le souligner avec les photos qui illustrent assez bien les activités qui ont été proposées pour ces personnes. Je vous remercie.

Sylvie BARRIAL DEVALLEZ : J'ai compris qu'il fallait faire bref donc je vais vous raconter l'histoire mais sans les images. Je vais vous raconter l'histoire de la Maison des Aidants. Cela commence comme un rêve de professionnel parce qu'en 2008, une idée a émergé dans la tête de deux aides-soignantes d'un service de soins infirmiers à domicile. Toutes deux faisaient le constat qu'elles étaient retenues au pas des portes après les soins distribués aux patients pour laisser les aidants s'exprimer sur ce qu'ils étaient en train de vivre. Cette idée-là, elles l'ont partagée avec l'assistante sociale avec laquelle elles avaient l'habitude de travailler et ensemble nous avons apporté à notre institution, la CARMi Sud-est, l'idée de créer quelque chose à destination des aidants. La CARMi nous a entendues et le projet a pu être lancé. Le pôle promotion santé a été désigné pour soutenir la réflexion. A partir de là, nous avons pu rencontrer les professionnels de santé et du soin d'abord internes au régime minier puis l'ensemble des professionnels de santé y compris les libéraux sur le territoire, mais aussi des familles qui étaient confrontées elles-mêmes à l'accompagnement d'un proche et qui sont venues nous apporter leurs éclairages et nous dire ce qu'elles pouvaient attendre d'une structure qui leur seraient dédiées.

C'est en 2010, en cœur de ville et grâce à de multiples financements que cette structure dédiée aux aidants a ouvert ses portes. Nous sommes en 2010 donc à l'époque il y a peu de structures dédiées aux aidants, c'est la quatrième à ouvrir sur le territoire national. Elle est apparue dans le Languedoc-Roussillon. Son équipe est composée de deux aides-soignantes, une assistante sociale, une psychologue qui nous a rejointes vers la fin de l'année 2011. L'objectif est bien entendu de prévenir l'épuisement de l'aidant, rompre son isolement. Ses moyens sont d'abord l'écoute, l'accès à l'information, les actions de formation et les actions de répit.

Le principe d'action de la Maison des Aidants a été systématiquement de repérer dans les réponses qui ont été fournies par le territoire, des endroits où il y avait des vides et où il fallait trouver ou inventer de nouvelles solutions. C'est seulement lorsque nous estimions qu'on apportait une réponse utile que nous nous saisissions de ce vide-là pour essayer de construire quelque chose.

A partir de cet objectif et du matériel précieux que les aidants nous ont apporté, c'est au travers de leurs propos et de leurs questionnements que les actions ont pu se construire. D'abord nous avons le « café rencontre » qui est un rendez-vous mensuel des aidants où en moyenne dix à douze aidants chaque mois viennent à la Maison des Aidants. On se rend

compte qu'entre deux rendez-vous, ils échangent, ils se rendent des services, ils vont au restaurant ensemble. Pour nous l'objectif est donc de ce point de vue atteint. Il y a aussi les formations, les ateliers relaxation, sophrologie, etc. que nous conduisons régulièrement dans la Maison des Aidants. Et parce qu'un aidant nous a dit qu'il était bien difficile de pousser la porte de la Maison sans son proche aidé pour de multiples raisons (car c'est dur de trouver quelqu'un, ou de l'emmener quelque part ou tout simplement parce qu'on culpabilise quand on laisse son proche pour prendre du temps pour soi-même), nous avons ouverts des ateliers pour les binômes aidant-aidé. On a des ateliers de musicothérapie, « Savoir et partage » est un atelier sur la préparation de recettes de cuisine, ou l'atelier à deux mains qui est un atelier créatif de bricolage. Nous, les professionnels, nous accompagnons l'aidant et l'aidé dans leur parcours individuels mais nous accompagnons aussi ce binôme aidant-aidé vers l'acceptation de solution de répit et à pouvoir envisager un lendemain à la situation. Je précise que ces ateliers ont été financés par l'inter-régime. Ils l'ont été pour l'année 2016, malheureusement le financement n'est pas reconduit pour l'année 2017. On va s'accrocher et on va trouver autre chose mais on va au moins en continuer quelques-uns.

