

la **Santé** *en action*

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Phobie scolaire
renouer avec le plaisir d'apprendre

Anorexie
quand le sujet s'efface physiquement

Contrat local de santé
Orly intègre les seniors

Vaccination
une Semaine pour informer

Dossier

Promouvoir la participation sociale des personnes âgées

Mars 2018 / Numéro 443

LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- ➔ actualité et expertise
- ➔ pratiques et actions de terrain
- ➔ méthodes d'intervention et aide à l'action
- ➔ interviews et témoignages

Une revue de référence et un outil documentaire pour

- ➔ les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- ➔ les relais d'information
- ➔ les décideurs

Rédigée par des professionnels

- ➔ experts et praticiens
- ➔ acteurs de terrain
- ➔ responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- ➔ en format papier sur abonnement pour
les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public
(établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux,
communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- ➔ en format numérique pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.santepubliquefrance.fr



la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Gély
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@santepubliquefrance.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yvélle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (Santé publique France), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health – LIH), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Laetitia Haroutunian** (Santé publique France), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux), **Zekya Ulmer** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Santé publique France), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Dr Stéphane Tessier** (Regards), **Hélène Therre** (Santé publique France).

ILLUSTRATIONS

Cécile Veilhan
cecile.veilhan@gmail.com

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2018
Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont
de la responsabilité de la rédaction

Prise en charge de la phobie scolaire

4 _ Phobie scolaire : « Renouer avec le plaisir d'apprendre passe par une estime de soi retrouvée »

Entretien avec Christine Baveux

Anorexie

6 _ Anorexie : « Une peur panique d'être dépendant des autres qui conduit le sujet à s'effacer physiquement. »

Entretien avec le professeur
Maurice Corcos



© Cécile Veilhan

Dossier

PROMOUVOIR LA PARTICIPATION SOCIALE DES PERSONNES ÂGÉES

Coordination :

Dagmar Soleymani, Gilles Berrut,
Arnaud Campéon

Introduction

8 _ Dagmar Soleymani, Gilles Berrut,
Arnaud Campéon

Prévention : mythe et réalité

11 _ Gilles Berrut

Enjeux et sens de la participation sociale dans les politiques de la vieillesse

14 _ Arnaud Campéon

Repenser la participation sociale dans la grande vieillesse

17 _ Frédéric Balard

Accompagnement d'un proche : des conséquences multiples sur l'aidant

19 _ Blanche Le Bihan

Mieux soutenir la participation sociale des aînés : un répertoire d'interventions évaluées

21 _ Émilie Raymond, Andrée Sévigny,
André Tourigny

Étude sur la participation sociale dans les résidences autonomes

24 _ Nathalie Grébil,
Christophe Léon

L'engagement bénévole des seniors : rôle sociétal et bien-être

26 _ Dominique Thierry

À Rennes, les personnes âgées parties prenantes de la politique municipale

28 _ Entretien avec Véra Briand

À Beaumont (Puy-de-Dôme) : une animatrice crée du lien social pour les personnes âgées isolées

30 _ Catherine Monteillet

Aubagne : les aînés consultés sur le plan d'action municipal

31 _ Entretien avec Martine Coetto

« Nous sommes associés à l'élaboration de la politique locale »

33 _ Entretien avec René Pavageau

Conseils de la vie sociale en résidence autonomie : « Suggérer des améliorations possibles »

34 _ Entretien avec Monique Saint-Jean

« Bousculer les préjugés de la société sur les personnes âgées »

35 _ Entretien avec Pierre Cadieu

Conseil des aînés (Lille) :

« Les personnes âgées
portent des idées
et des envies »

36 _ Entretien avec
Dominique Lebas-Kaszynski

En Allemagne : « Nous avons adapté l'offre des clubs sportifs aux personnes âgées. »

37 _ Entretien avec Ute Blessing-Kapelke
et Heike Kübler

Pour en savoir plus

39 _ Manon Jeuland

Orly

44 _ Ville d'Orly : « Préserver l'autonomie des personnes âgées »

Entretien avec Émilie Prévost,
Charly Fampou Toundji

Semaine de la vaccination

46 _ Un temps fort de mobilisation pour une meilleure compréhension de la vaccination

Colette Ménard, Jalal Charron

49 _ L'école, une occasion de rattrapage vaccinal : l'expérience en Grand Est

Lidiana Munerol, Isabelle Ribs,
Annick Dieterling

Lectures

51 _ Laetitia Haroutunian, Sandie Boya

Phobie scolaire : « Renouer avec le plaisir d'apprendre passe par une estime de soi retrouvée »

Entretien avec

Christine Baveux,

professeure de lettres classiques,
directrice des études,
Maison des adolescents-Maison
de Solenn, hôpital Cochin, Paris.

La Santé en action :
**Pourquoi avoir
choisi d'enseigner
dans cette structure,
en particulier
auprès d'adolescents
souffrant de phobie
scolaire ?**

Christine Baveux : Il n'y pas eu de déclic : je me suis toujours intéressée, pendant mes trente ans de carrière en établissement scolaire, aux jeunes qui rencontraient des problèmes, quelle que soit leur nature – dyslexie, refus anxieux de l'école, etc. Je me suis formée en autodidacte sur ces questions pour essayer d'apporter des solutions. Par exemple, j'ai mis en place du coaching de redoublement pour accompagner les élèves dans cette situation. À la création de la Maison de Solenn, lorsque l'on m'a fait la proposition de rejoindre l'équipe, ce travail s'inscrivait en continuité avec ma pratique. J'ai ainsi été la première enseignante de la structure, avant de devenir coordinatrice, puis directrice des études.

L'ESSENTIEL

❑ La phobie scolaire n'est pas une lubie, c'est une pathologie qui empêche l'enfant ou l'adolescent de se rendre physiquement à l'école.

❑ À la Maison de Solenn (Paris), les adolescents présentant une phobie scolaire sont accompagnés pour renouer avec la scolarité.

❑ Leur prise en charge, multidisciplinaire, associe psychiatres, psychologues, éducateurs, animateurs d'ateliers thérapeutiques et enseignants.

S. A. : **Au regard de votre expérience, comment définissez-vous la phobie scolaire ?**

C. B. : De mon point de vue de pédagogue, c'est une pathologie grave qui nécessite un diagnostic médical, établi de préférence par un pédopsychiatre. Ce n'est pas une lubie. Cette pathologie empêche un enfant ou un adolescent de se rendre physiquement à l'école, et parfois même d'en parler. Il me paraît

important de faire quelques distinctions entre décrochage scolaire, refus anxieux de l'école et phobie scolaire. Les jeunes atteints de phobie scolaire représentent environ de 4 % à 10 % des élèves. Ils ne supportent plus de sortir de chez eux, la journée scolaire, la discipline, l'effort, l'engagement dans l'apprentissage. Et ces symptômes sont rarement dus à l'école elle-même, même si cela peut être le cas. C'est davantage, parce qu'ils vivent des problèmes personnels qui les fragilisent qu'ils ne supportent plus ce qui leur est demandé dans le cadre scolaire.

S. A. : **Constatez-vous une aggravation du phénomène ?**

C. B. : Je pense effectivement que les situations de déscolarisation liées à la peur se sont multipliées au fil des années ; des jeunes présentent des inquiétudes de plus en plus profondes. Nous nous sommes éloignés de ce qui motivait, auparavant, ce que nous appelions l'école buissonnière. Les facteurs qui déclenchent la phobie scolaire sont multiples ; certains sont classiques, d'autres sont apparus plus récemment. Les adolescents peuvent être déstabilisés lorsqu'un événement perturbe la cellule familiale : maladie, décès, chômage, séparation. Cela n'est pas nouveau. Ce qui l'est davantage, c'est la fragilité des adultes d'aujourd'hui : certains ont des difficultés à asseoir leur autorité sur leurs enfants. À cela se conjuguent des fragilités sociétales : le futur est angoissant, l'emploi n'est plus assuré pour toute la vie, la retraite n'est plus garantie, la vie est économiquement difficile. Cela crée un climat anxiogène que les parents répercutent indirectement sur leurs enfants, phénomène qui provoque un sentiment d'insécurité chez les plus fragiles d'entre eux. Réussir à l'école devient la clé pour conjurer un

avenir sombre ; cette mise sous pression dès le plus jeune âge peut entraîner une anxiété de performance et elle peut être un autre facteur d'arrêt scolaire net, ce qui explique les burn-out scolaires, particulièrement dans les milieux favorisés et au sein des établissements élitistes. L'exigence sans limite provoque une saturation, et l'élève, débordé par les tâches à effectuer, s'effondre.

S. A. : **Les difficultés d'apprentissage jouent-elles un rôle important ?**

C. B. : Certains enfants, un peu plus lents, gênés dans leurs difficultés d'apprentissage, restent marqués par des appréciations sur leur travail scolaire, perçues comme méprisantes ou à tout le moins dévalorisantes. À force de se voir signaler régulièrement son incompétence, l'élève succombe au découragement... et peut décrocher à l'adolescence. En outre, le climat scolaire est parfois très insécurisant, avec des problèmes de violence de tous ordres, racket et harcèlement en tête. Et ce dernier point a été amplifié par l'utilisation du téléphone portable et le développement des réseaux sociaux. On respecte de moins en moins l'individu et son intimité.

S. A. : **À la Maison de Solenn, quelles solutions médicales et scolaires sont proposées aux adolescents pour leur permettre de surmonter cette phobie ?**

C. B. : Il faut d'abord qu'un professionnel de santé établisse le bon diagnostic avant de recommander une interruption provisoire de la scolarité, qui s'avère indispensable dans les cas de détresse grave. Lorsqu'un élève commence à décrocher, il est important d'établir s'il s'agit d'un refus anxieux circonstanciel, ne nécessitant pas obligatoirement un retrait de l'établissement, car le retour à l'école est un processus long qui peut

prendre en moyenne dix-huit mois, voire plus. Lorsque l'entourage familial ne tient plus et que l'adolescent est épuisé, les médecins proposent une hospitalisation complète pendant plusieurs semaines. D'autres jeunes sont accueillis en hôpital de jour. Le principe de cette interruption scolaire est de permettre au jeune de se reposer psychologiquement, de lâcher prise et de verbaliser ses angoisses. Il s'agit d'abord d'aller mieux en se soignant avant d'envisager une rescolarisation, sous une forme ou une autre.

S. A. : Comment les jeunes sont-ils accompagnés dans ce cheminement ?

C. B. : Être déscolarisé dévalorise les adolescents. Ils ont honte et s'imaginent « hors circuit ». Je les reçois en entretien, avec leurs bulletins scolaires depuis le CP. Nous parlons de leurs difficultés. C'est aussi un moment pour dédramatiser la situation, au cours duquel je leur dis que tout n'est pas perdu, qu'il y a de l'espoir et des solutions. Je m'appuie sur les compétences que je détecte chez eux pour bâtir un projet scolaire. À un adolescent hospitalisé, des cours individuels sont proposés, d'abord dans ses matières « fortes » avec des professeurs de l'association L'École à l'hôpital (EAH). Cela lui permet de se replacer dans une situation d'apprentissage, dans un cadre bienveillant où il peut retrouver confiance. Pour les jeunes en ambulatoire, j'anime un atelier qui s'appelle Zeugma, qui n'est pas un cours de français. Nous y travaillons la renarcissisation de soi par la culture générale, en abordant les textes fondateurs, la Bible, l'Iliade et l'Odyssée, les tragédies, le théâtre classique ; les élèves réalisent qu'ils les connaissent

et qu'ils n'ont pas tout oublié ni tout perdu. Une pièce comme *On ne badine pas avec l'amour* ouvre des échanges sur le sujet femmes/hommes par exemple. Ce niveau d'exigence n'est pas un obstacle, au contraire ; travailler sur les grands mythes et les personnages de la littérature valorise les jeunes. C'est par l'estime de soi retrouvée que l'on peut renouer avec le plaisir d'apprendre. D'ailleurs, aucun adolescent n'est contraint à s'exprimer, il n'y a pas de notes, personne ne se sent jugé. Au fil des semaines, je leur demande d'apporter des textes qu'ils ont aimés et des livres. Puis, je leur propose un travail sur l'envie, les désirs personnels, les rêves qui les animent. Ce n'est pas un exercice facile pour eux, car ils ont beaucoup de mal à se projeter dans l'avenir. Ils sont beaucoup plus en recherche d'un présent qui leur soit le moins douloureux possible. Les jeunes participent également à d'autres ateliers : arts plastiques, musique, escalade, couture, esthétique, relaxation... Leur sont aussi proposés des jeux de rôle et des psychodrames, animés par une psychologue et une infirmière. Tout ce travail en groupe est indispensable, car les adolescents ont besoin de vivre avec le regard des autres pour reconstruire leur estime d'eux-mêmes.

S. A. : Comment se passe le retour en classe ?

C. B. : Lorsque l'équipe le juge opportun, nous envisageons un retour progressif à l'école. Le projet d'aide personnalisé (PAP), signé par l'élève, les parents, l'établissement et le service de soins, officialise une scolarité avec des aménagements : un emploi du temps allégé centré sur les matières préférées, le professeur principal prépare la classe

pour un accueil bienveillant, pas de notation pendant un temps donné, possibilité de sortir pendant un cours... Dans un premier temps, l'élève peut être accompagné par un éducateur qui explique la situation à la classe. La reprise ne se fait pas obligatoirement dans l'établissement d'origine. Plusieurs possibilités existent, en fonction du profil de l'élève, des cours par correspondance avec le Centre national d'enseignement à distance (Cned) aux microlycées ou aux établissements spécialisés pour les décrocheurs. De 40 % à 60 % des jeunes accueillis à la Maison de Solenn renouent avec la scolarité. C'est le fruit d'une prise en charge multidisciplinaire, d'un vrai partenariat entre tous les professionnels : psychiatres, psychologues, éducateurs, animateurs d'ateliers thérapeutiques, enseignants. Les échanges sont indispensables car il arrive que les jeunes parlent de leurs angoisses dans le cadre de leurs cours scolaire alors qu'ils évoquent leurs difficultés scolaires en consultation médicale.

S. A. : Quelles difficultés rencontrez-vous dans ce processus ?

C. B. : L'une d'entre elles tient à l'impatience des parents, qui se sentent coupables et honteux de ne pas parvenir à envoyer leur enfant à l'école. C'est aussi une blessure pour certains d'entre eux. Si l'adolescent ne reprend pas les cours rapidement, ils estiment que nos méthodes sont vaines. Il faut expliquer, rassurer et résister aux pressions : la temporalité médicale n'est pas celle de la scolarité ; apprendre nécessite d'aller mieux, et cela prend du temps. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

UNE PRISE EN CHARGE ET UN ACCOMPAGNEMENT INSCRITS DANS LA LOI

L'ensemble des troubles psychiques qui empêchent d'aller à l'école – dont la phobie scolaire, donc – entre dans le cadre d'une législation spécifique : la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dont le chapitre premier s'intitule : Scolarité, enseignement supérieur et enseignement professionnel. Cette loi renforce celle de 1976. Elle définit le handicap ainsi :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de

participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

« À cette fin, l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et

le soutien des familles et des proches des personnes handicapées. »

Plusieurs types de projets de rescolarisation sont possibles dans des cadres réglementaires définis par les circulaires ministérielles.

Pour en savoir plus

Baveux C. École : j'y vais... je ne peux pas... j'aimerais bien ! *Enfances & Psy*, 2015, vol. 1, n° 65 : p. 117-126. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-1-page-117.htm>

Anorexie : « Une peur panique d'être dépendant des autres qui conduit le sujet à s'effacer physiquement. »

Entretien avec le professeur Maurice Corcos,

chef du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, institut mutualiste Montsouris, Paris.

La Santé en action : Le chapitre de l'étude Esteban¹ 2014-2016 [1], consacré à la corpulence, indique que la prévalence de la maigreur des enfants de 6-17 ans est de 13 %, contre 8 % en 2006 ; pour les filles de 11-14 ans, elle atteint 19 %. Comment analysez-vous cette évolution ?

Maurice Corcos : Il est difficile de valider une aggravation de l'anorexie prépubère qu'aucun chiffre issu de données scientifiques ne vient réellement étayer ; même si nous observons un frémissement, ce qui constitue un facteur d'inquiétude. En revanche, la hausse de la maigreur chez les jeunes filles continue, sans surprise, pourrais-je dire. Dans les facteurs déclenchants, l'impact médiatique des magazines de mode, des journaux féminins, de la télévision, d'Internet, joue un rôle important sur les personnalités vulnérables en mal d'identification et en quête de reconnaissance.

Or, malgré les alertes des professionnels, trop peu de choses ont été accomplies. Certes, le gouvernement a publié, en mai 2017, un décret et un arrêté pour lutter contre l'extrême maigreur des mannequins, avec l'objectif de prévenir les troubles des conduites alimentaires et, en particulier, l'anorexie chez les jeunes filles. Mais en dehors du fait que la surveillance des agences de mannequins laisse à désirer, la question est beaucoup plus vaste, d'ordre sociétal :

elle touche à la transmission de ce qu'est le féminin. Est-ce que cela peut être autre chose qu'une pseudo-esthétique, fantasmée et dessinée par les hommes – par ailleurs, aux commandes de la mode – et qui propose un modèle mythique, de fiction de femme ? L'exposition à des images normatives et non réalistes du corps nourrit un sentiment d'autodépréciation et une mauvaise estime de soi. Ce modèle n'a pas de conséquence dramatique chez la majorité des adolescents, mais sur les sujets vulnérables, oui, parce qu'ils vont chercher à imiter et à se formater. Ces jeunes connaissent des difficultés psychologiques, et leur souffrance dépressive profonde – c'est-à-dire narcissique (estime de soi et confiance en soi) – va s'exprimer par le corps... qui est bien plus valorisé que la beauté intérieure.

S. A. : La prise en charge des adolescents souffrant d'anorexie est-elle à la hauteur ?

M. C. : Avec un ratio d'une place d'accueil pour 20 demandes à caractère urgent, les structures ont du mal à faire face, y compris notre unité qui compte 30 lits et 40 places en unité de jour. Alors, nous gérons l'urgence en admettant des adolescents en pédiatrie, en psychiatrie adulte, voire en médecine interne, et en travaillant étroitement avec le généraliste, le pédiatre pour une surveillance. Alors que c'est la maladie la plus mortelle chez les adolescents – 7 % à 10 % des cas d'anorexie se terminent par un décès et 20 % évoluent en affection chronique –, cette situation ne favorise pas la prise en charge précoce. La psychiatrie n'est visiblement pas encore une priorité, même si le ministère a annoncé l'ouverture de lits en pédopsychiatrie.

L'ESSENTIEL

► L'anorexie est une pathologie du lien générée par une peur panique d'être dépendant des autres, qui conduit le sujet à s'effacer physiquement, explique le professeur Maurice Corcos qui alerte : la hausse de la maigreur chez les jeunes filles se poursuit.

► Malgré les alertes des professionnels, trop peu d'actions ont été véritablement accomplies. Ainsi, la prise en charge des adolescents souffrant d'anorexie est insuffisante « avec un ratio d'une place d'accueil pour 20 demandes à caractère urgent » dans son service.

► La prise en charge, pluridisciplinaire, associe la famille.

S. A. : Existe-t-il un profil-type d'adolescents anorexiques ?

M. C. : Il n'y a pas de profil d'anorexiques. Chacune a son histoire singulière, laquelle conduit pourtant à une même conduite. La gestion de l'angoisse et de la dépression trouve un temps un exutoire dans le trouble alimentaire que le sujet a l'illusion de maîtriser mieux que ses désordres affectifs internes. L'affection touche cependant plus souvent les jeunes issus de milieux favorisés ou en voie d'accès aux classes moyennes. Le rapport à la nourriture ne s'y pose pas de la même façon que dans les catégories défavorisées de la population, où elle est essentielle. neuf anorexiques sur 10 sont des filles. Un rapport qui pourrait changer, puisque dans la Californie post-moderne, presque la moitié des anorexiques sont des garçons. On

« LA QUESTION EST BEAUCOUP PLUS VASTE, D'ORDRE SOCIÉTAL : ELLE TOUCHE À LA TRANSMISSION DE CE QU'EST LE FÉMININ VIA LE MATERNEL. »

observe également dans de nombreux cas des antécédents de troubles alimentaires chez la mère, voire chez une grand-mère. Cela ne doit pas conduire à penser que la maladie est génétique, mais que l'environnement familial est impliqué dans la plus ou moins bonne transmission du féminin via le maternel. Qu'est-ce qui fait que le passage de petite fille à femme adulte/mère est problématique ? L'anorexie est une pathologie du lien, une peur panique d'être dépendant des autres, qui conduit le sujet à s'effacer physiquement. C'est un trouble affectif, sous-tendu par une dépression, qui déclenche une régression prépubertaire : le corps reste infantile, l'adolescente n'a pas ses règles. Le problème est moins de grossir que de grandir.

S. A. : N'est-il pas contradictoire de séparer le jeune de sa famille tout en mettant l'accent sur la thérapie familiale ?

M. C. : La thérapie familiale est indispensable, car un enfant seul, cela n'existe pas. Il se construit dans les interactions avec ses proches et avec son environnement social et culturel. Ce n'est pas antinomique avec une séparation qui n'intervient que dans les cas les plus graves et qui s'effectue sans contrainte, avec l'accord des protagonistes, extrêmement soulagés dans la plupart des cas par cette décision. De fait, la césure d'avec le milieu familial entérine une réalité, celle d'une séparation conflictuelle déjà à l'œuvre entre une famille et sa fille cadavérique. Nous déplaçons le lieu du conflit vers nous, pour mieux le comprendre et le contenir avec la neutralité du psychiatre. Elle permet aussi aux jeunes de développer leurs capacités d'autonomie et d'individualisation, en apprenant à vivre à distance de leurs parents. Ce que nous travaillons avec l'adolescent, ce sont les liens étranglés avec les proches et non les problèmes d'alimentation. Grandir, c'est se créer son propre espace corporel, charnel, intime ; c'est le sujet d'une vie, pas d'un moment d'hospitalisation. La

nous invitons aussi parfois les frères et les sœurs. Les chances de succès sont moins bonnes si seule la mère est présente.

S. A. : Au-delà de la psychothérapie individuelle et familiale, quelles autres formes d'intervention proposez-vous à ces adolescents ?

M. C. : Les médiations corporelles ont une place importante dans le processus, avec des ateliers de socio-esthétique, des séances de massage, de relaxation, de psychomotricité. Ce ne sont pas des activités occupationnelles. Elles sont un élément-clé pour permettre aux jeunes de réinvestir ce corps qui n'a peut-être pas été suffisamment valorisé. Et ainsi d'accéder à une nouvelle forme de soi, un corps amoureux, qui peut fantasmer une grossesse et, donc, grossir de ses envies naturelles. Les ateliers culturels complètent le dispositif ; il s'agit, par l'intermédiaire de l'art et de la fiction, de laisser se développer son imaginaire, d'éprouver des émotions, d'accéder à des représentations de soi et de pouvoir en parler avec d'autres. La pluridisciplinarité n'est pas une vue de l'esprit dans notre service qui compte des ergothérapeutes, des art-thérapeutes, des psychomotriciens ; ceux-ci travaillent en cheville avec les pédopsychiatres, les psychologues cliniciens, les infirmiers et les éducateurs spécialisés. Ici, nous nous occupons d'abord et avant tout du corps, plus que nous travaillons sur le langage ou la cognition. C'est en effet le corps qui secrète les émotions, mères de toutes les pensées.

S. A. : Pensez-vous possible d'améliorer la prise en charge de cette affection par de la prévention ou un dépistage précoce ?

M. C. : Oui, une forme de prévention est possible, et cela dès la naissance de l'enfant. Il faudrait qu'à la maternité, un psychiatre assiste aux réunions du service pour dépister des troubles éventuels de la conduite alimentaire chez la mère. En effet, des études ont montré

que la famille n'est pas coupable, et elle est essentielle à la réussite du traitement. Nous nous efforçons de voir les deux parents, et

que près de 90 % des femmes infertiles ayant eu recours à une stimulation ovarienne et 30 % des femmes ayant eu leur enfant avec une procréation médicalement assistée ont connu des troubles alimentaires ; de même que 30 % des femmes présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA) ont fait une dépression. Le repérage de ces antécédents par un professionnel permettrait d'accompagner la mère et son bébé en amont. Dans un deuxième temps, les pédiatres qui suivent l'enfant pendant ses jeunes années devraient être davantage impliqués sur cette question. Il faudrait qu'ils soient formés pour être plus attentifs aux mères présentant des problèmes de poids et pour pouvoir engager un dialogue sur le sujet avec les parents. Là aussi, cela favoriserait un suivi plus précoce et l'anticipation d'une situation qui, à l'âge où l'adolescent devient anorexique, est plus complexe à dénouer du fait du temps perdu ayant favorisé un verrouillage biologique, psychologique et social de l'affection. Avec de telles dispositions, les chiffres de la prévalence de la maigreur pourraient évoluer de façon significative à la baisse. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. Étude de santé sur l'environnement, la bio-surveillance, l'activité physique et la nutrition.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Corcos M. *Le Corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod, coll. Psychismes, Dunod, 2010 (2^e éd.) : 384 p.
- Corcos M. *Le Corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod, coll. Psychismes, Dunod, 2011 (2^e éd.) : 344 p.
- [1] Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 58 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2017/Etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016>

Anorexie

À Montsouris, une prise en charge pluridisciplinaire



© Cécile Veilhan

**Dossier coordonné par
Dagmar Soleymani,**

chargée d'étude scientifique,
unité personnes âgées et populations
vulnérables,
direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France,

Gilles Berrut,

professeur de médecine gériatrique,
université de Nantes,
chef du pôle hospitalo-universitaire
de Gériatologie clinique,
centre hospitalier universitaire (CHU)
de Nantes,
fondateur du Gérontopôle Autonomie
Longévité des Pays-de-la-Loire,

Arnaud Campéon,

sociologue, École des hautes études
en santé publique (EHESP),
département Sciences humaines
et sociales, laboratoire
Arènes (UMR 6051), Rennes

La participation sociale dans le domaine du bien vieillir est promue au niveau international depuis le début des années 2000 [1]. Elle s'inscrit dans un objectif de prévention et de promotion de la santé. Dans une approche globale et positive de l'avancée en âge, c'est la conjugaison de plusieurs facteurs qui crée la base d'un « *vieillessement en santé* » (processus de vieillissement favorable à la

santé de la personne, tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé – OMS). Il s'agit de la prévention des maladies chroniques, du

maintien optimal des fonctionnements cognitif et physique, de l'engagement dans la vie et la participation sociale, ainsi que d'un environnement favorable [2]. Cette prise en compte de la prévention du vieillissement est à l'origine de l'initiative des villes amies des aînés [3].

En France, les pouvoirs publics ont favorisé la promotion de la participation sociale des personnes âgées dans le cadre du plan national Bien vieillir (2007-2009) [4]¹ et, en 2016, via la loi de l'adaptation de la société au vieillissement, dont l'objectif est d'encourager un vieillissement en santé, favorable à l'inclusion sociale des personnes âgées. La participation sociale s'entend ici non seulement comme un moyen pour accroître les capacités individuelles d'adaptation au vieillissement, mais aussi comme un facteur de lutte contre l'isolement, d'engagement des personnes âgées dans la politique locale et de reconnaissance de leur mobilisation

citoyenne. En ce sens, renforcer les aptitudes relationnelles et les capacités d'adaptation profite directement aux personnes âgées et à leur santé, et également à la société dans son ensemble.

Promouvoir la participation sociale auprès des 13 millions de personnes âgées de 65 ans et plus en France (19.6 % de la population totale [5]²) nécessite de :

- créer des environnements favorables ;

- supprimer les obstacles à la participation ;
- compenser la perte de capacités ou d'autonomie.

Population hétérogène, les différentes générations des aînés – qui sont aussi des aidants potentiels – ont des besoins différents et déploient des stratégies d'ajustement qui peuvent être considérées comme autant de leviers d'action pour favoriser une vie sociale riche et des liens intergénérationnels.

Les effets attendus de la promotion de la participation sociale

Si l'isolement et la solitude, qui touchent environ un quart des personnes âgées de 75 ans et plus en France [6], peuvent contribuer à une fragilité physique, psychique et sociale, la participation sociale peut aider à renforcer le bien-être et l'état de santé perçu, à améliorer la santé mentale et à contribuer à une baisse du déclin cognitif et fonctionnel, de

PERSONNES ÂGÉES ET PARTICIPATION SOCIALE : TENTATIVES DE DÉFINITION

Les personnes âgées

« Il n'existe pas de personne âgée "type". Certains possèdent, à 80 ans, des capacités physiques et mentales comparables à nombre de personnes dans la vingtaine. D'autres les voient décliner fortement alors qu'ils sont bien plus jeunes. Une action de santé publique globale est nécessaire pour prendre en compte la grande diversité d'expériences et de besoins des personnes âgées [8]. » L'hétérogénéité de l'état de santé de la population âgée s'explique par le parcours de vie, le genre, l'environnement social et économique, le lieu de résidence, les différentes générations auxquelles appartiennent les personnes âgées, la culture. Tous ces facteurs ont un impact sur l'avancée en âge et sur les expériences du vieillissement. Les gériatres et les gérontologues distinguent ainsi entre personnes robustes (70 %) vivant une vieillesse réussie, personnes fragiles (20 %) présentant des risques et personnes dépendantes (10 %) en raison d'une vieillesse pathologique [9]. « Un défi majeur provient de la diversité absolue des états de santé et des niveaux fonctionnels des personnes âgées. Ceux-ci reflètent les changements physiologiques subtils qui se produisent au fil du temps, mais ne sont que vaguement associés à l'âge chronologique [8]. » Cette hétérogénéité de la population âgée se reflète dans l'absence d'un âge chronologique communément partagé pour déterminer l'entrée dans la vieillesse. Ainsi l'OMS, le réseau mondial villes amies des aînés et, en France, la loi de l'adaptation de la société au vieillissement parlent de personnes âgées de 60 ans et plus. Eurostat, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation,

de l'environnement et du travail (Anses), ainsi que la base de données PubMed situent la borne d'âge à 65 ans. Alors que l'enquête européenne *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)* [10] s'intéresse aux Européens âgés de 50 ans et plus. Sans oublier les âges de départ à la retraite qui sont un marqueur sociétal fort [11]¹. Plus récemment, l'OMS a défini la personne âgée comme étant une personne ayant dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance [12]. Par ailleurs, l'on peut constater que le besoin « d'envisager les personnes âgées dans leur diversité [13] » est évolutif selon les époques, les priorités et les acteurs (sociaux, médicaux) en présence. Ceci est particulièrement prégnant à une époque où l'on va passer de la génération née avant la Seconde Guerre mondiale à la génération des baby-boomers nés après celle-ci.

Vieillesse en santé

Vieillir en restant actif, c'est « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse » pour que « les personnes âgées demeurent une ressource pour leurs familles, leurs communautés et l'économie [1] ». L'OMS, au niveau mondial, ou le plan Bien vieillir 2007-2009 ainsi que la loi de l'adaptation de la société au vieillissement (2015), en France, promeuvent l'adoption de comportements favorables à la santé, l'amélioration de l'environnement et le renforcement du rôle social des seniors [14]². Six déterminants-clés [1] du vieillissement actif peuvent être identifiés :

- le déterminant économique ;
- le déterminant comportemental ;

- le déterminant personnel ;
- le déterminant social ;
- les services de santé et sociaux ;
- l'environnement.

Participation sociale

La santé se caractérise par un état complet de bien-être physique, mental et social (charte d'Ottawa, 1986). La participation sociale étant identifiée comme un déterminant de la santé, elle s'entend ici comme « être actif et participer à des activités civiques, ainsi qu'à des activités de loisirs et de divertissement [8] », sans oublier les relations interpersonnelles. La participation sociale des personnes âgées, notamment celle des hommes, se distingue de celle de la population générale par le fait qu'elle ne peut plus prendre appui sur le lieu de socialisation qu'est le monde du travail. La participation sociale devient alors une action stratégique pour rester un acteur de sa communauté. Les quatre familles de participation sociale – fonctionnement dans la vie quotidienne, interactions sociales, réseau social et vie associative structurée [15] – doivent bénéficier d'environnements favorables et de systèmes socio-économiques équitables pour contribuer à une meilleure santé.

1. En 1982, l'âge de départ à la retraite à taux plein est fixé à 60 ans, depuis 2012 à 62 ans et à 67 ans selon différents critères.

2. « Il comprend trois actions déterminantes : une alimentation adaptée, la lutte contre la sédentarité par la promotion de l'exercice physique et le maintien d'un lien social intergénérationnel pour réduire l'isolement et l'exclusion. » « [...] favoriser la participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en veillant à consolider les liens entre les générations et à promouvoir la solidarité intergénérationnelle. »

la consommation de médicaments et de l'utilisation des services de santé. Si l'effet de la participation sociale sur la santé est important, les effets de la santé sur la participation sociale le sont encore plus [7] et démontrent le caractère vertueux d'une telle association.

La participation sociale comme déterminant de santé est analysée dans les pages qui suivent dans le contexte des personnes âgées autonomes et vivant à domicile. Ce dossier central s'ouvre sur un rappel de l'évolution des politiques publiques et des fondements de la prévention du bien vieillir ; il présente les particularités liées au grand âge et à l'accompagnement d'un proche pouvant avoir un impact sur la participation sociale. Puis, il analyse les techniques d'évaluation pour que les professionnels puissent déployer des interventions caractérisées par une grande diversité. Plusieurs domaines ont été investigués : l'engagement bénévole, les collectivités locales, les résidences autonomie, le monde sportif.

Et comme le démontrent les témoignages de professionnels et de personnes âgées, la participation sociale passe nécessairement par une indispensable adaptation des initiatives proposées et par l'engagement, voire la consultation des personnes âgées, en amont de leur mise en place. Le dossier décrypte les leviers qui favorisent la participation sociale des personnes âgées, tout comme les freins. En effet, cette participation est un facteur déterminant – associé à d'autres – pour aider à préserver sa santé. Les experts parlent ici de « déterminant socio-environnemental ». Tout ceci se situe dans une approche globale et positive du vieillissement. ■

1. Parmi les clés du « bien vieillir », le plan cite « une vie sociale riche et les liens intergénérationnels ».
2. En 2050, les personnes âgées de 65 ans et plus pourraient représenter environ 27,5 % de la population en France métropole (environ 20 millions de personnes) [5].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Organisation mondiale de la Santé. *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*. Genève : OMS, 2002 : 59 p. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- [2] Rowe J.W., Kahn R.L. *Successful aging*. New York : Random House, 1998 : p. 36-52.
- [3] Organisation mondiale de la Santé. *Guide mondial des villes amies des aînés*. Genève : OMS, 2007 : 78 p. En ligne : http://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf
- [4] Ministère de la Santé et des Solidarités ; ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative ; ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. *Plan national « bien vieillir » 2007-2009*. Paris, 2007 : 32 p. En ligne : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
- [5] Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2017. *Insee Première*, n° 1683, janvier 2018. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173>
- [6] Institut national de la statistique et des études économiques. La situation démographique en 2014. État civil et estimations de population. *Insee Résultats*, n° 182, 2 juin 2016. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2045385?sommaire=2045470>
- [7] Fondation de France. *Les Solitudes en France. Rapport 2016*. Paris : Fondation de France, 2016 : 41 p. En ligne : https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/solitudes_2016_rapport_final_0.pdf
- [8] Sirven N., Debrand T. La participation sociale des personnes âgées en Europe. Instrument du « bien vieillir » ou facteur d'inégalités sociales de santé ? *Retraite et Société*, 2013, vol. 2, n° 64 : p. 59-80. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2013-2-page-59.htm>
- [9] Organisation mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève : OMS, 2016 : 296 p. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
- [10] Rolland Y. *Les différents modèles de vieillissement. Pathologique, fragilité et vieillissement réussi*. Toulouse Gèrontopôle, 2008. <http://www.medecine.ups-tlse.fr/capacite/geriatrie/2015/LES%20DIFFERENT%20MODEL%20DE%20VIELLISSE.pdf>
- [11] SHARE. Enquête longitudinale, multidisciplinaire et internationale portant sur 80 000 Européens âgés de 50 ans et plus. En ligne : <http://share.dauphine.fr>
- [12] Blanchet M. *Atlas des seniors et du grand âge en France. 100 cartes et graphiques pour analyser et comprendre*. Rennes : EHESP, 2017 : 118 p.
- [13] Organisation mondiale de la Santé. *Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Genève : OMS, 2017 : 46 p. En ligne : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258981/1/9789241550109-eng.pdf?ua=1>
- [14] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes ; secrétariat d'État chargé de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie. *La Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement*. [Dossier de presse], janvier 2016 : 11 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf
- [15] Aquino J.-P. Le plan national Bien vieillir. *Gérontologie et Société*, vol. 31, n° 125, 2008/2 : p. 39-52.
- [16] Raymond É., Gagné D., Sévigny A., Tourigny A. *La Participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'université Laval, 2008 : 111 p. En ligne : https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/memoire_ivpsa.pdf

Prévention : mythe et réalité

Gilles Berrut,

professeur de médecine gériatrique,
université de Nantes,
chef du pôle hospitalo-universitaire
de Gériatrie clinique,
centre hospitalier universitaire (CHU)
de Nantes,
fondateur du Géronopôle Autonomie
Longévité des Pays-de-la-Loire.

Dire que la prévention est une nécessité afin d'améliorer la qualité de vie et de réduire les coûts de la prise en charge du vieillissement est une évidence qui s'impose à tous. Maintenant, derrière la banalité de cette proposition, plusieurs difficultés doivent être soulevées. Ainsi, il convient de rappeler l'importance de maintenir une cohérence entre les actions de prévention dans le champ social et la réduction des maladies chroniques. Il restera à discerner sur quels aspects du vieillissement une action sociale participe de ce bien vieillir. Ceci interrogera sur la cible de prévention de la perte d'autonomie qui a été assignée par le législateur aux conseils départementaux. La perte de l'autonomie est-elle une manière de parler de la dépendance ou d'évoquer la place d'une personne dans la société, sa citoyenneté et sa dignité ?