Des partenariats se sont noués d'abord avec des professionnels qui sont nos interfaces avec les familles, avec les établissements, avec les collectivités locales qui nous soutiennent fortement, avec les centres sociaux, avec les services sociaux. Pour les associations d'usagers, la Maison des Aidants est un lieu de ressources. Elle l'est pour France Alzheimer, pour France Parkinson, pour la Ligue contre le cancer, pour l'UNAFAM. Les services d'hospitalisation à domicile se saisissent aussi de la Maison des Aidants, ils ont une clef, ils viennent, ils font des réunions d'information que nous soyons là ou pas. En tout cas, on veut que cette Maison des Aidants existe et qu'elle permette à la population d'accéder à de l'information et des services auxquels ils n'auraient peut-être pas accès si nous n'étions pas là.

Chaque action nouvelle amène à créer de nouveaux liens et nous amène toujours à réfléchir à qui nous sommes, ce que nous souhaitons, où est notre place, à replacer nos missions de manière à faire partie d'un tout au service de nos bénéficiaires.

Quelques chiffres : 102 aidants différents sur l'année 2015, 160 sur les actions collectives, nous avons un renouvellement d'à peu près un tiers de nouveaux aidants chaque année qui nous rejoignent, 130 aidants différents que nous entendons régulièrement au téléphone. Et puis, je ne sais pas si on est dans la mouvance de la silver économie, mais le mail sert aussi maintenant pour les familles les plus éloignées et nous communiquons nous-mêmes par mail également avec les aidants.

La Maison des Aidants est identifiée sur le territoire comme une entrée vers les dispositifs et les ressources qui peuvent être activées pour eux. Pas seulement celles proposées par la Maison des Aidants mais par l'ensemble des acteurs sur le secteur. Elle est labellisée et fait partie du guichet intégré MAIAS, Méthode d'Action pour l'Intégration de l'Aide et du Soins dans le champ de l'autonomie. Elle a participé au diagnostic départemental porté sur le besoin des aidants parce qu'elle est un véritable laboratoire à disposition des institutions qui ont envie d'affiner leurs connaissances des aidants pour adapter leurs politiques et leurs projets. Et puis actuellement elle prend part à l'élaboration et au suivi du schéma départemental de l'autonomie du Gard.

Les aidants sont les meilleurs ambassadeurs de la Maison des Aidants, ce sont eux qui sont présents lors de journées marquantes comme la journée nationale des aidants ou la journée mondiale Alzheimer ou encore celle des soins palliatifs. Nous sommes allés à la journée des soins palliatifs avec une aidante, nous ne sommes pas intervenus pour présenter la Maison, c'est l'aidante qui l'a présentée. Les aidants sont présents à tous les niveaux à la maison des Aidants : ils participent aux propositions d'actions, à leur construction et à leur animation.

Pour terminer, on a plusieurs formations en préparation, on a une bibliothèque qui est déjà installée mais on a envie de l'étayer, nous avons été récemment saisi par une aide à domicile qui nous demande de l'aider et de réfléchir à un lieu ressource sur la Maison des

Aidants avec des supports qu'elle pourrait utiliser lors de ses interventions pour faire de la stimulation des fonctions cognitives. C'est un projet qui fédère beaucoup, il y a des associations qui s'agrègent autour de ce projet, des aidants familiaux également et il y a l'équipe d'accompagnement et de soutien dut territoire. On veut s'inscrire toujours dans l'amélioration de l'articulation des dispositifs mis au service des aidants pour qu'ils puissent prendre du temps pour eux. Donc on a un projet de création d'une association avec des anciens aidants mais qui ont envie de continuer de partager leurs expériences.

Je pense que nous avons su faire la démonstration de que nous pouvions apporter aux aidants et à la richesse d'un territoire donc de ce fait, aujourd'hui supporté par le conseil départemental du Gard, nous espérons un financement de la CNSA qui de fait pourrait pérenniser la Maison des Aidants dans l'avenir.

Olivier AROMATARIO : Merci beaucoup. On va laisser la parole désormais pour un temps de questions.