Prévention dans le champ social, une démarche partenariale

La participation des personnes âgées à la mise en œuvre des démarches d'inclusion sociale était, il y a encore peu de temps, une position marginale. En effet, la personne âgée est vue comme celle qui reçoit de l'aide, pour laquelle nous devons avoir une solidarité et qui représente un coût pour la société. Or, l'amélioration sans précédent de la santé, la

longévité en autonomie (nous rappelons que seules 17 % des personnes de plus de 80 ans sont dépendantes, ce qui exprime que 83 % ne le sont pas), l'amélioration du niveau de vie et, pour une part d'entre elles, la possibilité d'avoir un capital de leur travail ont changé radicalement le positionnement de l'avancée en âge dans les préoccupations sociales. De plus, les projections démographiques indiquent que le nombre des plus âgées d'entre elles (les plus de 75 ans) va augmenter de 115 % dans les vingt années à venir ; ce qui, en d'autres termes, ajoute à la modification de la qualité de vie, une forte représentativité dans la société et, donc, un retentissement sur toutes les autres générations en termes d'aide, mais aussi en termes d'emploi, voire de croissance économique. Ainsi la question de l'âge sort de ses territoires traditionnels de l'aide et de la protection pour intégrer le champ de la participation sociale, de la représentation démocratique, du dialogue politique au sens d'une cité qui s'inscrit dans la promotion de l'inclusion sociale.

En parallèle du dynamisme de ces perspectives, il ne faudrait pas que le changement de paradigme soit déséquilibré en mettant le focus sur une partie de la population préservée des personnes âgées, même si elle est importante. Ce serait alors oublier les réalités suivantes :

- la fragilité du lien social,
- la difficulté de se sentir participant,
- le fait de subir les conséquences d'une précarité sociale tout au long de la vie – en particulier pour les femmes ;
- la pénibilité d'une altération de santé dont la fréquence s'accroît avec l'avancée en âge.

En complément de l'approche sociale qui est exposée dans ce numéro, il convient sans doute de rappeler

le lien entre action de promotion sociale et action de la promotion de la santé.

Un objectif : la compression de morbidité

Le cadre général dans lequel s'inscrit la promotion en santé, lorsque l'on aborde le vieillissement de la population, est dominé par la gestion personnelle et surtout collective des maladies chroniques. Pourquoi aborder les maladies chroniques à l'occasion de l'intervention sociale ? Ces maladies sont les pourvoyeurs des altérations qui vont modifier la trajectoire sociale au cours du vieillissement, passant d'un vieillissement au cours duquel la personne conserve son autonomie à un vieillissement dominé par les aspects de santé et freinant largement les capacités de participation sociale.

Les schémas de compréhension du vieillissement de la population par les maladies chroniques sont à l'origine des concepts de prévention pour le bien vieillir. Plusieurs modèles montrent que, si l'on retarde la survenue d'une maladie chronique, on peut enrayer dans un deuxième temps l'augmentation de la sévérité de la maladie et créer les conditions d'un vieillissement de meilleure qualité. Et dans certains cas, le fait de retarder ainsi la survenue d'une maladie chronique aura pour effet de prolonger l'espérance de vie, en empêchant ainsi la survenue des complications et en permettant une amélioration du niveau de qualité de vie au grand âge. Ce sont les théories de compression de morbidité [1] ou de rectangulation des courbes de survie [2]. Ces théories orientent vers une réflexion où l'action pour retarder les grandes maladies chroniques de manière efficace et sur des cibles démontrées peut, à l'échelle de l'ensemble

de la population, réduire ou stabiliser le nombre global de personnes porteuses des complications de ces maladies, et ce malgré l'augmentation du nombre de personnes âgées.

Dans une période particulière de l'histoire, à la veille d'une formidable croissance du nombre de personnes les plus âgées, on conçoit que l'État et l'ensemble des collectivités doivent œuvrer dès maintenant à créer les conditions de prévention qui permettront non seulement de diminuer le nombre de personnes subissant les effets des maladies, mais également de contenir les coûts pour pérenniser le système de protection et de solidarité sociale en santé. Ainsi, la politique du bien vieillir et la prévention en santé ne peuvent être structurées qu'autour de la notion de compression de morbidité. Il est important de ne jamais oublier cette dimension. En effet de plus en plus, l'on constate que des actions de prévention pour le bien vieillir occultent les dimensions sanitaires de prévention des maladies chroniques. On observe même, dans certaines régions, que les agences régionales de santé tentent de reporter les coûts de la prévention pour les plus âgés sur les conseils départementaux, quitte à n'être que les spectateurs de ce qui se décide dans les conférences départementales pour l'autonomie. Mais, au regard de l'importance de la prévention sociale pour un bien vieillir et d'un nécessaire accompagnement des personnes tout au long de leur trajectoire de vie, il convient de créer les conditions pour que politique de promotion sociale et promotion en santé d'un bien vieillir soient associées. À l'inverse, la possibilité qu'une action à caractère social puisse avoir un impact sur la qualité de vieillissement d'une population est clairement affirmée. La qualité de la participation aux démarches de dépistage de certaines pathologies, l'observance médicamenteuse et la qualité du suivi sont largement favorisées par la qualité de la participation sociale de la personne âgée.

La prévention de la perte d'autonomie

La prévention de la perte d'autonomie, qui est dans ce cas synonyme de prévention de la dépendance, est

devenue une mission confiée aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, par la loi d'adaptation de la société au vieillissement. C'est un axe majeur de l'action que le législateur a confié aux conseils départementaux. Pour prévenir la dépendance, il faut s'interroger sur la cause de la dépendance. C'est cette question pourtant essentielle qui a été mise de côté depuis la naissance du concept de dépendance dans la loi française et le vote de la prestation spécifique dépendance en 1997, qui deviendra, à partir de 2002, l'actuelle allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). En effet, le concept de dépendance est volontairement inscrit dans le champ social. Les raisons en sont nombreuses et reflètent plutôt un mélange de positionnements entre d'une part le souhait d'intervention des conseils départementaux, qu'il était alors de bon ton d'interroger quant à leur existence, et d'autre part le manque d'intérêt flagrant des médecins pour cette question. Or, à quelques rares exceptions près, la dépendance des personnes âgées est très largement due aux troubles cognitifs.

Mais il faut tout de suite s'expliquer sur ces troubles. En effet le plus souvent, les altérations cognitives – qui sont prises en compte lors d'un diagnostic neurologique ou dans la communication que l'on fait autour de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées – sont les troubles instrumentaux, au premier rang desquels ceux de la mémoire. Ce focus mis sur les troubles instrumentaux s'explique par le fait que leur examen par les neuropsychologues, les médecins gériatres et neurologues, dans le cadre d'une consultation mémoire, permet d'établir le diagnostic précis de la maladie. Mais il existe également des troubles dysexécutifs. Ceux-ci sont soit dus, majoritairement, chez les personnes âgées à des lésions, souvent de petites dimensions, situées dans les régions profondes du cerveau et qualifiées donc de sous-corticales. Or, ce qui caractérise le vieillissement usuel, y compris en dehors d'une maladie neurologique spécifique du cerveau, ce sont les troubles exécutifs d'origine sous-corticale. La cause essentielle de ces troubles est

la présence d'une hypertension artérielle qui intéresse, nous le rappelons, la majorité des personnes âgées de plus de 70 ans. Mais il existe d'autres causes, parmi lesquelles le diabète, et bien sûr de nombreux facteurs non modifiables (âge, sexe, polymorphismes génétiques courants, etc.). À l'échelle d'une population, on peut retenir que la caractéristique essentielle de la modification du fonctionnement intellectuel des personnes âgées est la présence de ces troubles dysexécutifs [3]. Or, ces troubles sont une sorte de plaque tournante qui interviendra non seulement sur les opérations mentales dites intellectuelles, mais également sur la manière de fonctionner au niveau psychologique, somatique avec les troubles de l'équilibre et l'augmentation du risque de chute et bien sûr, dans le champ social, avec une moindre compétence à participer aux activités sociales, à intervenir auprès des autres personnes, à s'adapter et à acquérir de nouveaux apprentissages. Ce champ important est parfois appelé cognition sociale [4]. Si les fonctions exécutives sont des effecteurs qui vont donner les moyens de construire de la pensée, du mouvement et des interactions avec l'environnement, ce sont également de formidables récepteurs qui nous permettent de connaître notre environnement, d'apprécier une ambiance. Ce sont ces fonctions exécutives qui transmettent les informations permettant de percevoir l'aspect mobilisateur de l'empathie ou au contraire inhibiteur d'une ambiance hostile. Ainsi, ces troubles dysexécutifs vont faire le lit de notre difficulté, voire de notre incapacité à réaliser les activités de la vie quotidienne et donc le lit de la dépendance. La relation est simple : prévenir les affections qui altèrent la partie sous-corticale du cerveau, préserver les fonctions exécutives et de la sorte prévenir la dépendance.

Fonctions cognitives effectrice et réceptrice : un moyen d'agir

Mais ceci est incomplet. Comme nous venons de le voir, ces fonctions exécutives sont également des récepteurs. Dès lors, chez les personnes fragiles, permettre un environnement favorable, non hostile,



© Cécile Wehman

voire empathique, limiter les mises en danger, limiter les situations qui imposeraient des adaptations rapides, permettre une meilleure utilisation des fonctions exécutives restantes sont autant d'objectifs pour les interventions de prévention dans le champ social. À un stade précoce ou avant que ces lésions ne soient installées, et donc dans le champ de la prévention du bien vieillir, permettre de fortes interférences sociales, faciliter de nouveaux apprentissages, aider la personne à s'adapter deviennent des moyens de prévention par la préservation, en amont de ces fonctions exécutives avant qu'elles ne s'altèrent et créent les conditions de la fragilité.

Par conséquent, selon ce que l'on entend par prévention, on se situera d'une part dans la stimulation à un stade de prévention du bien vieillir, d'autre part dans l'adaptation de l'environnement si la personne se trouve dans une situation de fragilité ; ceci afin que les troubles dysexécutifs dont elle souffre aient l'impact le plus limité sur sa vie sociale. Dans les deux cas, le socle de cette prévention à caractère social doit être associé à une prévention en santé pour la lutte contre la survenue des grands facteurs

de risque cérébraux ; ces derniers, par les lésions qu'ils engendrent, accélèrent en effet de façon importante les atteintes cognitives.

Évidemment, le manque de clarté de la sémantique n'aide pas : l'habitude prise de parler d'autonomie lorsque l'on parle de dépendance n'est pas pour faciliter le débat. Si encore l'on précisait que l'on évoque l'autonomie fonctionnelle, on pourrait s'y retrouver dans le jeu de miroir. L'autonomie est la caractéristique philosophique de la dignité du citoyen et sa reconnaissance dans ses droits, toute action visant à la préserver est favorable aux personnes concernées, au-delà de la question de la compression de morbidité.

Dans ce contexte, il est urgent que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) fournisse des repères de bonnes pratiques aux conférences des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie et que l'État rappelle aux agences régionales de santé le devoir de la politique de prévention pour un bien vieillir, afin que l'efficacité soit au rendez-vous de la formidable mobilisation qu'a permis la loi d'adaptation de la société au vieillissement. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Fries J. Aging, cumulative disability, and the compression of morbidity. *Comprehensive Therapy*, décembre 2001, vol. 27, n° 4 : p. 322-329.
- [2] Robine J.-M., Michel J.-P. Looking forward to a general theory on population aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 2004, vol. 59A, n° 6 : p. 590-597. En ligne : http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Robine_JGerontol_2004-3278717698/Robine_JGerontol_2004.pdf
- [3] Fortier J., Besnard J., Allain P. Social cognition in normal and pathological aging. *Gériatrie et Psychologie : Neuropsychiatrie du vieillissement*, décembre 2016, vol. 14, n° 4 : p. 438-446. En ligne : http://www.jle.com/download/gpn-308601-la_cognition_sociale_dans_le_vieillissement_normal_et_pathologique--WoqV1n8AAQEABfrd@QAAAAJ-a.pdf
- [4] Calso C., Besnard J., Allain P. Normal aging of frontal lobe functions. *Gériatrie et Psychologie : Neuropsychiatrie du vieillissement*, mars 2016, vol. 14, n° 1 : p. 77-85. En ligne : http://www.jle.com/download/gpn-306734-le_vieillissement_normal_des_fonctions_cognitives_frontales--WoqXLn8AAQEACKTbz0AAAAE-a.pdf

Enjeux et sens de la participation sociale dans les politiques de la vieillesse

Arnaud Campéon,

sociologue, École des hautes études en santé publique (EHESP), département Sciences humaines et sociales, laboratoire Arènes (UMR 6051), Rennes.

Vieillesse et participation sociale sont des termes aujourd'hui très largement associés dans l'imaginaire collectif comme dans le domaine de l'action publique. Pour s'en convaincre, il suffit d'être attentif aux nombreux titres de la presse générale et de la presse spécialisée, qui, depuis maintenant deux décennies, distillent allègrement de nombreux conseils pour « *vieillir actif et en bonne santé* ». Il en est de même dans le domaine de l'action publique où, depuis les années 2000, la participation sociale fait l'objet d'une préoccupation constante, quels que soient les gouvernements en place. Loin d'être anecdotique, cette façon de penser le vieillissement, de l'appréhender à l'aune d'un regard qui se veut « participatif » résulte d'un mode de traitement spécifique de la vieillesse, inscrit dans l'histoire récente. C'est précisément cette « problématisation » du lien entre prévention, participation sociale et vieillissement que nous souhaitons discuter pour mettre à jour les mécanismes par lesquels cette expérience normée du « vieillir » a été conceptualisée.

L'ère des ambitions : l'insertion sociale des personnes âgées

Si l'on doit s'intéresser à la façon dont la participation sociale est progressivement devenue un axe d'intervention signifiant dans le domaine du vieillissement, il nous faut

préalablement reconnaître les chemins de traverse qu'elle a empruntés au cours des dernières décennies [1 ; 2].

Pour en rendre compte, rappelons que l'inclusion de la vieillesse dans l'action publique est un concept récent, puisqu'il date de 1962 et de la publication du rapport Laroque¹. Jusqu'à cette date et outre la question des retraites, le traitement social de la vieillesse demeurait une affaire privée, à la charge des familles ou des hospices pour les plus nécessiteux [3]. Avec le rapport Laroque, c'est une autre conception qui s'impose, contribuant à bouleverser la hiérarchie préexistante des interventions en faveur de cette période de vie. À l'époque, il était alors question de redéfinir le rôle et la place des personnes âgées dans la société, dans un contexte d'espérance de vie réduite et de conditions d'existence éprouvantes, tant financièrement que socialement. L'objectif du rapport Laroque était donc d'œuvrer à la promotion d'un mode de vie socialement intégré pour lutter contre la marginalisation à domicile et pour éviter la relégation en institution. Les préconisations avancées s'organisaient autour d'un projet fédérateur : agir sur l'environnement et sur le mode de vie des personnes âgées dans le but de les aider à prolonger, le plus longtemps possible, une vie autonome et socialement insérée. Cet objectif supposait, entre autres, la mise en place d'une politique globale de prise en charge, par le développement de services et d'équipements favorables au maintien à domicile.

Les préconisations émises par le rapport Laroque sont à considérer comme une première signature dans

L'ESSENTIEL

■ **Une approche politique globale et positive du vieillissement requiert deux préalables : d'une part la prise en compte de la variété des expériences individuelles – et donc des parcours de vie –, d'autre part la reconnaissance de l'influence des déterminants socio-économiques, lesquels façonnent les trajectoires du vieillissement.**

le domaine de la prévention et de la promotion de la participation sociale des personnes âgées, puisque cette politique, axée sur les modes de vie de l'ensemble de la population âgée [4], avait plusieurs ambitions : retarder l'apparition des incapacités liées à l'âge, soutenir les liens sociaux et lutter contre un environnement défavorable, afin de favoriser un vieillissement intégré, en santé et porteur de sens au sein de la société et pour l'individu.

La dépendance : nouveau marqueur de la politique concernant la vieillesse

À l'enthousiasme des années 1960 succède cependant, à partir des années 1980, une autre dimension de l'action publique en matière de vieillesse. En effet, sous la pression d'une crise qui revêt différents visages – notamment la crise de l'État-providence et de son projet d'universalité – s'impose progressivement la nécessité de mettre en œuvre de nouvelles formes d'actions publiques.

Celles-ci devront pallier les difficultés de l'État et de ses instruments d'interventions, jugés trop verticaux et cloisonnés. L'évidence d'une réorganisation s'impose [5] :

- le principe d'universalité cède la place à une logique de ciblage ;
- le principe d'intervention par secteur s'estompe au profit d'une logique de transversalité, de façon à prendre en compte l'ensemble des dimensions du problème considéré ;
- le système pyramidal et centralisé de régulation cède la place à une logique de territorialisation (c'est-à-dire au plus près des besoins de la population).

Dans cette perspective, le projet d'insertion globale porté par le rapport Laroque se voit contrarié et redéfini. L'action des pouvoirs publics ne portera plus sur l'ensemble de la population âgée, mais sur sa frange la plus vulnérable et en demande d'aide. Ainsi émerge le concept de « *vieillesse dépendante* », entériné comme catégorie pertinente d'analyse par le rapport Arreckx (1979) pour désigner le statut des personnes âgées en perte d'autonomie [6 ; 7]. Ce choix de recentrer l'action publique sur la dépendance a entraîné un infléchissement notable en matière de prévention et de considération envers les groupes âgés ; en effet, cette politique, matérialisée par un système d'indicateurs² et par une nouvelle prestation³, va aussi favoriser le renforcement d'orientations à visées essentiellement curatives. Il s'agira par conséquent moins de se préoccuper des conditions de vie et des ressources à mettre à disposition pour favoriser un vieillissement en bonne santé que de veiller à compenser les incapacités.

Une politique de prévention affirmée

Ces dernières années, face à la pression démographique et au risque de dépendance qui lui est associé, une autre conception tend à s'imposer en France comme dans de nombreux pays européens [8 ; 9]. Soutenue par une dynamique plus générale d'individualisation des droits et d'activation au sein des politiques publiques [10], cette conception s'est traduite par l'adoption d'un nouveau



© Cécile Wehlan

référentiel d'actions, centré autour de la prévention du vieillissement pathologique et, ce faisant, autour du développement des capacités des individus [11]. Celui-ci repose sur l'idée suivante : si vieillir demeure un processus naturel, la façon de vieillir ne l'est pas, et elle autorise par conséquent des marges de manœuvre pour favoriser l'inclusion et la participation sociales des aînés et éviter leur perte d'autonomie. Qu'il s'agisse de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, de la loi de santé publique de 2004 ou encore, plus spécifiquement, du plan national Bien vieillir (2007-2009), une nouvelle dynamique s'est ainsi engagée pour favoriser un vieillissement « *actif* », « *réussi* » ou « *en santé* ». Le cadre de référence de cette politique est structuré autour de l'identification de facteurs de risques et de la mise en œuvre d'actions préventives, hétérogènes, tant sociales que sanitaires. Elles concernent, entre autres :

- la promotion d'une alimentation équilibrée ;
- la promotion du soutien du lien et de la participation sociale dans le cadre d'un logement adapté et d'un environnement sociétal inclusif ;

- la lutte contre la sédentarité par la promotion de l'exercice physique.

Parce qu'il a posé les bases nécessaires à une politique de prévention généralisée, le plan national Bien vieillir apparaît de ce point de vue avoir instauré et diffusé une culture de la prévention, aux niveaux individuel et collectif. Cet intérêt s'est traduit, depuis, dans la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui manifeste ouvertement l'ambition de promouvoir un vieillissement en santé et la volonté de soutenir la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Pour une indispensable prise en compte des déterminants socio-économiques

On ne peut donc que constater l'élan pris, depuis les années 2000, autour de la question de la prévention et de la participation sociale des personnes âgées. Il reste à examiner dans quelle mesure ce principe théorique sera mis en œuvre. En effet, l'ambition est à la hauteur des enjeux et nécessite des ajustements significatifs – en termes de gouvernance et de régulation, et également en termes de moyens budgétaires alloués – pour concevoir une

politique transversale [12] qui soit à la fois cohérente et équitable, quels que soient l'âge et l'état de santé des personnes âgées. Pour cela et pour favoriser cette approche globale et positive du vieillissement, il est nécessaire que cette politique prenne en compte à la fois la variété des expériences individuelles et l'influence des déterminants socio-économiques qui façonnent les trajectoires du vieillissement [13]. Cette mesure permettra d'éviter de stigmatiser et de culpabiliser ceux et celles qui, faute des dispositions nécessaires (sociales, économiques, relationnelles, etc.), ne sont pas en capacité d'atteindre le modèle normé du « bien vieillir ». À cette condition seulement, la promotion de la participation sociale en faveur d'un vieillissement intégré ne sera plus seulement reconnue comme un effet d'annonce, mais bel et bien comme une valeur fondamentale, bénéfique à la qualité de vie des individus, à leur citoyenneté sociale et, réciproquement, à la collectivité et à sa cohésion sociale. ■

1. *Politique de la vieillesse*, rapport rédigé par la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut Comité consultatif de la population et de la famille, présidée par Pierre Laroque, conseiller d'État; communément appelé « rapport Laroque ».
2. Ex. : la grille autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources – AGGIR.
3. La prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997, puis l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002. Cf p. 18, réf [2].

LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées est l'un des dispositifs de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Cette instance de coordination des financeurs à l'échelon départemental vise à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie. Elle rassemble les financeurs institutionnels – conseil départemental, agence régionale de santé, caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), caisses de retraite et complémentaires, Agence nationale de l'habitat (Anah), Mutualité française. Sa mission : définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. À cet effet, la conférence des financeurs établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus, résidant sur le territoire départemental ; elle recense également les initiatives locales.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) verse à chaque département deux concours financiers qui doivent avoir un effet de levier sur les financements d'actions de prévention de la perte d'autonomie pour le département. La CNSA assure également l'animation nationale des conférences des financeurs installées dans chaque département.

En ligne : <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-d'autonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Alvarez S. Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse. Institut de recherches économiques et sociales. *La Revue de l'IREs*, 2016, n° 88 : p. 33-61. En ligne : <http://www.ires.fr/publications/la-revue-de-l-ires-2/item/4393-emergence-et-evolutions-de-la-prevention-dans-les-politiques-de-la-vieillesse>
- [2] Déchamp-Le Roux C. La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? *Gérontologie et Société*, septembre 2012, vol. 35, hors-série n° 1 : p. 81-91. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.php?download=1&ID_ARTICLE=GS_HS01_0081
- [3] Feller É. *Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960. Du vieillard au retraité*. Paris : Seli Arslan, 2005 : 352 p.
- [4] Guillemard A.-M. *Le Déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*. Paris : PUF, coll. Sociologies, 1986.
- [5] Palier B. La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales. *Politiques et Management public*, 1998, vol. 16, n° 3 : p. 13-41. En ligne : http://www.persee.fr/doc/AsPDF/pomap_0758-1726_1998_num_16_3_2196.pdf
- [6] Ennuyer B. *Les Malentendus de la dépendance*. Paris : Dunod, coll. Santé, Social, 2004 : 336 p.
- [7] Frinault T. *La Dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*. Rennes : PUR, coll. Res Publica, 2009 : 240 p.

- [8] Kaeser L., Roch P.-A. Le vieillissement actif : élaboration, légitimation et tentatives de diffusion d'un référentiel transversal en Europe. *Critique internationale*, 2015, vol. 3, n° 68 : p. 145-169.
- [9] Collinet C., Delalandre M. L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement. *L'Année sociologique*, 2014, vol. 64 : p. 445-467. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2014-2-page-445.htm>
- [10] Castel R. *La Montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*. Paris : Le Seuil, coll. Couleur Idées, 2009 : 464 p.
- [11] Génard J.-L. Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? in Cantelli F., Genard J.-L. (dir.) *Action publique et subjectivité*. Paris : Librairie générale de droit et de jurisprudence, coll. Droit et société, 2007, n° 46 : p. 41-64.
- [12] Argoud D. La prévention : un nouveau référentiel pour une politique du vieillissement ? *Gérontologie et Société*, 2012, vol. 35, hors-série n° 1 : p. 93-100. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-5-p-93.htm>
- [13] Hummel C., Burnay N. *Vieillesse et classes sociales*. Genève : Peter Lang, coll. Population, Famille et Société, 2017 : 249 p.

Repenser la participation sociale dans la grande vieillesse

Frédéric Balard,

maître de conférences en sociologie,
Laboratoire lorrain de sciences
sociales (2L2S), université de Lorraine.

Après un retour sur la manière dont la question de la participation sociale des aînés a pu être influencée par les théories du vieillissement réussi, cet article propose une réflexion autour d'une forme particulière de participation sociale dans la grande vieillesse : le projet de fin de vie.

Les principales préoccupations actuelles du champ gériatrique, à savoir promouvoir le bien vieillir et la participation sociale des personnes âgées, font écho à des questions scientifiques et politiques qui remontent, pour l'époque moderne, au début des années 1960. Havighurst [1] défendait que l'un des enjeux majeurs de l'allongement de la vie était la qualité des années de vie gagnées sur la mort et considérait que l'objectif de la gériatrie était de déterminer ce qui peut permettre aux personnes très âgées de vivre ces années en retirant le maximum de satisfaction et de bonheur. En France, le rapport Laroque [2], partant du constat d'une paupérisation et d'un isolement d'un nombre de plus en plus important de personnes âgées, proposait une politique plus intégrative envers les personnes âgées.

Glissement vers une médicalisation du vieillissement

Les programmes portés aujourd'hui aux niveaux national et européen en faveur de la participation sociale des personnes âgées semblent poursuivre les mêmes objectifs. Pour autant, cela ne doit pas masquer une évolution

perceptible dans la manière de penser les moyens pour y parvenir. Ainsi que cela a été montré à propos de l'évolution des politiques vieillesse en France [3], nous sommes passés d'une problématique de l'intégration sociale et économique des personnes âgées à un questionnement davantage médical sur les notions de dépendance, puis d'autonomie et, plus récemment, de fragilité. Si plusieurs raisons expliquent ce glissement vers une médicalisation du vieillissement, notamment un changement de culture professionnelle et l'émergence de la gériatrie [4], les influences du champ scientifique et des théories du vieillissement réussi ne sont pas négligeables.

Personnes âgées à l'écart du monde : de la mise en cause de la société à celle de l'individu

Dans l'optique d'une théorie du « vieillissement réussi », deux grandes théories se sont opposées, celle de l'activité et celle du désengagement. Les chercheurs [5] à l'origine de la théorie du désengagement proposaient d'étendre les travaux d'Erikson, sur le cycle de vie, aux derniers âges de la vie et faisaient le constat suivant : « *We receive the impression that society withdraws from the other person, leaving him stranded*¹. » Notons qu'à l'origine, les auteurs constataient que la société « se déprenait » des personnes âgées. Or, au fil des années et des publications, un glissement sémantique et théorique s'est opéré, faisant du désengagement non plus un processus social mais biologique, ainsi que le confirment les travaux de Gondo [6] qui écrit : « *gradual disengagement from social life and focus on the inner self was a naturalistic process of human aging, because physical and mental decline is*

*inevitable [...] disengagement is a natural process, a culture free concept but its expression is invariably culture bound*² ». La dimension « essentialisante », « biologisante » et « âgiste » de cette théorie a déjà été discutée [7], mais sans insister suffisamment sur la manière dont le questionnement originellement posé sur la société s'est décalé vers la personne âgée.

S'activer pour participer à la société

Par opposition à cette théorie, celle de l'activité [8] défend que le vieillissement réussi passe par le maintien le plus longtemps possible de la santé, la fonctionnalité et les modes de vie – cela inclut la participation sociale – d'un adulte d'âge moyen. Ainsi que cela a déjà été montré [9], il transparaît ici une conception très occidentale et « androcentrée³ » de la vie et de la participation sociale, proche de l'utilitarisme.

La théorie de l'activité s'étant imposée dans les politiques publiques, le bien vieillir et la participation sociale des aînés passent aujourd'hui par une prévention du mal vieillir, qui s'est focalisée sur les moyens de prévenir et de repousser les pathologies et les pertes d'autonomie. Depuis une quinzaine d'années et l'imposition du concept de fragilité dans le champ gériatrique, il s'agit désormais de prévenir la fragilité. Ainsi que l'a montré Faya Robles [10], alors que le concept de fragilité s'inscrivait au départ dans une démedicalisation du vieillissement via une approche par le risque et une optimisation de la santé, la fragilité concourt néanmoins à une remédicalisation par les actions qu'elle cible : prévention de la sarcopénie⁴ et des troubles cognitifs, etc.

Le point commun de ces deux théories du vieillissement est d'avoir recentré la question de la participation sociale des âgés sur l'individu et ses limites physiologiques.

Prendre part à la fin de sa vie

Il ne s'agit pas ici de nier l'importance que revêt la santé dans le bien vieillir ni son influence sur la participation sociale des personnes âgées, mais de rappeler que certains travaux [11] tendent à montrer que les années de vie qui ont été gagnées sur la mort dans le grand âge sont marquées par une santé et une autonomie fonctionnelle très dégradées. Si cela est juste, ne faut-il pas penser autrement la participation sociale dans le grand âge ?

En outre, ainsi que l'a montré Caradec [12], la santé n'est pas le seul élément venant restreindre les opportunités d'engagement des personnes très âgées. Les fragilités sociales et culturelles [13], le sentiment « *d'étrangeté au monde* » [12] qui accompagnent souvent le vécu du grand âge semblent difficilement conciliables avec la participation sociale telle que pensée traditionnellement. Si l'on considère que la vieillesse [14] – définie comme la dernière étape de la vie – n'a pas disparu, mais a simplement été repoussée et que les personnes très âgées qui la vivent expérimentent une perte de prise sur le monde, alors ce temps de la vie s'avère incompatible avec une vision utilitariste de la participation sociale. Les 1 868 suicides de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2012 [15] ne doivent-ils pas nous alerter sur une nouvelle manière de penser la participation sociale dans le grand âge ?

Participer signifie prendre part à une action pour laquelle on se sent concerné. Or, les professionnels de l'accompagnement constatent qu'il est souvent malaisé de faire participer les personnes âgées à la définition de leur propre projet de vie. En laissant de côté le débat éthique et l'opposition de principe entre les soins palliatifs et les revendications au droit à mourir dans la dignité (laquelle n'entre pas dans le champ de cette contribution), ne serait-il pas nécessaire de promouvoir, pour les personnes très âgées qui se sentent concernées, des projets de fin de vie ? Ne serait-ce pas là un moyen d'articuler projet individuel et participation sociale en évitant le déni consistant à proposer des activités pour promouvoir le bien vieillir à des personnes entrées dans la dernière étape de leur vie ?

La France compte près de 600 000 décès par an, dont 70 % environ sont le fait de personnes âgées de plus de 75 ans. Peut-être conviendrait-il de promouvoir une participation sociale qui permette aux personnes âgées de s'exprimer sur cette question dans le cadre d'un débat dépassant celui des directives anticipées, qui apparaît aujourd'hui trop restrictif. ■

1. Traduction de l'auteur : « Nous avons l'impression que la société se détache/se dépend de l'autre – [la personne âgée] –, le laissant échouer. »

2. Traduction de l'auteur : « Le désengagement progressif de la vie sociale et la focalisation sur le moi intérieur est un processus naturel du vieillissement humain, car le déclin physique et mental est inévitable. [...] Le désengagement est un processus naturel, un concept indépendant de la culture, mais dont l'expression est invariablement formatée par la culture. »

3. Considérant le monde d'un point de vue masculin.

4. Diminution de la masse musculaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Havighurst R.J. Successful aging. *Processes of aging: Social and Psychological Perspectives*, 1963, n° 1 : p. 299-320.

[2] Haut Comité consultatif de la population et de la famille. *Politique de la Vieillesse. [Rapport] Commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par M. Pierre Laroque*. Paris : La Documentation française, 1962.

[3] Grand A. Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France. *Vie sociale*, 2016, vol. 3, n° 15 : p. 13-25.

[4] Argoud D. Nouveaux acteurs, nouveaux enjeux : quel avenir pour l'action sociale vieillesse ? *Vie sociale*, 2016, vol. 3, n° 15 : p. 101-115.

[5] Henry W. E., Cumming E. Personality development in adulthood and old age. *Journal of Projective Techniques*, décembre 1959, vol. 23, n° 4 : p. 383-390.

[6] Gondo Y., Nakagawa T., Masui Y. A new concept of successful aging in the oldest old, in Robine J.-M., Jagger C., Crimmins E. (éds.), *Healthy Longevity. Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 2013, vol. 33.

[7] Hummel C. Les paradigmes de recherche aux prises avec leurs effets secondaires. *Gerontologie et Société*, 2002, vol. 25, n° 102 : p. 41-52. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-3-page-41.html>

[8] Rowe J.W., Kahn R. L. Human aging: usual and successful. *Science*, juillet 1987, vol. 237, n° 4811 : p. 143-149.

[9] Tornstam L. The quo vadis of gerontology : On the scientific paradigm of gerontology. *The Gerontologist*, 1992, vol. 32, n° 3 : p. 318-326.

[10] Faya Robles A. La fabrication des corps fragiles. Nouvelles perspectives sanitaires du vieillissement. Festival international de sociologie 2017, *La Fabrication des corps au 21^e siècle*, [Communication], Épinal, 19/10/2017.

[11] Robine J.-M., Cheung S.L.K. Nouvelles observations sur la longévité humaine. *Revue économique*, 2008, vol. 59, n° 5 : p. 941-953. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-economique-2008-5-page-941.htm>

[12] Caradec V. L'épreuve du grand âge. *Retraite et société*, 2007, vol. 3, n° 52 : p. 11-37. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2007-3-page-11.htm>

[13] Balard F., Somme D. Les fragilités vécues et ressenties par les personnes âgées. *Cahiers de l'Année gérontologique*, novembre 2011, n° 25 : p. 39-42.

[14] Balard F. Vivre et dire la vieillesse à plus de 90 ans, se sentir vieillir mais ne pas être vieux. *Gerontologie et Société*, 2011, vol. 34, n° 138 : p. 231-244. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-3-page-231.htm>

[15] Observatoire national du suicide. *Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associations*. [2^e Rapport] Paris : ONS, février 2016 : 481 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf

L'ESSENTIEL

■ **Frédéric Balard invite à s'interroger sur la façon dont le concept de participation sociale tend à s'imposer comme un objectif universel.**

■ **En effet, la construction d'un modèle du bien vieillir actif et en santé influence grandement aujourd'hui la définition de ce que devrait être la participation sociale des personnes âgées.**

■ **Or, si participer signifie prendre part à une action pour laquelle on se sent concerné, il convient d'éviter le déni consistant à promouvoir des activités pour « bien vieillir » à des personnes entrées dans la dernière étape de leur vie.**

Accompagnement d'un proche : des conséquences multiples sur l'aidant

Blanche Le Bihan,
docteure en science politique,
enseignante et chercheure
à l'École des hautes études
en santé publique (EHESP),
responsable du master 1 Santé publique,
parcours sciences sociales et management,
chercheure au laboratoire
Arènes (CNRS – UMR 6051).

Définissant explicitement ce qu'est un « proche aidant » [1], la loi d'adaptation de la société au vieillissement [2] reconnaît le rôle déterminant des proches dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle formalise une réalité longtemps invisible, progressivement mise en lumière dans le débat public. L'enquête Handicap Santé portant sur les aidants permet ainsi d'estimer à 4,3 millions le nombre de personnes s'occupant d'un proche âgé en perte d'autonomie. Âgés de 58 ans en moyenne, ce sont à 54 % des femmes – part qui augmente avec le niveau de dépendance du proche – et 39 % ont une activité professionnelle² (Soullier 2011). Les proches aidants ne forment pas un ensemble homogène. Ce sont à la fois des enfants adultes de parents âgés en perte d'autonomie qui ont leur propre vie familiale et professionnelle et ne résident pas forcément près de leur(s) parent(s) âgé(s) ; et des conjoints qui cohabitent avec la personne aidée, qui n'ont pas ou plus d'activité professionnelle, mais n'en sont pas moins soumis à des situations de stress.

Impact considérable sur l'aidant

L'activité d'aide dans laquelle ils s'engagent est caractérisée par une grande diversité de tâches. S'occuper d'un proche âgé signifie d'abord se dégager du temps et réaliser soi-même certaines activités de la vie quotidienne pour l'autre. A cela, il faut ajouter une surveillance exigeante et une activité de stimulation, toutes deux particulièrement importantes dans l'accompagnement d'un proche atteint de troubles psychiques. Enfin, si un certain nombre de tâches sont aujourd'hui déléguées à des professionnels, ce sont les aidants qui organisent l'accompagnement de leur proche, puis veillent à son bon déroulement. Ce sont eux qui servent de relais auprès des services et des professionnels du social et de la santé. Ils endossent ainsi un rôle de coordonnateur ou de *care manager*, qui s'apparente en quelque sorte à celui du chef d'orchestre.

L'investissement de l'aidant dans l'accompagnement d'un proche en perte d'autonomie a de multiples conséquences sur l'aidant lui-même, ainsi que sur sa vie quotidienne. Nos travaux mettent ainsi en évidence les effets délétères sur la santé, les modes de vie, les loisirs, et la vie professionnelle des aidants. Prendre en charge son parent exige une disponibilité et un investissement dont on ne dispose plus pour d'autres sphères de la vie. C'est la dimension personnelle de la vie quotidienne qui est la plus touchée. Détente, loisirs, vacances, temps personnel, voire conjugal sont

L'ESSENTIEL

■ **L'aidant et l'aidé forment un « couple ». L'accompagnement par l'aidant de son proche impacte sa vie sociale. La nécessaire réflexion sur la participation sociale de l'aidant nous conduit ici à interroger la complexité de son rôle et les variations du vécu de son investissement auprès de son parent âgé. Du négatif au positif, cela va de l'impact délétère sur l'aidant aux satisfactions qu'il peut éprouver.¹**

de plus en plus réduits. C'est toute une liberté d'action et une autonomie de vie qui peuvent être menacées. L'investissement dans les tâches d'aide peut conduire l'aidant à s'isoler des autres et à s'enfermer dans son rôle d'aidant et dans le couple qu'il constitue avec le proche aidé dont la participation à la vie sociale est parfois bouleversée.