Monsieur dans le public : Une question au Docteur Lantieri : est-ce que votre dispositif de repérage fait l'objet de financement particulier ou est-ce qu'il est finalement basé sur le simple bénévolat des uns et des autres ? Deuxième question, est-ce que le dossier médical informatisé personnel ou partagé ne pourrait pas être un outil qui permettrait de repérer les gens qui sont fragiles ? Si c'est bien fait, avec le nombre d'informations que l'on aurait dedans, et si le but étant de repérer les éléments menant à certaines fragilités, est-ce que cela ne serait pas un outil intéressant ? Alors que l'informatisation de la société est à un niveau extraordinaire, à ce niveau, il n'y a pour ainsi dire rien de fait.

Docteur Olivier LANTIERI : Il n'y a pas de financement particulier pour cette action de repérage. Je ne parle pas de la totalité de l'action. Il faut distinguer le repérage qui est la première étape et ensuite l'évaluation gériatrique de premier recours, la réunion de concertation puis la mise en place du plan personnalisé de santé. La première étape n'a pas de financement particulier, elle n'est pas inscrite à la nomenclature. Et nous l'avons dit, cela peut être fait aussi bien par des personnes qui interviennent à domicile que par des infirmières, des paramédicaux ou des médecins. Donc c'est dans le cadre un petit peu de leurs relations avec le patient qu'ils feront le repérage. Ensuite, l'évaluation gériatrique de premiers recours relève de la cotation à la nomenclature. Quand le médecin fait ces actes-là, il peut les coter. Les réunions de concertations sont prévues et financées indirectement dans le cadre des financements spécifiques des centres de santé lié à l'accord national qui a été signé entre les différentes fédérations de centres de santé et l'assurance maladie. Et enfin le plan personnalisé de santé est sur prescription médicale. Tous les actes des infirmiers, des kinés, etc. donnent lieu aussi à une prescription sur la nomenclature.

Concernant le DMP, il est incontestablement d'une utilité forte, on espère qu'il va pouvoir se développer. Si le DMP se développe complètement, l'application n'a plus lieu d'être, le DMP pourvoira mais il ne va pas nous permettre d'identifier les situations qui vont nous conduire à un repérage. Je rappelle que là on est plus dans l'expertise professionnelle des personnes qui interviennent auprès des patients, qui vont noter un changement, une évolution qui ne leur paraît pas très favorable. Là on va faire passer une grille qui va pouvoir nous dire si c'était juste passager ou si c'est le signe d'une fragilité qui s'installe. Il y a justement l'évaluation qui permettra de décider si c'est un passage à vide où si on a démasqué une pathologie qui était jusque là assez cachée. Je ne pense pas que le DMP puisse nous aider à faire ce repérage parce qu'il va contenir essentiellement des données biomédicales. Avec ces données, on risque d'arriver après, et nous on veut arriver avant, faire de la prévention, à un moment où la personne n'est pas encore en perte d'autonomie et n'a pas enclenché sa dépendance.

Madame dans le public : On dépiste la fragilité mais est-ce que vous avez suffisamment de personnel de santé pour pouvoir aider les personnes dépistées ? Au niveau kiné, diététicien, etc. ?

Docteur Alain DEVALLEZ : J'ai dit qu'il fallait qu'on travaille tous ensemble, qu'on regarde les ressources qu'il y a sur le territoire et il y en a. On a entendu toutes les initiatives de l'inter-régime qui était là au service des personnes sur le territoire. Nous avons un gros travail sur le répertoire à mettre en œuvre, par exemple avec les contrats locaux de santé, avec l'inter-régime de manière à construire une réponse individualisée, territorialisée, de proximité, le plus souvent gratuite, en allant chercher des financements. C'est vrai que la phase repérage est indispensable et peut être faite par un certain nombre de personnes, la phase évaluation est essentielle pour orienter correctement les gens, mais aujourd'hui la plus grosse difficulté que l'on a c'est ce plan personnalisé de santé qui doit être individualisé et en même temps utiliser toutes les ressources du territoire. La réponse est une réponse sociétale, territoriale, individualisée et doit user toutes les compétences des uns et des autres.