Plateformes de répit

Mises en place dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 [3], les plateformes de répit s'adressent au couple aidant-aidé. Elles proposent des services variés – centre de jour, groupes de parole, suivi psychologique, voyages, etc. – qui vont bien au-delà du répit qui permet aux aidants de souffler et de prévenir le risque d'épuisement. Le mécanisme à l'œuvre est notamment celui de l'« empowerment » (« renforcer ou acquérir du pouvoir ») des aidants. Il

s'agit, en effet, d'une forme de socialisation au rôle d'aidant, visant à lui permettre d(e) (ré)acquérir la capacité de faire un choix éclairé et de prendre la décision adaptée à la situation qu'il vit au quotidien auprès de son proche. Ainsi dans le cadre de ces plateformes les aidants peuvent participer à des activités qui les mettent en relations avec d'autres personnes – le bistrot mémoire ou le café des aidants – ce qui les rend mieux armés pour faire face et pour retrouver une vie sociale. Car les activités concernent également l'aidé, soutenu pour développer sa socialisation. L'accueil du proche dépendant en centre de jour une à deux demi-journées est particulièrement bénéfique à l'aidé – qui retrouve un environnement social sécurisant – et à l'aidant – qui a du temps pour lui.

Les enjeux de conciliation entre ces différents temps sociaux sont dès lors déterminants pour les enfants qui travaillent et s'occupent de leurs parents âgés. Différents effets de l'activité d'aide sur la vie professionnelle des aidants peuvent être identifiés. On note d'abord des conséquences négatives sur l'activité professionnelle, qui diminue afin de dégager plus de temps pour le proche aidé. Mais à l'inverse, le proche aidant peut chercher à préserver, voire à accroître son investissement professionnel. Pour des raisons financières, car le recours à des professionnels peut s'avérer coûteux, mais aussi parce que certains aidants familiaux peuvent éprouver le besoin de consacrer plus de temps à leur activité professionnelle afin de ne pas se laisser complètement happer par les tâches d'aide. Pour beaucoup, l'activité professionnelle constitue une véritable protection, leur évitant de « basculer totalement dans la fonction d'aide » et leur permettant de conserver une identité sociale.

La dimension émotionnelle de l'aide

Une dernière dimension du rôle d'aidant mérite d'être soulignée : sa dimension subjective et émotionnelle. Quelles que soient les activités d'aide, elles ne sont pas vécues de la même façon par tous les aidants. S'il existe des contraintes a priori objectives comme une situation de

dépendance importante de l'aidé, l'âge de l'aidant, l'offre de services, le réseau familial ou les revenus, la charge que peut ressentir l'aidant ne se réduit pas à une accumulation de contraintes. Souvent décrite comme douloureuse, l'expérience d'accompagnement peut également receler des gratifications, y compris dans des situations de vie marquées par de fortes contraintes qui peuvent être au contraire très bien gérées. Ainsi certains éléments peuvent jouer soit comme des ressources permettant de faire face à la situation, soit comme des contraintes alourdissant subjectivement l'investissement de l'aidant. La distance géographique peut ainsi être vécue comme facilitant la mise à distance ou, à l'inverse, comme rendant encore plus difficile l'accompagnement du proche. Tissées au fil du temps, les relations entre l'aidant et l'aidé, ou entre les membres d'une fratrie, peuvent également faciliter ou compliquer le rôle d'aidant. Il faut donc considérer les caractéristiques de la situation d'aide dans une dimension émotionnelle – comment cela est vécu, ressenti et quel sens cela revêt pour l'aidant. Ce sens est constitué au fil d'une histoire partagée entre la personne âgée et ceux qui l'aident à composer avec une situation évolutive. ■

Contact : blanche.lebihan@ehesp.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] « Art. L. 113-1-3.-Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »

[2] JORF n°0301 du 29 décembre 2015 page 24268 texte n° 1 L01 n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>

[3] Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 http://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

1. Ce texte s'appuie sur les travaux que nous menons à l'EHESP depuis 15 ans sur ces questions. Voir notamment Le Bihan B. et Mallon I., « Le poids des émotions. Une réflexion sur les variations de l'intensité de l'(entr)aide familiale auprès de proches dépendants », *Sociologie*, n°2 vol.8, 2017, p.121-137; Le Bihan B., Mallon I., Sopadzhiyan A., « Entre relais et soutien – les expériences différenciées du répit des aidants face aux démences », dans *Retraite et Société*, Dossier spécial: La maladie d'Alzheimer: expériences et regards pluriels, 3/2014, n° 69, p. 77-98; Campéon A. et Le Bihan B., « Des travailleurs sous pression : logiques d'engagements et pratiques du care auprès de proches âgés en situation de dépendance », dans *Vous avez dit dépendance ? Etat actuel d'un débat, Gérontologie et Société*, n°145, 2013, pp. 103-117.

2. Soullier N., « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées », 2011, *Etudes et Résultats*, n° 771.

Mieux soutenir la participation sociale des aînés : un répertoire d'interventions évaluées

Émilie Raymond,

PhD, professeure à l'École de travail social et de criminologie, université Laval, Québec, chercheure au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (Cirris),

Andrée Sévigny,

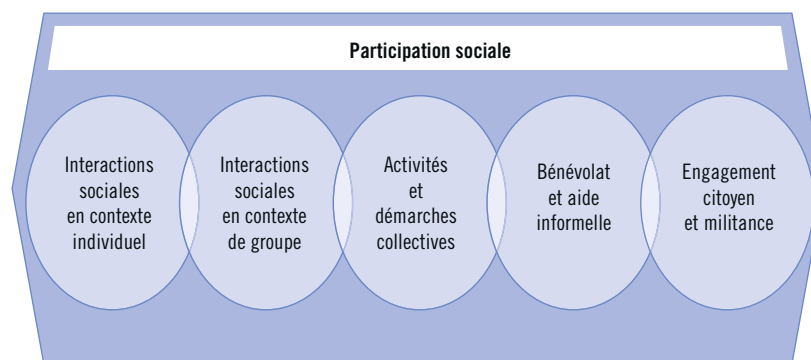
PhD, professeure associée à l'École de travail social et de criminologie, université Laval, Québec, chercheure au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ),

André Tourigny,

MD, MBA, médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), co-directeur de l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés, université Laval (IVPSA), Québec.

Cet article est issu d'une étude plus large, menée au Québec par l'Institut national de santé publique et des partenaires [1]. Il présente un répertoire d'interventions évaluées ayant pour objectif de soutenir la participation sociale des aînés¹. Bien que la participation sociale soit au cœur des discours sur le vieillissement, les interventions favorables aux pratiques participatives des aînés sont peu connues. Ces interventions et les méthodes novatrices qu'elles utilisent fréquemment restent rarement évaluées ou diffusées.

Afin de transmettre ces savoirs et savoir-faire, une recension des écrits a été menée. Considérant la rareté des programmes évalués, la recension a couvert une vaste période temporelle, depuis 1970 à nos jours. Elle a permis



d'identifier 41 programmes d'intervention évalués. Ce corpus confirme la très grande diversité des façons de définir et d'opérationnaliser la participation sociale, tout comme la richesse de programmes développés à différentes époques. Afin d'organiser ces résultats, une typologie a été conçue à partir de l'analyse des caractéristiques des programmes, notamment les types d'interactions sociales qu'ils cherchent à stimuler ainsi que les activités concrètes organisées.

L'éventail des modes d'intervention sur la participation sociale des aînés nous a permis d'identifier cinq catégories, présentées sous une forme graphique ci-dessus.

Cet éventail a été pensé comme un outil empirique pouvant être utilisé pour la promotion de la participation sociale des aînés. Les catégories sont perméables et les chevauchements sont possibles, sinon souhaitables, puisque les programmes combinant plusieurs types de pratiques sont susceptibles de mieux s'adapter aux situations et aux choix variés des aînés. À chaque mode d'intervention correspondent des programmes.

Nous présenterons chaque catégorie et y associerons quelques exemples d'actions².

Interactions sociales en contexte individuel

Les programmes composant cette première catégorie ciblent des aînés susceptibles de vivre des expériences d'isolement social ou de solitude non souhaitée. Ils visent à faciliter l'accès de ces personnes à des services adaptés à leur situation, qui ont le potentiel de les intégrer à un réseau de soutien social. En d'autres termes, ces programmes favorisent le lien social en partageant un processus d'intervention analogue :

- d'abord, repérer dans la communauté des aînés plus fragiles ou vulnérables ;
- ensuite, établir un contact significatif avec eux ;
- enfin, les inviter à s'impliquer dans une relation thérapeutique ou sociale.

Les programmes compris dans cette catégorie peuvent être classés en fonction de deux types d'approches d'intervention : l'approche de proximité et l'approche à domicile.

Dans le cas de l'approche de proximité, l'objectif est d'entrer en contact avec les aînés dans leur milieu de vie afin de leur offrir des services de santé et des services sociaux. Simultanément, les services proposés sont des occasions de sociabilité et d'élargissement du réseau social. Dans un des programmes présentés, des professionnels se déplacent dans un véhicule motorisé qui leur sert de bureau de consultation. Ils stationnent leur véhicule une fois par semaine près de différents immeubles où vivent des aînés [2].

Dans le cas des programmes à domicile, les aînés sont à la fois les hôtes et les principaux contributeurs de rencontres voulues interactives. Dans certains programmes, les aînés reçoivent la visite de bénévoles. Si ces derniers cherchent d'abord à offrir une présence bienveillante et de l'aide pour certaines tâches, ils peuvent aussi essayer d'aider les personnes âgées à développer de nouvelles relations sociales, ainsi qu'à connaître et à utiliser différentes activités offertes dans la communauté [3].

Interactions sociales en contexte de groupe

Cette catégorie recoupe des programmes qui cherchent à outiller les aînés pour les aider dans leur adaptation au vieillissement, et ce dans un contexte de participation en groupe. Les activités proposées concernent l'acquisition de connaissances, le développement d'habiletés et le changement d'habitudes de vie. Bien que le focus d'intervention soit d'abord individuel et que les personnes ne

réalisent pas de projets communs, la présence d'un groupe peut générer des interactions sociales positives qui bonifient le réseau de relations interpersonnelles et la vie sociale. Deux sous-groupes de programmes sont identifiés : la formule des *cours* et celle des *centres de jour pour aînés*.

Les cours ciblent une grande diversité de clientèles – les femmes âgées, des personnes vivant dans un même quartier, des gens vivant dans l'isolement social, etc. – et de thèmes – par exemple, l'amitié et l'activité physique [4 ; 5]. L'implication des personnes dans une démarche de cours est vue comme une manière de mieux s'ajuster aux transformations et aux défis liés au processus de vieillissement, notamment grâce à la présence de pairs. Les centres de jour ont pour objectif de permettre à des aînés, considérés comme fragiles ou en perte d'autonomie, de préserver leurs habiletés sociales et leur qualité de vie en passant plusieurs heures par semaine dans un milieu collectif stimulant. Certaines activités visent la réadaptation et l'adaptation des aînés à des changements dans leur état de santé, notamment par rapport à leurs compétences cognitives et physiques, alors que d'autres sont de nature créative ou socioculturelle [6 ; 7].

Activités et démarches collectives

Ce troisième mode d'intervention sur la participation sociale des aînés réunit une grande diversité d'activités dont le dénominateur commun est de permettre aux participants de prendre part à la gouvernance d'une démarche commune. On parle de processus collectifs dans lesquels les participants sont amenés à s'approprier un projet et à s'y engager activement. Un espace partagé est créé dans lequel les gens peuvent trouver réponse à leurs besoins tout en contribuant à la dynamique de groupe. On distingue deux sous-groupes de programmes : ceux dont la composante principale est *récréative, sportive ou socioculturelle* et ceux de nature *intergénérationnelle*.

Plusieurs des activités proposées dans le premier sous-groupe de programmes se distinguent par leur aspect innovant et multidimensionnel. Citons ainsi un programme de jardinage intérieur dans un milieu résidentiel [8] et un groupe de discussion autour d'œuvres d'art [9]. Quant aux activités intergénérationnelles, les programmes de ce sous-groupe mettent en présence des aînés avec des personnes d'autres groupes d'âge (par exemple, avec des jeunes

ou des adultes ayant des déficiences intellectuelles) dans un contexte d'activités ludiques, afin de leur donner l'occasion de développer des liens et des relations significatives [10].

Bénévolat et aide informelle

Dans cette catégorie, les programmes visent à soutenir les aînés désireux de s'impliquer comme bénévoles dans un rôle d'aidant ou de mentor³ (accompagner d'autres personnes avec un certain *leadership* lié aux compétences, aux savoirs...). Ce genre d'engagement est perçu comme un vecteur de rôles sociaux significatifs, une source de reconnaissance, et il procure un important sentiment d'utilité sociale. Il est judicieux de mentionner que souvent, la notion de participation sociale est dominée par celle de bénévolat ; dans la présente typologie, cependant, favoriser le bénévolat représente un mode d'intervention parmi d'autres.

Tous les programmes répertoriés amènent des aînés à s'impliquer auprès d'enfants qui fréquentent l'école primaire ou qui sont hospitalisés. Dans le premier cas, les aînés jouent des rôles multiples qui encouragent à la fois leur initiative et leur créativité [11 ; 12]. Les programmes de ce groupe concernent des activités de soutien ou d'enrichissement de la scolarité formelle. En ce qui a trait aux programmes de bénévolat en milieu hospitalier, les rôles des aînés relèvent des soins quotidiens à donner à des enfants gravement malades [13].

Engagement citoyen et militance

La cinquième et dernière catégorie comprend des programmes favorisant l'implication dans des activités de participation sociale militante. Ces programmes conviennent les aînés à devenir des agents de changement social au cœur de processus de mobilisation et d'action collective. Là encore, certains programmes ont une *portée intergénérationnelle*, alors que d'autres ont une *portée globale*. Dans ce premier sous-groupe, les aînés sont impliqués dans des projets leur permettant de prendre part à des structures démocratiques de réflexion, de prise de décision et d'action, dirigées vers la construction d'une société plus équitable. Ces projets prennent plusieurs

L'ESSENTIEL

■ Des chercheurs québécois ont répertorié les interventions évaluées soutenant la participation sociale des aînés. 41 programmes dans le monde ont ainsi été passés au crible.

■ Ces travaux permettent d'identifier les différents modes d'intervention et peuvent ainsi inspirer tout porteur de projet qui souhaite créer ce type de programme et lui fournir une méthodologie.

formes, comme des panels d'utilisateurs de services de santé et de services sociaux [14] ou un groupe de femmes dénonçant les injustices par le biais de chansons [15]. Dans ce deuxième sous-groupe, le changement social se construit par le biais de relations et d'activités intergénérationnelles. Par exemple, un programme réunit des aînés et des écoliers engagés dans le développement de leur quartier [16].

Comment utiliser la typologie et le répertoire d'interventions ?

Le matériel peut être utilisé de diverses façons. D'abord, il est possible de recourir à la description et aux résultats d'un ou de plusieurs des programmes sociaux rapportés pour s'en inspirer. Ces programmes peuvent nourrir des actions menées localement, appuyer des demandes d'appui ou de financement, ou encore montrer que certaines carences devraient être corrigées dans le domaine de la participation sociale des aînés. D'autre part, l'éventail des modes d'intervention sur la participation sociale peut



© Cécile Wilham

être mis à profit lors de la planification d'actions – en évaluant si un mode apparaît prioritaire ou non –, ou encore pour cartographier ou effectuer le recensement des contextes participatifs présents dans un milieu ou une communauté – en utilisant la typologie comme structure de synthèse pour les informations collectées. ■

1. L'article constitue la synthèse d'un rapport publié par l'Institut national de santé publique du Québec, gratuit et accessible en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2017>

2. Le rapport de recherche présente une fiche-synthèse pour chaque intervention répertoriée.

3. Le mentor est une personne d'expérience qui fournit volontairement une aide à une personne moins expérimentée, à titre de guide, de conseiller, de modèle, et qui partage avec celle-ci son vécu, son expertise et sa vision.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Raymond É., Sévigny A., Tourigny A., Bonin L., Guilbert-Couture A., Diallo L. *Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés. Fiches-synthèses et outil d'accompagnement*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, mars 2015 : 92 p. En ligne : http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/interventions_participation_aînés-mars2015.pdf
- [2] Stein S.R., Linn M.W., Weiner A.S. Effectiveness of a Service Workers' Action Team (SWAT) for the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1981, vol. 29, n° 9 : p. 411-417.
- [3] Butler S.S. Evaluating the senior companion program: A mixed-method approach. *Journal of Gerontological Social Work*, 2006, vol. 47, n° 1-2 : p. 45-70.
- [4] Stevens N.L., Martina C.M.S., Westerhof G.J. Meeting the need to belong: Predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *The Gerontologist*, août 2006, vol. 46, n° 4 : p. 495-502. En ligne : <https://academic.oup.com/gerontologist/article/46/4/495/623883>
- [5] Kocken O.L., Voorham A.J.J. Effects of a peer-led senior health education program. *Patient Education and Counseling*, 1998, n° 34 : p. 15-23.

- [6] Polenick C.A., Flora S.R. Increasing social activity attendance in assisted living residents using personalized prompts and positive social attention. *Journal of Applied Gerontology*, 2013, vol. 32, n° 5 : p. 515-539.
- [7] Tse T., Howie L. Adult day group: Addressing older people's needs for activity and companionship. *Australasian Journal of Ageing*, 2005, vol. 24, n° 3 : p. 134-140.
- [8] Tse M.M. Therapeutic effects of an indoor gardening program for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, avril 2010 vol. 19, n° 7-8 : p. 949-958.
- [9] Wikström B.M. Social interaction associated with visual art discussions: A controlled study. *Ageing & Mental Health*, février 2002, vol. 6, n° 1 : p. 82-87.
- [10] Jones E.D., Herrick C., York R.F. An intergenerational group benefits both emotionally disturbed youth and older adults. *Issues in Mental Health Nursing*, décembre 2004, vol. 25, n° 8 : p. 753-767.
- [11] Fried L.P., Carlson M.C., Freedman M., Frick K.D., Glass T.A., Hill J., et al. A social model for health promotion for an aging population: Initial evidence on the Experience Corps Model. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 2004, vol. 81, n° 1 : p. 64-78. En ligne : <https://digitalcommons.unomaha.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=sleintergenerational>

- [12] Kinney S., Morrow-Howell N. Perceived benefits of intergenerational tutoring. *Gerontology and Geriatrics Education*, 2000, vol. 20, n° 2 : p. 3-17.
- [13] Rook K.S., Sorkin D.H. Fostering social ties through a volunteer role: Implications for older-adults' psychological health. *International Journal of Aging and Human Development*, 2003, vol. 57, n° 4 : p. 313-337.
- [14] Barnes M., Bennet G. Frail bodies, courageous voices: older people influencing community care. *Health and Social Care in the Community*, mars 1998, vol. 6, n° 2 : p. 102-111.
- [15] Hutchinson S.L., Wexler B. Is "raging" good for health? Older women's participation in the Raging Grannies. *Health Care for Women International*, janvier 2007, vol. 28, n° 1 : p. 88-118.
- [16] Kaplan M. Promoting community education and action through intergenerational programming. *Children's Environments*, 1994, vol. 11, n° 1 : p. 64-84.

Étude sur la participation sociale dans les résidences autonomie

Nathalie Grébil,
chargée de mission,
unité personnes âgées
et populations vulnérables,
Christophe Léon,
chargé d'expertise scientifique
en promotion de la santé,
unité santé mentale,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

Santé publique France, en partenariat avec les caisses de retraite¹, a réalisé, en France en 2016, un état des lieux des actions de prévention et de promotion de la santé en direction des personnes âgées habitant au sein de structures collectives (appelées logements-foyers avant la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement², puis renommées résidences autonomie). Il s'agissait d'analyser l'organisation de l'ensemble des activités et de déterminer le niveau de participation des résidents afin d'identifier des leviers permettant de le développer.

La loi a pour objectif de renforcer le rôle et la place des résidences autonomie, en valorisant leur mission de prévention de la perte d'autonomie et en créant un forfait autonomie³. Les activités individuelles et/ou collectives proposées au sein des résidences, issues d'une stratégie de prévention, participent à la préservation de l'autonomie des résidents âgés tout en leur apportant un soutien personnalisé.

Au moment de l'enquête⁴, les résidences autonomie hébergeaient en moyenne 46 résidents et disposaient en moyenne de six équivalents temps plein (ETP) pour l'encadrement et la

gestion de la structure. Près de la moitié des résidences étaient situées dans des villes de plus de 100 000 habitants, et environ une résidence sur cinq était implantée en milieu rural. Les données de l'enquête apportent

un double regard – celui des professionnels responsables de structures d'hébergement et celui des personnes âgées y habitant – pour identifier le niveau de participation des résidents aux activités de prévention proposées et, plus particulièrement, aux activités de prévention favorisant la participation sociale.

Définition de la participation sociale des résidents

Des chercheurs proposent plusieurs éléments complémentaires de définition de cette expression (*voir aussi l'introduction de ce dossier central pour une définition générale*). Ainsi, la participation sociale est vue comme l'accomplissement des activités quotidiennes ; implique de faire partie d'un réseau d'interrelations sociales stables et réciproques (relations d'amitié et/ou de voisinage) ; désigne l'engagement dans des activités à caractère social (bénévolat) ; signifie l'implication dans des activités en interactions avec d'autres personnes [1].

Dans l'enquête, Santé publique France entend par « participation sociale » : la capacité des résidents à s'investir dans l'ensemble des activités collectives de prévention proposées et leur niveau de participation sociale, notamment aux activités de loisirs, socioculturelles, citoyennes – conseils de vie sociale et/ou de la cité – et intergénérationnelles.

La participation sociale est perçue comme bénéfique, tant pour les personnes âgées que pour la communauté, la société, les lieux de vie collectifs. Elle a des effets positifs importants sur la santé des personnes âgées [2 ; 3 ; 4 ; 5] : elle réduit considérablement la probabilité d'un mauvais état de santé. Toutefois, la probabilité de participer à des activités diminue en raison de la dégradation de l'état

de santé, liée au vieillissement [6]. L'état de santé et aussi l'environnement du résident, ses caractéristiques personnelles, son niveau d'autonomie, son âge, son genre, son réseau relationnel... ont des effets multiples sur la participation sociale [7 ; 8] du résident aux activités collectives internes ou externes (de prévention et/ou citoyennes) à la résidence.

Participation aux activités de prévention

La population de ces résidences est constituée pour plus des trois quarts de femmes, et la moyenne d'âge est de 83 ans. Ainsi, neuf résidents sur dix vivent seuls et près de la moitié y vivent depuis plus de cinq ans. Plus de huit résidents sur dix se considèrent en « très bonne santé » ou en « plutôt bonne santé ». Cependant, un résident sur quatre a besoin d'aide pour certaines activités de la vie quotidienne. Plus de cinq résidents sur dix déclarent avoir une bonne situation financière, tandis que quatre sur dix estiment être plus ou moins en difficulté.

Les thématiques des actions de prévention de la perte d'autonomie proposées sont diversifiées. Tous les responsables déclarent avoir organisé au cours des douze derniers mois des activités visant à promouvoir l'activité cérébrale ou la participation sociale. 93 % des activités visent à promouvoir l'activité physique et une alimentation saine et équilibrée ; et 67 % des activités visent à prévenir les traumatismes et les maladies. Si les activités qui promeuvent l'activité cérébrale : ateliers mémoire, jeux collectifs, loisirs créatifs et bricolage par exemple, intéressent 67 % des résidents, 63 % d'entre eux expriment un intérêt pour celles qui encouragent la participation sociale : sorties culturelles, rencontres intergénérationnelles,

L'ESSENTIEL

■ Une enquête menée par Santé publique France au sein des résidences autonomie (ex-logements-foyers) évalue notamment l'attrait des activités favorisant la participation sociale.

activités de gestion des activités de la résidence ou participation citoyenne, etc. Viennent ensuite les activités de promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée (47 % des résidents).

Selon ces derniers, leur participation aux activités est, pour 64 % d'entre eux, freinée par des difficultés de santé, pour 31 % par des appréhensions et pour 21 % par un manque d'intérêt. Les responsables estiment que les freins sont tout autant organisationnels (manque de moyens financiers, humains et de compétences du personnel en matière de prévention) que liés aux profils des résidents. Il est à noter que 12 % des résidents n'ont participé à aucune activité de prévention de la perte d'autonomie au cours de l'année.

Attractivité des activités

Un tiers des résidents a fait le choix de vivre en résidence autonomie afin de partager des moments de convivialité, de développer des liens sociaux et de se sentir moins isolé. Selon les responsables, 91 % des activités proposées au sein des résidences autonomie sont destinées « la plupart du temps » à encourager la participation sociale⁵ des résidents ; il s'agit d'activités festives ou culturelles (dans 98 % des cas), de rencontres intergénérationnelles (91 %), de la stimulation de l'estime de soi (61 %) ou des actions visant à développer la participation citoyenne de la vie du quartier ou de la commune (58 %) ; ces dernières demeurent ponctuelles et seulement 12 % des responsables – principalement ceux des structures de plus grande capacité d'accueil – déclarent les mettre en place au moins une fois par semaine.

Du côté des résidents, 67 % déclarent participer aux activités afin d'entretenir le lien social – discuter, échanger, ne pas rester seul, se faire des amis. Ainsi, 80 % déclarent avoir participé au moins une fois au cours des douze derniers mois à une activité de ce type et 59 % déclarent y aller régulièrement. Parmi les activités liées à la participation sociale, les soins esthétiques, de coiffure ou de bien-être bénéficient de la meilleure participation – 61 % des résidents y ont participé dans l'année –,

suivies par les rencontres intergénérationnelles avec des enfants ou des jeunes (59 %) et les sorties culturelles ou festives (56 %). Près des deux tiers des résidents estiment que les activités visant à encourager la participation sociale donnent le plus envie d'y participer. La participation citoyenne à la vie du quartier et/ou de la commune est citée par 5 % des résidents et la participation à l'organisation et à la gestion des activités de la résidence par 12 % d'entre eux.

Pistes d'actions

Au regard de ces résultats et afin d'encourager la participation sociale des résidents, nous suggérons de soutenir les professionnels des résidences autonomie en leur proposant des outils et des ressources adaptés aux axes suivants :

- évaluer et suivre les besoins et les attentes des résidents ;
- mobiliser les résidents afin qu'ils participent aux activités et à la vie de la résidence ;
- accompagner les résidents dans l'élaboration de leur parcours personnalisé ;
- favoriser les liens entre les résidents, avec les proches et avec la vie de la cité ;
- mettre en œuvre des activités adaptées ;
- construire des partenariats et participer à des réseaux d'échanges de pratiques ;
- mutualiser les ressources.

Ces pistes d'actions sont étudiées lors de réunions de travail⁶ afin de mettre à disposition une boîte à outils pour les professionnels de ces structures d'hébergement. ■

1. La convention de partenariat de 2016-2018 entre les caisses de retraite et Santé publique France a pour objectif principal de soutenir et de renforcer l'information et la sensibilisation sur le bien vieillir. L'axe 4 porte sur le renforcement des compétences des professionnels, et le projet 3 de cet axe a pour objectif de valoriser l'enquête menée sur les actions de prévention au sein des résidences autonomie et de publier des recommandations et les préconisations. Une synthèse a été réalisée. En ligne : http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/synthese_residence_autonomie.pdf

2. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) et son décret relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/27/AFSA1603650D/jo/texte>

3. La loi vise à compléter la mission de prévention des résidences autonomie.

4. Étude réalisée par BVA pour Santé publique France entre janvier et mai 2016, auprès de 502 responsables de résidences autonomie (par entretien téléphonique) et de 7 986 résidents (par recueil d'autoquestionnaires papiers).

5. L'enquête détaille le contenu de ce type d'activités.

6. Ce groupe de travail va créer des outils et mutualiser des ressources pour les professionnels des résidences autonomie afin que la participation sociale des résidents soit développée. Ces outils seront mis à disposition sur le site www.pourbienvieillir.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Levasseur M., Richard L., Gauvin L., Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science and Medicine*, vol. 71, décembre 2010 : p. 2141-2149.
- [2] Sirven N., Debrand T. La participation sociale des personnes âgées en Europe. Instrument du « bien vieillir » ou facteur d'inégalités sociales de santé ? *Retraite et Société*, vol. 65, n° 2, 2013 : p. 59-80.
- [3] Andrew M.K. Le capital social et la santé des personnes âgées. *Retraite et Société*, vol. 46, n° 3, 2005 : p. 131-145.
- [4] Raymond É., Sévigny A., Tourigny A. *La participation sociale des aînés. La parole aux aînés et aux intervenants*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, université Laval, 2008 : 53 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1466_ParticiSocialeAines_ParolesAinesIntervenants.pdf
- [5] Rodrigue G., Raymond É. La participation sociale des aînés vivant en ressource d'hébergement : facteurs personnels et environnementaux. *Les Cahiers du CREGES*, Centre de recherche en gérontologie sociale, 2016, vol. 1 : 76 p.
- [6] Raymond É., Gagné D., Sévigny A., Tourigny A. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Québec : Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés, université Laval, novembre 2008 : 113 p. En ligne : https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/memoire_ivpsa.pdf
- [7] Viriot Durandal J.-P., Raymond É., Moulart T., Charpentier M. *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés. Pour une perspective internationale*. Québec : Presses de l'université du Québec, 2015 : 404 p.
- [8] Delisle M.-A., Ouellet H. *Les « Vieux Copains »... et leur santé : participation sociale, entraide et recours aux services chez les aînés*. Sainte-Foy : Presses de l'université Laval, 2002 : 266 p.

L'engagement bénévole des seniors : rôle sociétal et bien-être

Dominique Thierry,
président d'honneur
de France Bénévolat.

L'étude France Bénévolat [1] menée début 2016 permet d'estimer qu'il y a environ 13,2 millions de bénévoles dans les structures associatives, soit 25 % de la population de plus de 15 ans (39 % si l'on intègre toutes les formes de bénévolat). La proportion des Français de moins de 35 ans bénévoles dans des associations progresse très régulièrement au cours des trois enquêtes menées entre 2010 et 2016.

Certes, « l'effet retraite » entraîne une progression du taux d'engagement de l'ordre de 10 points à partir de 65 ans, et une part importante des dirigeants associatifs sont des retraités. Cependant, la proportion des bénévoles de plus de 65 ans se tasse régulièrement – moins 0,5 point par an depuis 2010 – pour atteindre, en 2016, 34,6 % (ils étaient 38 % en 2010). Ce constat tord le cou à la fausse idée reçue selon laquelle il n'y aurait que des retraités parmi les bénévoles.

France Bénévolat avance trois explications possibles à ce tassement, probablement combinées¹ :

- les conséquences du durcissement des conditions de départ en retraite... et d'une entrée dans le marché du travail plus difficile. Les nouveaux retraités ne sont plus les enfants des Trente Glorieuses qui se sentaient redevables envers la société... ;
- une certaine concurrence entre la solidarité externe et la solidarité familiale – les nouveaux retraités sont une génération-charnière, extrêmement solidaires de leurs ascendants, de leurs enfants et de leurs petits-enfants... – et aussi la nécessité de continuer de travailler pour compenser des retraites faibles ou jugées comme telles ;

- une parole collective extrêmement rare, voire inexistante sur la place des seniors dans la société [2].

L'engagement bénévole des seniors : rappel des enjeux

Les seniors sont une véritable ressource du développement associatif, en particulier sur le champ du bénévolat de compétences. Le bénévolat est un excellent moyen de conserver et de développer du lien social, facteur dominant du maintien de la bonne santé.

Un besoin d'utilité sociale

Avoir des activités socialement reconnues, c'est « servir à quelque chose ». En outre, cette nouvelle activité de bénévole marque souvent le terme du deuil social que représente la fin du travail rémunéré. L'implication des retraités dans des activités socialement utiles a donc un double effet positif :

- pour les seniors, le maintien ou le retissage de liens sociaux ;
- pour la collectivité, les effets de la solidarité et, tout particulièrement, de la solidarité intergénérationnelle.

Dans leurs témoignages, les bénévoles émettent très souvent l'idée que « donner du temps aux autres, c'est recevoir en retour ». Les bénévoles redécouvrent, généralement sans le savoir, le concept du don et du contre-don, très ancré dans toutes les civilisations traditionnelles et très bien développé par l'anthropologue Marcel Mauss [3]. Ainsi, il n'y a aucune raison d'opposer « le don pour les autres » et le « don pour soi ». Bien sûr, les facteurs qui vont influencer le passage à l'acte sont multiples : la cause défendue par l'association, le besoin de s'occuper, le discours convaincant d'une connaissance déjà engagée...

L'ESSENTIEL

➤ Plus d'un tiers des seniors et personnes âgées sont engagés bénévolement.

➤ Dominique Thierry, président d'honneur de France Bénévolat, détaille la sociologie des bénévoles âgés et les moteurs de leur engagement à l'aide d'enquêtes quantitatives, réalisées entre 2010 et 2016 par France Bénévolat avec l'Institut français d'opinion publique (Ifop) et Recherches & Solidarités (R&S).

Sur un registre plus collectif, la reconnaissance de la place des retraités dans la société passe par la reconnaissance de leur utilité sociale.

Un moyen de « bien vieillir », donc un enjeu économique pour limiter le coût de la protection sociale

Si le bénévolat est une activité utile à la société, l'expérience de France Bénévolat montre qu'elle l'est aussi pour le bénévole lui-même. Faire du bénévolat permet au retraité de sortir de chez lui, de rencontrer de nouvelles personnes, de s'engager dans de nouveaux projets... et, plus globalement, de rester en bonne santé. Plusieurs études l'attestent, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)... Le Centre d'analyse stratégique (CAS), dressait le constat suivant :

« Sur le plan individuel, l'existence d'un lien direct entre la pratique d'une activité bénévole et l'amélioration du bien-être physique et psychologique a été mise en évidence par plusieurs recherches menées aux États-Unis, au Canada ou aux Pays-Bas – même si le lien

de causalité peut parfois être difficile à établir. Chez les seniors en particulier, les bénévoles auraient un taux de mortalité et de dépression plus faible et de meilleures capacités fonctionnelles. Une étude française, réalisée par des sociologues et des professionnels de santé au sein du Centre d'étude et de recherche sur la philanthropie (Cerphi), tend à démontrer que la vitalité, le capital social, l'estime de soi et la satisfaction de rendre service dans un cadre associatif fondé sur l'autonomie des bénévoles sont des facteurs directs d'amélioration de la santé [4]. »

Sensibiliser à l'engagement bénévole les futurs ou les nouveaux retraités : des cibles spécifiques

La période de transition travail/retraite est un moment-clé où les personnes sont en quête d'identité (remise en question), de la reconnaissance de soi par soi, par les autres, par la famille. Le bénévolat est un moyen de répondre à ces questions.

Les fins de carrière sont parfois mal vécues et peuvent être difficiles. Il est très ardu de faire venir ces retraités au bénévolat ; avant de les mobiliser sur l'avenir, il faut d'abord les aider à se reconstruire.

Ainsi pour France Bénévolat, le développement du bénévolat chez les retraités implique une promotion permanente de ce type d'engagement et des messages spécifiques. Il demande de plus des dispositifs d'accueil spécifiques et un accompagnement individualisé (actuellement très insuffisants) pour gérer cette transition entre la vie professionnelle et cette nouvelle étape de vie, que l'on qualifie improprement de « retraite », c'est-à-dire de « retrait de la vie ».

Par ailleurs, l'engagement bénévole relève d'un apprentissage souvent précoce où l'influence familiale, le système de valeurs personnel, les engagements de jeunesse, l'implication syndicale, le réseau relationnel... jouent des rôles déterminants.

Dans ce contexte, France Bénévolat propose des missions bénévoles (sur www.francebenevolat.org, 14 000 missions sont recensées) pour les personnes qui ont déjà connu la vie associative et le bénévolat avant la retraite. Et pour celles qui connaissent mal les associations ou qui en ont des



© Cécile Wilham

idées fausses, l'objectif est alors de leur montrer l'extraordinaire diversité associative (« On peut tout faire ! ») par des actions soit collectives lors des Ateliers de sensibilisation au bénévolat, soit individuelles au cours d'entretiens de conseil et d'orientation proposés dans ses 250 points d'accueil. ■

Pour en savoir plus

- Bazin C., Malet J. (dir.). *La France bénévole*. Paris : Recherches & société, 14^e édition, juin 2017 : 53 p.
- Burricand C., Gleizes F. Trente ans de vie associative. Une participation stable mais davantage féminine. *Insee Première*, janvier 2016, n° 1580 : 4 p. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908144>
- Galdemar V., Gilles L. *Étude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées*. [Rapport transversal]. Paris : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc), octobre 2013 : 54 p. En ligne : http://www.credoc.fr/pdf/Sou/EtudeCREDOC-CombattreLaSolitude_RapportTransversal.pdf
- Malet J., Bazin C. Donner du temps pour les autres mais aussi pour soi. *Gérontologie et société*, septembre 2011, vol. 34, n° 138 : p. 165-180. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-3-page-165.htm>
- Viriot-Durandal J.-Ph., Reguer D. Retraite, engagement social et citoyen neté active. *Gérontologie et société*, septembre 2011, vol. 34, n° 138 : p. 143-164.