Olivier AROMATARIO : J'en profite alors pour ajouter une chose sur le nombre de professionnels. Comme l'a justement dit le docteur Lantieri, pour le repérage précoce de la fragilité qui s'adresse à des personnes complètement autonomes, il faut non seulement qu'il y ait des professionnels de disponibles mais en plus il faut qu'ils acceptent de voir des personnes qui ne sont pas trop malades. Parce que lorsqu'ils sont surbookés déjà avec les personnes très malades et qu'on envoie quelqu'un voir un kiné alors qu'il est capable de marcher correctement, le kiné va rappeler le médecin en lui disant que le traitement n'est pas nécessaire. En France, nous n'avons vraiment pas cette culture de la prise en charge précoce. Ce type d'actions-là ne fait pas seulement avancer les modalités de prise en charge mais va modifier les pratiques des professionnels et leurs représentations de leur propre métier. C'est pour cela qu'en travaillant avec les assistantes sociales, avec l'ANGDM, la CARMi, etc. et en faisant ce repérage, on n'agit pas tout à fait de la même façon que dans le système de soin classique, on s'attache à développer de nouvelles pratiques auprès des professionnels de santé et des professionnels du social. On ne sépare pas les modalités d'approche. Santé et social sont liés et permettent d'avoir une approche globale de la personne.

Docteur Alain DEVALLEZ : Notre problématique aujourd'hui, c'est par exemple une grosse action sur les aidants. On sait que les aidants sont fragiles, on sait qu'ils meurent souvent avant l'aidé, et donc repérer la fragilité chez les aidants c'est changer de pratiques et de discours, il faut qu'on ait une action proactive, c'est-à-dire aller vers eux en faisant du repérage.

Conclusion de la journée.

Michel PASCAL - Directeur général de l'ANGDM : Mes premiers remerciements vont aux animateurs et aux intervenants. Vous avez su être courts, concis et donner du sens à vos propos. Je trouve à titre personnel, et je sais que vous le partagez, que le résultat d'ensemble est tout à fait remarquable. Je remercie tout le monde, tous les organisateurs et je souhaite un bon rétablissement à Madame Rolland qui est tombée dans la rue sur un trottoir et s'est fracturée le tibia à deux endroits. Je remercie Madame la Ministre pour sa présence et pour sa manière de dire les choses, de nous donner du courage. Je veux remercier le président, pour nous donner ton sens, ton ressenti sur la manière dont tu vois les choses, dont tu vois l'avenir de notre action sociale. Je retiendrai des mots. Accompagner plutôt que prendre en charge, anticiper plutôt que simplement s'adapter, concerter ne pas faire seul, faire résolument avec les autres. Je voulais en profiter pour te remercier de ton action. Depuis plus de deux ans tu sais peser et tu as su peser dans les moments cruciaux et en particulier pour les évolutions du règlement d'action sanitaire et sociale. Ce sont toujours des moments un peu délicats où il faut faire converger un certain nombre d'intérêts pour le bien commun. Merci aussi pour m'avoir fait confiance et avoir fait confiance à l'ensemble des équipes. Cette confiance nous stimule et nous donne envie de nous dépasser.

La Ministre a dit que l'État était très présent, j'ai entendu parler d'outils et de moyens nouveaux. J'ai entendu aussi parler d'exigence, surement vis-à-vis de nous, mais aussi vis-à-vis des conseils départementaux qui ont un certain nombre de choses à faire dans le cadre de cette loi pour nos bénéficiaires, notamment ceux en GIR 1 à 4. Bref, nous placer dans cette situation d'exigence par rapport à nos partenaires me paraît être quelque chose de tout à fait intéressant surtout si les moyens financiers sont au rendez-vous.

J'ai entendu dans la bouche de Monsieur Broussy qu'il fallait changer de paradigme. Changement de paradigme et changement d'état d'esprit par rapport au vieillissement.

Luc Broussy a dit aussi quelque chose d'important et quand on lit son rapport cela saute aux yeux : en 1970, la collectivité s'est laissée avoir par l'allongement de la durée de la vie et une des seules réponses qui a été faite à l'époque, c'est la construction de maisons de retraite. Aujourd'hui on a encore cette idée persiste : lorsque nous serons vieux, nous irons, de manière ultime, en maison de retraite. Une idée bizarre mais qui reste ancrée dans la tête des uns et des autres.

Première orientation : le logement. On a tenté de vous expliquer un peu ce qu'il se passe à l'agence sur le logement. Le logement est un des éléments centraux de la qualité de la vie et donc de la santé. Disposer d'un toit cela passe tout juste après avoir à boire et à manger. Avoir un toit c'est la sécurité, c'est la chaleur. Être près de ceux qui rénovent techniquement et qui isolent les logements, c'est important. Un toit, c'est aussi un toit quelque part, c'est un toit, avec des services autour, des voisins, un environnement. Finalement derrière le logement, il y a aussi la politique d'urbanisme et c'est une des raisons pour lesquelles nous sommes tant en contact avec les maires et les bailleurs. Monsieur Merlo nous a présenté ce qu'il avait fait avec les papylofts dans lequel vit une certaine Catherine dont le président a parlé tout à l'heure. Elle est ravie et est ravie de pouvoir parler avec son fils par Skype. Ce travail avec les bailleurs nous amène finalement à travailler sur des nouvelles formes de logements, sur des parcours résidentiels un peu originaux. J'ai entendu beaucoup parlé d'innovation. Vous avez entendu 1,5 million de personnes âgées de plus de 85 ans, 5 millions bientôt en 2050, ce qu'il y a à faire est devant nous. Il est vrai que nous avons la chance d'avoir une population plus âgée et ce que nous avons fait ces dernières années c'est intéressant de le partager avec d'autres pour qu'ensemble nous puissions aller plus loin. Plus loin pour notre population mais également que l'agence et d'autres puissent travailler plus efficacement sur l'ensemble des populations, et au moins les populations des territoires miniers pour ce qui nous concerne.

Sur des questions de méthodes et j'y reviendrai, nous devons mieux connaître les besoins de nos bénéficiaires. Madame Bitouzet nous le disait, il faut cibler les besoins pour utiliser le plus adéquatement possible les budgets. Faire de nouvelles opérations de contacts avec des bénéficiaires que nous ne connaissons pas comme celle qui a été présentée par Catherine Griboval. Nous le faisons avec les moyens de l'agence. Nous ne sous-traitons pas mais en plus nous essayons d'aller plus chez les gens pour connaître ces besoins.

Cela a été peu abordé mais je crois que c'est un sujet important, on l'a vu avec la résidence Huchet à Saint-Avoid, l'intergénérationnel. Ce travail-là dans une même cité, des jeunes au premier étage, des personnes âgées au rez-de-chaussée, l'échange peut être intéressant pour les uns et pour les autres.

Favoriser l'accès aux nouvelles technologies, je passe, mais la manière dont le présente Monsieur Broussy me semble tout à fait intéressante. A savoir les nouvelles technologies doivent se mettre au service des bénéficiaires, et pas le contraire. La déferlante numérique doit être placée aussi au service de nos bénéficiaires.

Développer de nouvelles coopérations, nous avons parlé de la convention avec l'ANAH

La deuxième orientation c'est la prévention. Il y a le repérage des personnes en situation d'isolement. Les 170 personnes que nous ne connaissions pas et que nous sommes allés voir ne sont pas isolées du tout. Mais finalement elles se sentent isolées quand même car elles se disent que les améliorations ce n'est pas pour elles. Entre être vraiment isolé et se sentir isolé, il y a une grande différence. Finalement, ce n'est pas évident d'aller aux devants de ces personnes-là mais en tout cas, on a envie de le faire un peu partout. Il y a bien d'autres personnes avec qui on peut faire ce travail de repérage et notamment tout le réseau de l'ANAH qui a aussi des opérateurs qui vont chez les gens, mais aussi les assistantes sociales de l'agence. Une des spécificités de l'agence, c'est qu'elle dispose d'un service social qui désire satisfaire les besoins et les envies des bénéficiaires. Je crois là encore que c'est une piste d'avenir et le plan national d'orientation du service social qui est présenté la semaine prochaine en conseil d'administration met l'accent sur ce point.

Sur la prévention de la fragilité, un grand merci aux professeurs Benetos et Lantieri pour nous avoir donné de manière pratique comment on peut faire les choses. Je crois qu'il faudra vraiment poursuivre dans cette voie-là. Il faudra renforcer encore la coordination médico-sociale. C'est aussi une spécificité de l'agence par rapport aux autres régimes. Cette connexité avec la CAN, il faut la revendiquer et aller très loin dans cette direction-là. La volonté que l'on a à être présent dans les centres de santé concourt tout à fait à cet objectif.

On a parlé de l'aide à domicile. Il y a beaucoup de choses qui ont été dites. Des salaires pas assez importants, un manque de reconnaissance. Je pense que nous devons travailler là-dessus et peut-être rechercher de la coopération avec les services d'aide à domicile. De là l'intérêt de la présence de la représentante de l'UNA aujourd'hui.