1. Voir *L'Engagement bénévole des seniors : une implication réfléchie*, étude 2015. En ligne : www.francebenevolat.org/documents

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Thierry D. (dir.). *L'Évolution de l'engagement bénévole associatif en France, de 2010 à 2016*. Enquêtes quantitatives effectuées à partir de sondages de l'Ifop, avec l'appui du Crédit Mutuel et de Recherches & Solidarités. Paris : France Bénévolat, 2016 : 20 p. En ligne : www.francebenevolat.org/documents.
- [2] Girardot P.-E., Song Y. *Les Retraités : oubliés ou inutiles ?* Paris : Presses des Mines, 2015 : 150 p.
- [3] Mauss M. *Essai sur le don*. Paris : La République des lettres, 2013 : 196 p.
- [4] Naves M.-C. (dir.). Développer, accompagner et valoriser le bénévolat. *La Note d'analyse. Questions sociales*, septembre 2011, n° 241 : 12 p. En ligne : http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/o_1_d.pdf

À Rennes, les personnes âgées parties prenantes de la politique municipale

Entretien avec Véra Briand,

adjointe au maire de la ville de Rennes,
déléguée aux personnes âgées et au handicap.

La Santé en action : Comment a été conçue la politique en faveur des aînés, lancée par la ville de Rennes ?

Véra Briand : En mai 2011, Rennes a rejoint le réseau mondial des « villes-amies des aînés », initié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans ce cadre, un audit urbain a été réalisé dans deux quartiers, où plus de 80 personnes ont participé aux groupes de discussion : des personnes âgées, leurs aidants familiaux, les professionnels de l'aide à domicile, les représentants d'associations. Cette concertation portait sur les items définis par l'OMS : vie sociale, habitat, transports, accessibilité des lieux publics, services de santé, etc.¹ ; elle a été complétée par des temps d'échanges complémentaires, sous forme de cafés citoyens

ayant lieu dans des bistrot de quartier. Plus de 2 000 personnes se sont exprimées sur leur perception d'un milieu favorable au vieillissement. Un comité de pilotage a été installé, avec des référents dans les différents services de la ville, car les actions à mener sont transversales. Un séminaire réunissant les élus et les services de la mairie a été organisé, présidé par le maire, pour sensibiliser les différents départements de la collectivité à cette politique en faveur des aînés, qui ne peut être confinée à la délégation aux personnes âgées.

S. A. : **Quelles réalisations ont répondu aux attentes exprimées ?**

V. B. : C'est une des difficultés de l'exercice ; donner la parole aux citoyens implique de leur montrer les résultats de leur contribution participative. C'est pourquoi nous avons choisi dans un premier temps de centrer notre plan d'actions sur trois thèmes – l'information et la communication, l'habitat et la prévention de l'isolement – afin de ne pas nous disperser et de mettre en avant rapidement des avancées concrètes. Par exemple, il est important pour les personnes âgées de disposer de façon simple d'informations pratiques et fiables qui faciliteront leur participation à la vie sociale. Nous avons travaillé avec elles pour éditer le guide *Seniors ! Des infos, des réponses, pour bien vieillir à Rennes*². Il propose, entre autres, une cartographie des toilettes publiques. Il fallait y penser. Dès que cette brochure a été prête,

nous l'avons présentée lors d'une cérémonie à l'hôtel de ville, avec la délégation des participants au projet. Nous pensons que les usagers sont les meilleurs experts. L'audit urbain a ainsi montré que le mobilier d'assise n'était pas adapté et pas toujours situé aux bons endroits. Un cahier des charges a été élaboré par un groupe de travail comprenant des personnes âgées, des personnes handicapées, des ergothérapeutes et des agents des services de la mairie. Du mobilier a été mis à disposition par différents fournisseurs et il a été testé par les intéressés, qui ont rempli une grille d'évaluation. Les résultats de ce travail ont été restitués lors d'une réception en mairie, associant tous les contributeurs. Il est essentiel de toujours être dans cet échange mutuel pour continuer à mobiliser les citoyens.

S. A. : **Comment procédez-vous pour développer un habitat adapté aux personnes âgées et à leur participation sociale ?**

V. B. : Les plus de 65 ans représentent 17 % de la population rennaise, et ils souhaitent majoritairement vieillir chez eux. Prendre en compte ce besoin implique de disposer de logements accessibles qui, de surcroît, soient situés dans des environnements urbains favorables, c'est-à-dire à proximité de services : transports, commerces, offre médicale et paramédicale, etc. Une cartographie de la ville a été effectuée pour identifier les quartiers les plus favorables au vieillissement. Cette

L'ESSENTIEL

■ Dans une approche globale et positive de la santé, la création d'environnements favorables par les collectivités locales facilite la participation sociale des aînés.

■ Les intégrer dans les démarches de conception, de mise en œuvre et d'évaluation permet de pérenniser les actions prenant en compte non seulement les déterminants individuels de santé, mais aussi les déterminants socio-environnementaux.

fiche d'identité urbaine et sociale est une référence pour toutes les opérations immobilières sur lesquelles la ville intervient. Un des derniers programmes de construction de logements accessibles aux personnes âgées et aux personnes handicapées se trouve ainsi à cent mètres d'un marché et d'un petit centre commercial, à côté de cabinets médicaux et d'un petit jardin public, et à cinquante mètres d'un arrêt de bus. Nous avons édité une brochure : *Habitat favorable au vieillissement*³, pour expliquer la démarche et sensibiliser les promoteurs immobiliers publics et privés.

S. A. : Quelle évaluation faites-vous aujourd'hui de ce chantier complexe de renouvellement urbain, intégrant la problématique du vieillissement ?

V. B. : Il faut rester humble dans l'attente des résultats, car c'est un processus au long cours. D'ores et déjà, nous pouvons tirer matière à réflexion de certaines expérimentations, comme celle de la résidence Simone-de-Beauvoir. Cette résidence intergénérationnelle, qui combine logements sociaux et logements privés, se situe dans une zone d'aménagement concerté (ZAC), avec une maison de quartier, un accueil de jour Alzheimer, un restaurant associatif avec une animatrice. Cependant, faute de subvention, le poste d'animatrice a été supprimé ; un gérant privé exploite désormais le restaurant le midi et met à disposition ce local un soir de la semaine. Contre un loyer modéré, les étudiants de la résidence s'engagent, en signant une charte, à participer à la vie sociale de l'immeuble. Cela fonctionne, mais pas aussi bien qu'espéré en théorie : par exemple, les jeunes sont absents pour les vacances de Noël, au moment où les personnes âgées se sentent le plus isolées ; ils font du bruit le soir, quand elles souhaiteraient pouvoir dormir. Malgré tout, il est essentiel de continuer ces expérimentations pour progresser.

S. A. : Quels projets innovants vont sortir de terre concernant l'habitat intergénérationnel ?

V. B. : La ZAC Beauregard, près du fonds régional d'Art contemporain, qui sera livrée en 2019, est un programme mixte qui intègre trois résidences



© Cécile Wehlan

d'artistes, avec une buanderie et une salle commune qui pourra accueillir des animations. Le but est de créer des rencontres et des échanges. Il y a également un projet de huit logements en binôme, élaboré avec un chercheur en sociologie. Ces binômes combinent un grand appartement pour une famille et un plus petit pour une personne âgée, avec une pièce commune au milieu, accessible en fonction des besoins de chacun. Si l'expérience ne fonctionne pas, l'espace commun sera réintégré à l'un ou l'autre logement.

S. A. : Quelles actions avez-vous engagées pour faire participer les personnes âgées isolées ?

V. B. : C'est une question complexe, car les personnes isolées sont par définition difficiles à atteindre, et il faut pouvoir leur proposer des choses sans être directif. Une de nos priorités est de soutenir les initiatives des acteurs œuvrant pour la prévention de l'isolement. Depuis trois ans, nous avons un partenariat avec le magazine *Notre temps* pour l'opération « Viens, je t'emmène⁴ » qui permet aux personnes isolées de profiter ensemble d'un loisir, ce qu'elles ne pourraient faire seules : aller prendre un café, voir un film au cinéma, etc. Enfin, nous essayons de développer des lieux-repères dans les quartiers et d'inciter par exemple une

maison de retraite ou une association à ouvrir leurs activités aux personnes extérieures. La difficulté d'une politique en faveur des aînés est de tenir sur la durée, dans un équilibre entre la mobilisation des acteurs qui nous accompagnent et le retour sur investissement. C'est aussi de porter un regard spécifique sur les aînés, qui ne soit pas réducteur, et donc de les accompagner dans le cadre d'une politique bénéfique à tous et au vivre ensemble. En effet, une ville attentive aux plus fragiles est une ville agréable à vivre pour tous, à tous les âges de la vie. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. Huit thématiques sont développées par l'Organisation mondiale de la santé : information et communication, bâtiments et espaces extérieurs, culture et loisirs, lien social et solidarité, habitat, transports et mobilité, participation citoyenne et emploi, autonomie, services et soins. *Guide mondial des villes-amies des aînés*. En ligne : http://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aînés.pdf

2. *Seniors ! Des infos, des réponses, pour bien vieillir à Rennes*. En ligne : http://metropole.rennes.fr/fileadmin/rrm/documents/Actualites/Vie_sociale/docs/RM_brochure-senior.pdf

3. *Habitat favorable au vieillissement*. En ligne : <http://metropole.rennes.fr/politiques-publiques/culture-education-vie-sociale/les-personnes-agees/>

4. *Viens, je t'emmène*. En ligne : <https://www.notretemps.com/famille/intergeneration/viens-je-t-emmene-rennes-une-ville-engagee,197672>

À Beaumont (Puy-de-Dôme) : une animatrice crée du lien social pour les personnes âgées isolées

Catherine Monteillet,
directrice du centre communal
d'action sociale (CCAS), Beaumont,
Puy-de-Dôme.

La volonté des élus de sortir les usagers de leur isolement a conduit le centre communal d'action sociale (CCAS) de Beaumont¹ à mettre tout en œuvre pour développer le lien social en proposant aux personnes âgées des sorties à la journée, des repas conviviaux, etc. Une animatrice diplômée en gérontologie sociale a été recrutée pour accroître le lien social dans une résidence dont la plupart des locataires sont des personnes âgées de 60 ans à 92 ans ; sa mission consiste également à permettre à d'autres habitants du quartier de participer à des actions, de créer des liens intergénérationnels, à terme avec d'autres structures municipales (petite enfance, animation de la cité). La création de ce poste d'animatrice, dans le cadre des contrats aidés, a été un élément-moteur pour le développement du lien social. L'animatrice a su insuffler son énergie et fidéliser un petit groupe qui ne cesse de croître. Le renouvellement du contrat lui a permis de poursuivre un projet de développement du lien social. Aussi va-t-elle faire désormais du porte-à-porte dans un autre quartier pour étendre ses activités.

Un atelier carnet de vie : exercice de mémoire et de transmission

Parallèlement avec l'association régionale santé, éducation et prévention sur les territoires (Arsept²) Auvergne, le CCAS a mis en place pour les seniors plusieurs ateliers, dont l'atelier équilibre, assuré par un animateur qualifié pour prévenir les chutes.

La principale difficulté rencontrée, c'est d'inciter les personnes, souvent repliées sur elles-mêmes, à participer à ces actions. En revanche, lorsque le pas est franchi, elles acceptent plus facilement d'intégrer d'autres

ateliers. Les bienfaits sont indéniables. Par exemple, une personne ayant participé à un atelier équilibre a pu, grâce aux techniques apprises, se relever sans difficulté lors d'une chute. Certains participants ont retrouvé une joie de vivre communicative et des repères pour venir aux activités. Le CCAS a des retours très positifs de la part des familles ravies de voir leur(s) parent(s) sortir de leur isolement, voire de leur état dépressif.

Face à la demande, le CCAS met d'autres ateliers en place, toujours avec l'Arsept. Les ateliers nutrition et mémoire rencontrent un vif succès, et grâce au financement de la conférence des financeurs³ de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), un atelier carnet de vie, faisant partie du projet départemental Atout âge, vient de débiter avec un petit groupe d'anciens Beaumontois.

De même, avec le comité régional d'éducation physique et de gymnastique volontaire d'Auvergne, des cours adaptés aux seniors ou à des personnes atteintes de maladies chroniques (diabète, rémission de cancer, etc.) sont proposés et animés par des éducatrices expérimentées et formées spécifiquement. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie et l'estime de soi, de se réadapter à l'effort, de limiter les facteurs de risques et surtout de partager, d'échanger avec d'autres personnes et d'entretenir un lien social.

Si le public concerné par ces actions est essentiellement composé de retraités, sont également accueillis des jeunes en situation de handicap.

Des actions à l'initiative des usagers

Des petits groupes se sont constitués ; certains se retrouvent en dehors des ateliers, d'autres partagent des moments de convivialité autour d'un repas à thème mensuel, proposé par l'animatrice. Des activités intergénérationnelles avec les jeunes du centre d'accueil de loisirs permettent des échanges et des transmissions d'expérience. Désormais, les usagers de ces dispositifs sont force de proposition

L'ESSENTIEL

À Beaumont (Puy-de-Dôme), des ateliers prévention des chutes, mémoire, nutrition, activité physique et des activités intergénérationnelles partagées avec les plus jeunes permettent aux personnes âgées isolées de recréer du lien social, sous la houlette d'une animatrice en contrat aidé.

et lancent des idées en fonction de leurs goûts ; ainsi, un jardin partagé va être créé au printemps 2018, dans un quartier récemment aménagé.

Une dynamique que le CCAS cherche à reproduire dans d'autres quartiers avec l'ouverture d'une nouvelle salle, même s'il rencontre toujours cette difficulté à attirer un public. Pour mobiliser les Beaumontois, le CCAS, communique sur toutes les actions mises en place et les projets à venir par le biais des médias municipaux et par la distribution de flyers ; mais le meilleur support publicitaire reste encore le bouche-à-oreille. Cette année, de nouveaux usagers ont intégré des ateliers après avoir participé à la Semaine bleue, consacrée aux seniors. ■

1. Commune de 11 000 habitants, située dans le Puy-de-Dôme, Beaumont appartient notamment au Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

2. En ligne : <https://www.arsept-auvergne.fr>

3. Conférence des financeurs du Puy-de-Dôme, Programme départemental de prévention. Exercices 2016-2017, 12 septembre 2016, lire articles 3 à 5 issus de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement – ASV : p. 6-7. En ligne : http://www.puy-de-dome.fr/fileadmin/user_upload/CD63-2016-12-plan-prevention-logo.pdf

Aubagne : les aînés consultés sur le plan d'action municipal

Entretien avec Martine Coetto,

directrice du centre communal d'action sociale (CCAS) d'Aubagne.

La Santé en action : Quel dispositif avez-vous mis en place dans le cadre du Pôle Aubagne Seniors ?

Martine Coetto : Le Pôle, créé en 2008, est un lieu d'accueil en centre-ville pour tous les seniors aubagnais à partir de 60 ans, qu'ils soient actifs ou en perte d'autonomie. Il participe à la lutte contre l'isolement, au maintien du lien social, à la préservation du capital santé, à la prévention de la perte d'autonomie, à travers l'organisation de différentes activités. Ce lieu fonctionne avec des partenaires, comme l'association Entraide Solidarité 13 (ES 13) qui gère les clubs seniors animés par des bénévoles âgés et le Fil rouge Alzheimer qui accompagne les personnes souffrant de maladies neurodégénératives et leurs aidants, en organisant des ateliers cognitifs. En 2006, la ville a mis en place un atelier de prévention des chutes, localisé dans une maison de quartier ; ceci a été un élément déclencheur pour développer des ateliers de gymnastique douce les années suivantes. Aujourd'hui, une dizaine de cours de gym sont proposés toute l'année, sauf en juillet et août, dans les maisons de quartier qui mettent leurs locaux à disposition. Ils permettent aux personnes âgées de renouer avec une activité physique régulière ; au-delà d'un rôle de prévention des troubles musculaires ou cardiovasculaires, ces ateliers favorisent les rencontres et peuvent inciter à participer à d'autres activités, notamment socioculturelles.



© Cécile Vellian

S. A. : Comment avez-vous identifié les attentes des seniors ?

M. C. : Nous avons mené, en 2013, une enquête auprès des personnes âgées, avec l'aide de différents partenaires – le Réseau Aubagne isolément ; les petits frères des Pauvres ; l'Accueil et aide aux personnes âgées (Aclap), dont les bénévoles, majoritairement des femmes, proposent des visites de convivialité aux seniors isolés. 145 questionnaires ont été récoltés, qui nous ont permis

de mieux comprendre leurs besoins. Un certain nombre exprimait une réticence à sortir seul, un manque d'autonomie ne permettant pas de prendre par exemple les transports en commun. C'est ce qui nous a conduits à lancer le dispositif « Seniors en mouvement » en 2015, qui propose un service de transport personnalisé à ceux qui éprouvent des difficultés à se déplacer. Sur réservation, le minibus adapté (marchepied, climatisation) prend en charge les personnes

L'ESSENTIEL

► À Aubagne, les personnes âgées ont été consultées sur leurs attentes et leurs besoins, en amont de l'élaboration d'une politique et d'un plan d'action municipal pour les seniors.

► Nombre d'âinés ont en particulier pointé leurs difficultés à se déplacer. La commune a donc mis en service un minibus adapté.

► Une équipe municipale de cinq professionnels dont une infirmière, épaulée par le facteur, lance en 2018 un plan de prévention pour repérer les personnes les plus isolées ; il leur sera proposé, entre autres, des sorties pour rétablir des liens sociaux de proximité.

à leur domicile, pour les emmener vers des destinations préétablies selon un agenda : lundi matin, vers la zone commerciale ; mardi matin, vers le marché de Provence ; mardi après-midi, vers les maisons de quartier qui organisent des animations ; etc. Tous les participants sont appelés la veille du déplacement réservé. Le minibus permet également de se rendre aux ateliers de gymnastique douce et, le vendredi soir, d'aller au théâtre, au cinéma ou au restaurant. 200 personnes sont inscrites et, en 2017, elles ont effectué plus de 900 trajets – dont le coût unitaire est de un euro. Pour améliorer le dispositif, nous avons mis en place, depuis octobre 2016, un accompagnement par un agent d'accueil du Pôle seniors, sur certaines tournées du minibus, puis à plein temps depuis mars 2017. L'agent tient un rôle important d'information et d'orientation sur les activités et les possibilités offertes par la ville ; il se fait aussi le porte-parole des besoins des personnes âgées, qu'il fait remonter vers l'équipe municipale. Aujourd'hui, des réflexions sont en cours pour favoriser une plus grande mixité sociale, de classes d'âge et de zones géographiques.

S. A. : **Les personnes âgées ont-elles besoin d'être accompagnées pour participer à des activités ?**

M. C. : C'est effectivement, à nos yeux, un élément indispensable pour la participation des personnes âgées

à la vie de la cité. En 2017, nous avons ainsi créé, en partenariat avec le centre d'art Les Pénitents noirs, des parcours culturels privilégiés, liés aux expositions en cours, avec un transport organisé, des horaires adaptés et des activités spécifiques. Ainsi, durant l'été 2017, l'exposition sur les œuvres de céramistes catalans a été abordée en trois temps : un atelier création avec de l'argile dans une résidence autonomie, une visite guidée et commentée de l'exposition, suivie d'un rafraîchissement et d'une découverte des savoir-faire d'une grande poterie locale. Cette première expérience a été un succès, avec une quinzaine de participants ravis et... volontaires pour un autre parcours. C'est pourquoi nous avons reconduit à compter de janvier 2018 ce principe d'événement culturel dédié aux seniors, en trois étapes, cette fois autour de l'exposition du plasticien Laurent Corvaisier, avec un atelier découpage et collage à la façon de l'artiste, animé par une médiatrice culturelle.