Sur la politique vacances, Linda Cambon a dit qu'on était à la limite entre l'action loisir et l'action sanitaire et sociale, moi je dirais qu'on est en plein dans l'action sanitaire et sociale. En tout cas, la manière dont on la pense fait qu'il s'agit bien d'une action sanitaire et sociale. Vous le disiez d'ailleurs ce matin « un bon moyen d'aider les gens à rester les gens chez eux, c'est de les faire sortir de chez eux ». Et je pense qu'avec cette action, nous tenons la troisième spécificité de l'agence, après le logement et la coordination médicosociale. Plein de choses ont été présentées, vous avez vu toutes les photos. Le service social développe les actions collectives depuis longtemps. Il continue de la faire avec la CAN mais aussi avec la CARSAT. Là aussi, il n'y a aucune raison de limiter nos actions à nos bénéficiaires et à l'inverse, il n'y a aucune raison non plus que nos bénéficiaires ne puissent pas profiter des actions pilotées par d'autres. On doit échanger davantage.

J'ai noté notre place dans la conférence des financeurs, peut-être même que nous pourrions être dans la conférence des financés, si jamais il y a des appels à projet, des

crédits supplémentaires. Je ne vois pas pourquoi l'agence ne piloterait pas des sujets. On a parlé de la notion de chef de file, pourquoi ne pas être chef de file sur un certain nombre de choses ?

La troisième orientation c'est l'aide aux aidants, on en a aussi énormément parlé. Le sujet n'est pas que financier Madame la Ministre parle du statut des. J'aimerais bien qu'il y ait des Maisons des Aidants dans d'autres régions en plus de celle de La Grand-Combe, bien sûr adaptées à la situation du territoire.

Enfin, un mot sur le partenariat et l'inter-régime. Je ne vois pas pourquoi avec l'inter-régime nous ne pourrions pas avoir des conventions, comme nous en avons déjà en Rhône-Alpes où nous réalisons 500 évaluations par an pour d'autres bénéficiaires que les mineurs. Il faut aussi remédier à l'existence de deux régimes différents dans un couple, dans la même maison. Nous sommes précurseurs sur certains sujets, une sorte de laboratoire. Notre expérience peut être mise au service des autres, et nous avons à apprendre nous aussi des autres.

En conclusion, je vous dirais que le maintien à domicile est vraiment notre priorité, que la fragilité, la lutte contre l'isolement et les conditions d'hébergement sont trois points importants. Nous allons vraiment nous atteler à l'étude de besoins parce que nous devons calibrer et mieux cibler notre population, nos visites et nos actions en fonction de ses besoins.

Il y a trois thèmes sur lesquels nous allons travailler en interne pour l'instant : c'est le thème du logement, le thème de la prévention du repérage et le thème de la coordination médico-sociale. Nous verrons peut-être également les liens avec les services d'aide à domicile avec en toile de fond l'aide aux aidants.

Nous allons faire les actes de la journée, construire un document d'orientation stratégique que nous proposons d'exposer au conseil d'administration du mois de novembre. Nous en parlerons déjà évidemment la semaine prochaine au conseil d'administration du 29 septembre. L'avenir ne s'imposera pas à nous, c'est nous qui le construirons. Comme disait d'ailleurs Sénèque, il n'y a pas de vent favorable pour le marin qui ne sait pas où il va. Cette journée nous a éclairé le chemin, ce chemin nous le parcourrons ensemble.

Il nous reste deux choses à faire : remercier Fabienne Bardin qui a monté pour vous cette journée, qui aura été le chef d'orchestre de cette belle symphonie et dont l'efficacité n'a d'égale que sa compétence, chaque jour accompagnée de son assistante Laurence Linel. Je remercie également tous ceux qui sont dans la salle, qui se sont mobilisés, je m'excuse auprès de ceux que je ne cite pas. Tous les intervenants de l'agence qui s'en sont excellemment bien sortis. La deuxième chose est pour vous remercier d'avoir tous été présents, j'espère que l'on vous aura appris des choses, que les sujets auront été intéressants à vos yeux. Je vous souhaite une belle fin de journée et une très belle vie. Bonne soirée.