S. A. : **Comment faire participer les personnes âgées les plus éloignées ou isolées ?**

M. C. : Nous avons voulu d'abord aller plus loin dans la connaissance de l'isolement des personnes âgées sur le territoire communal. Une mission a été réalisée en 2016, par deux jeunes en service civique, qui ont rencontré 45 seniors sur deux quartiers-tests différents, l'un étant une zone urbaine densément peuplée, l'autre ayant un profil plus rural avec un habitat diffus. De nombreux freins contribuent au repli sur soi des personnes âgées : difficulté à se déplacer, peur de l'autre, sentiment d'insécurité et aussi un manque d'optimisme et de perspective de vie. Pour prévenir la perte d'autonomie et l'isolement, en 2017, nous avons lancé une initiative avec le service de maintien à domicile du CCAS : une équipe pluridisciplinaire de cinq agents a été créée – deux agents de veille, une aide-soignante, une infirmière et une coordinatrice – pour proposer un plan individualisé de prévention¹, destiné à stimuler les personnes isolées. Dans ce cadre, le centre local d'information et de

coordination (Clic) a souhaité réaliser une mini-enquête préliminaire auprès de résidents de deux quartiers de la ville, grâce à une convention avec La Poste. Un courrier leur a été envoyé, les informant du passage du facteur à une date précise au cours du premier trimestre 2018, pour leur poser trois questions nous permettant de repérer des « clignotants rouges » de l'isolement. Ils ont bien sûr toute liberté de ne pas répondre.

S. A. : **Une fois ces personnes isolées repérées, qu'allez-vous leur proposer ?**

M. C. : En fonction des réponses, toute personne répondant à des critères d'isolement sera contactée en vue d'un entretien pour établir un diagnostic personnalisé et proposer des solutions adaptées, par cercles concentriques en fonction de ses possibilités – le domicile, le quartier, la ville, le monde extérieur. Chez soi, cela peut être prendre mieux soin de sa santé, par un meilleur équilibre nutritionnel ; dans le quartier, des sorties pour rétablir des liens sociaux de proximité ; dans la ville, la participation à un événement qui permet d'élargir son cercle social. Enfin, cela peut être l'organisation d'un voyage pour aller voir de la famille qui est loin. L'équipe pluridisciplinaire a pour mission d'établir une relation de confiance avec la personne et de proposer un accompagnement pendant trois mois, et ainsi poser les bases d'une intervention spécifique – transports, sorties culturelles, loisirs, visites de convivialité, aide aux démarches, dispositif de maintien à domicile, etc. Et ce en partenariat avec l'Aclap et les petits frères des Pauvres, qui prolongeront cet accompagnement dans la durée, avec leurs bénévoles. Des points sur l'évolution de chaque situation sont ensuite prévus régulièrement pour voir si les mesures préconisées sont toujours en phase avec les besoins exprimés par la personne âgée. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. Ce plan d'action relatif à l'isolement des seniors est le fruit de la convergence des politiques municipales consacrées à la santé, à la solidarité et aux seniors avec la délégation de trois élus : M. Salem, Mmes Amarantinis et Tric.

« Nous sommes associés à l'élaboration de la politique locale »

Entretien avec René Pavageau,
69 ans, représentant des retraités,
conseil départemental-métropolitain
de la citoyenneté
et de l'autonomie (CDMCA)
de Loire-Atlantique.

La Santé en action : Pourquoi vous êtes-vous engagé comme porte-parole des aînés ?

René Pavageau : Directeur d'école, j'ai pu m'engager à défendre des causes. D'autres éléments m'y ont également incité : ma situation de retraité, le fait que mon épouse et moi-même nous sommes retrouvés en situation d'aidants pour plusieurs de nos proches. De plus, nous avons un fils en situation de handicap, terrain propice à ce type d'engagement. Donc à la retraite, je me suis engagé au sein du comité départemental des retraités et personnes âgées (Coderpa) puis du conseil départemental-métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie (CDMCA) de la Loire-Atlantique – instance qui œuvre auprès du conseil départemental. J'ai aussi été désigné par cet organisme pour le représenter au sein de la conférence régionale pour la santé et l'autonomie (CRSA) des Pays-de-la-Loire.

En Loire-Atlantique, le conseil départemental et l'agence régionale de santé (ARS) jouent le jeu de la participation, nos instances sont consultées, écoutées avec intérêt et respect. Au sein du Coderpa, nous avons répertorié les attentes et les besoins des aînés pour être leur porte-parole *via* nos propositions. Nous avons, avec satisfaction, retrouvé la totalité de nos propositions faites aux élus du conseil départemental dans le schéma gérontologique adopté par le département de Loire-Atlantique. Cela va se traduire concrètement dans les budgets et les actions ; en quelque sorte, nous sommes associés à l'élaboration de la politique locale.

S. A. : Concrètement, quelles avancées avez-vous obtenues ?

R. P. : Les élus nous ont demandé de formuler un avis sur le budget du département concernant les personnes âgées. Nous l'avons

fait avec un regard critique, pointant les éléments positifs et également les manques. Nous avons attiré leur attention sur la situation des personnels et des usagers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le département a pris en compte notre requête ; il a organisé des réunions avec l'ARS, cofinanceur, puis une enveloppe de 400 000 euros a été ajoutée au budget afin de mieux répondre aux attentes des Ehpad. Autre exemple : pour le maintien à domicile nous avons demandé au département d'être vigilant quant à la qualité des prestations offertes ; un audit a été effectué, un guide des bonnes pratiques a été réalisé et une évaluation des organismes qui interviennent à domicile a été lancée. Troisième exemple : nous avons été consultés par le conseil départemental sur un système de télésurveillance et d'assistance – un des gros problèmes qui se posent chez les personnes âgées est celui de la chute au domicile et de ses conséquences. Le conseil départemental a décidé la mise en place de ce service avec un boîtier que la personne porte sur elle ; en cas de problème, les membres de sa famille sont prévenus. Nous avons fait valoir l'obstacle du coût pour les retraités disposant de moyens très limités, le tarif social du système était de 10 euros par mois, contre 20 euros pour le tarif normal ; à ce tarif, nous avons obtenu en sus l'adjonction d'un détecteur de fumée. En option, à titre expérimental, une formule sera proposée dans le courant de l'année, offrant des conversations téléphoniques, pour rompre l'isolement de certains aînés qui n'ont – entre autres – pas d'enfants près de chez eux.

S. A. : Comment êtes-vous perçus dans ces instances ?

R. P. : Dans plusieurs instances, nous avons dans un premier temps été perçus comme une « obligation réglementaire » : il fallait recueillir l'avis des personnes âgées. Peu à peu, peut-être de par l'opiniâtreté de notre engagement, notre légitimité de parties prenantes a été reconnue, nous avons souligné que nous ne souhaitions pas être une simple chambre d'enregistrement, que nous voulions réellement participer. Dans les cas

où nous n'étions pas compétents en matière de santé, nous avons demandé à être formés afin, ensuite, de pouvoir formuler un avis fondé. Résultat : nous sommes, sur le volet des personnes âgées, coproducteurs du plan régional de santé dans les Pays-de-la-Loire avec le CRSA qui tient la plume. Au conseil départemental, nous avons été invités à la conférence des financeurs, au départ en tant qu'observateurs ; à l'issue d'une année de fonctionnement, nous constatons que la conférence sollicite systématiquement notre avis. Ce ne sont donc pas seulement des paroles : nous sommes attendus sur la façon dont les décisions des élus sont ressenties.

S. A. : Que faire en priorité pour que la participation des personnes âgées soit une réalité ?

R. P. : À l'échelon d'une commune, avant toute décision d'élus, quel que soit le thème relatif à la vie des seniors et bien au-delà, il conviendrait qu'un avis collectif soit rendu par une sorte de conseil des sages ou des aînés ou un conseil mixte qui associerait jeunes, moins jeunes et retraités. Qu'ils donnent un avis avant que la décision des élus soit prise. À l'image de l'avis que nous donnons au conseil départemental sur son budget avant qu'il ne soit voté. ■

Propos recueillis par Yves Géry,
rédacteur en chef.

Dossier
Promouvoir la participation sociale des personnes âgées

Conseils de la vie sociale en résidence autonomie : « Suggérer des améliorations possibles »

Entretien avec

Monique Saint-Jean,
78 ans, résidente,
maison d'accueil rural
pour personnes âgées (Marpa)
de Rozay-en-Brie (Seine-et-Marne).

comme représentante des familles. Cela m'intéressait d'être tenue au courant du fonctionnement de la résidence et des projets à venir, qui concernent notre vie quotidienne. C'est aussi un lieu où nous pouvons prendre la parole pour signaler des choses qui ne vont pas bien et suggérer des améliorations possibles.

La Santé en action : Pour quelles raisons êtes-vous devenue membre du conseil de la vie sociale de la résidence autonomie ?

Monique Saint-Jean : Je m'y suis impliquée dès mon arrivée dans la résidence avec mon mari, en 2011. Le conseil se réunit trois fois par an, et ma fille est également présente,

S. A. : Quelles avancées concrètes avez-vous pu obtenir en vous exprimant au sein du conseil ?

M. S.-J. : Nous avons fait remonter un problème concernant les repas qui sont cuisinés sur place par les employés de la résidence. Les trois quarts du temps, nos

assiettes arrivaient pratiquement froides dans la salle à manger, où nous sommes vingt-six personnes à être servies. Nous avons demandé s'il était possible de mieux s'organiser pour que nous puissions manger chaud. La cuisine a donc été équipée avec des plats spéciaux maintenant la chaleur des aliments, et par exemple lorsqu'il y a des steaks hachés au menu, ces derniers sont servis au fur et à mesure de leur cuisson. C'est vraiment un progrès appréciable pour nous. Par ailleurs, lors des travaux de réfection de la salle à manger, nous avons donné notre avis sur les couleurs dans lesquelles elle serait repeinte, du gris très clair avec un pan de mur rouge, qui changent du blanc cassé. Cela sera aussi le cas pour la prochaine rénovation des couloirs. Nous avons également insisté pour que le jardin, qui était à l'abandon faute de personnel, soit de nouveau entretenu.

S. A. : Vos demandes sont-elles toujours entendues ?

M. S.-J. : Il n'est pas toujours évident de réclamer ; cela n'est pas forcément suivi d'effet dans l'immédiat. Par exemple, nous trouvions que le programme des animations n'était pas très fourni. Mais il a fallu du temps pour que l'octroi d'une subvention permette d'affecter une personne à l'animation d'un atelier de décoration, qui a lieu les mardis et vendredis pendant une heure trente, où nous réalisons de très belles choses ; c'est vraiment un plaisir. Je pense évoquer dans un prochain conseil la question de l'accès à Internet, même si nous ne sommes que deux ou trois résidents à posséder un ordinateur. Ma fille m'y encourage, car je pourrais m'en servir pour autre chose que la rédaction de mon courrier et ainsi recevoir par mail des photos de mes petits-enfants. Et cela pourrait être utile à d'autres, plus tard. Être associés au fonctionnement de la résidence est utile, car nous obtenons globalement satisfaction et nous sommes informés sur des points précis qu'autrement nous ne connaîtrions pas. Nous n'avons donc pas le sentiment d'être exclus ; notre point de vue est reconnu. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérueil,
journaliste.



« Bousculer les préjugés de la société sur les personnes âgées »

Entretien avec Pierre Cadieu,
90 ans, résident,
maison de retraite Saint-Cyr
(Rennes, 35),
participant à l'émission *Planète Séniors*,
réalisée en partenariat avec TVR
Rennes 35 (diffusion TNT).



© Cécile Veillon

La Santé en action : Collaborateur régulier de l'émission *Planète Séniors*, pourquoi vous êtes-vous engagé dans cette aventure audiovisuelle ?

Pierre Cadieu : L'émission est réalisée par les résidents volontaires de six maisons de retraite de la ville et une de milieu rural, avec les animateurs qui en sont à l'initiative et avec les journalistes-cameramen de la chaîne qui nous accompagnent pour l'aspect technique. C'est donc l'occasion de rencontrer d'autres résidents et de tisser des liens avec eux, qui vont au-delà du projet, puisque nous nous retrouvons pour déjeuner ou pour participer à d'autres activités.

Le programme est intéressant, parce que ce ne sont pas des seniors qui parlent aux seniors de problèmes de personnes âgées. Il est réalisé par des seniors qui vivent dans le monde d'aujourd'hui et qui s'y intéressent. Par exemple, l'une des dernières émissions que nous avons réalisées était consacrée à l'agriculture de demain. Nous avons rencontré un jeune agriculteur dont la femme exerce une autre profession. Il a beaucoup innové, ce qui rend sa pratique très différente de

celle de son père, lui aussi agriculteur. C'est cette évolution que nous avons questionnée.

S. A. : Que vous apporte personnellement la coopération à ce type de projet ?

P. C. : En général, les sujets sont proposés par les animateurs, et nous débattons ensuite de leur intérêt. Nous réalisons les interviews, nous nous déplaçons beaucoup sur le terrain. Récemment, nous avons abordé la question du numérique en nous rendant dans une école pour voir comment les enfants apprenaient avec les nouvelles technologies. J'étais instituteur, et cela fut une grande surprise de voir à quel point les choses avaient changé. Nous avons raconté à notre tour aux élèves comment l'enseignement était organisé à l'école à notre époque, et cet échange d'expériences a été enrichissant pour nous tous. Je dirais que cette émission est une cure de rajeunissement ! Elle nous maintient dans la vie réelle, parce qu'elle nous conduit à traiter les grandes questions d'actualité qui concernent tout le monde. Nous abordons des sujets très divers, comme la loi sur le mariage pour tous, les migrants, la loi créant des droits nouveaux

pour les personnes en fin de vie, l'apprentissage, etc. Et nous apprenons beaucoup de choses, parfois surprenantes.

S. A. : Pensez-vous que l'émission contribue à légitimer l'intérêt de la participation sociale des personnes âgées ?

P. C. : Avec *Planète Séniors*, nous démontrons que nous sommes capables d'avoir une activité. Nous ne sommes pas des vieux en train de moisir en maison de retraite, une charge pour la collectivité. Nous avons envie de vivre comme tout le monde, de participer ! Les témoignages des personnes qui regardent l'émission sont rassurants et réconfortants. Ils se disent surpris par le travail que nous effectuons, sa qualité et sa modernité. Et cet étonnement qui s'exprime montre que cela peut corriger le regard qu'elles portent sur le grand âge et donc bousculer les préjugés de la société sur les personnes âgées, y compris celles et ceux qui résident en maison de retraite. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

Dossier
Promouvoir la participation sociale des personnes âgées

Conseil des aînés (Lille) :

« Les personnes âgées portent des idées et des envies »

Entretien avec

Dominique Lebas-Kaszynski,
70 ans, membre d'honneur
du Conseil lillois des aînés (Lille).

La Santé en action : Qu'est-ce qui vous a incité à intégrer le Conseil des aînés de la ville de Lille ?

Dominique Lebas-Kaszynski : Je fais partie du conseil lillois des aînés depuis sa création fin 2009, et j'ai effectué deux mandats de trois ans au sein de la commission Adaptation de l'environnement et des services publics, avant de devenir membre d'honneur. Au départ, les personnes de plus de 60 ans ont reçu un courrier les informant de la future mise en place du conseil et leur proposant d'y participer. Il fallait écrire une lettre de motivation.

Comme j'étais urbaniste, j'avais envie de continuer à travailler sur l'aménagement de l'espace urbain et de donner mon avis sur les futurs projets. Ma carrière s'étant déroulée loin de Lille, je voulais aussi me réapproprier la ville et ses habitants. Le conseil est un lieu enrichissant, car il rassemble des personnes représentant la diversité des quartiers, qui sont d'origines sociale et professionnelle très différentes et qui apportent aussi des savoir-faire différents. En commission, où se retrouve une vingtaine de membres, il nous a fallu, au début, passer par une phase d'apprentissage de la vie et du travail en commun.

S. A. : Quelles avancées concrètes avez-vous obtenues ?

D. L.-K. : Nous avons tout d'abord travaillé sur la mobilité, partant du constat que de moins en moins d'informations étaient accessibles aux personnes maîtrisant peu ou mal les outils de communication digitaux, dont les personnes âgées. De nombreux guichets étant désormais fermés, il nous a semblé nécessaire de proposer aux habitants et aux gens de passage un memento imprimé, avec des renseignements de base et des numéros de téléphone pour accéder facilement aux informations concernant

tous les modes de déplacement de la métropole (tramway, métro, taxi, vélo en libre-service, vélo-taxi, transport pour personnes à mobilité réduite, etc.). Aujourd'hui, le guide pratique des transports intitulé *Lillois d'un jour, Lillois toujours* est largement diffusé dans plusieurs endroits stratégiques de la ville.

S. A. : Avez-vous travaillé sur l'habitat intergénérationnel ?

D. L.-K. : La deuxième mandature a effectivement été consacrée à l'élaboration d'un cahier des charges de l'habitat intergénérationnel et solidaire. Il rassemble des propositions sur ce que pourrait être un habitat adapté dans une ville comptant une population aux revenus modestes, si ce n'est pauvre : la centralité, l'accessibilité, le bien vivre ensemble, des logements modulables avec des espaces communs, des casiers, etc. Ce cahier des charges a été porté par Marie-Christine Staniec-Wavrant, adjointe déléguée aux personnes âgées, auprès des offices HLM de la ville et des organismes constructeurs ; il est désormais intégré aux appels d'offres. Deux chantiers sont aujourd'hui en construction, qui prennent en compte certaines de nos préconisations. Nous n'avons pas la prétention de penser que c'est seulement l'effet de notre travail de réflexion, mais celui-ci a joué un rôle.

S. A. : Les seniors sont-ils suffisamment associés aux décisions qui les concernent ?

D. L.-K. : Il ne faut effectivement pas se leurrer sur le degré de participation sociale des seniors. Mais je dirais qu'aujourd'hui il y a une introduction du regard des personnes âgées dans des domaines variés : de l'urbanisme à la solidarité, en passant par la culture ou le sport. Elles portent des idées et des envies, et de ce fait, les projets s'enrichissent et deviennent plus subtils. Par exemple, dans les ateliers de travail sur l'aménagement urbain, organisés dans le cadre de la démocratie participative, nous donnons de la voix et nous défendons les propositions de notre cahier des charges. Un des problèmes auxquels nous nous heurtons,

c'est la communication auprès des personnes âgées, nous le constatons dans le cadre de la candidature de Lille, comme Ville amie des aînés. Les nouvelles technologies laissent une partie des seniors de côté. Pour les faire davantage participer, il faudrait élargir la palette des moyens d'information : forums, journaux, implication du tissu associatif ou autre... ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

En Allemagne : « Nous avons adapté l'offre des clubs sportifs aux personnes âgées. »

Entretien avec

Ute Blessing-Kapelke,

responsable adjointe de l'unité Égalité des chances et diversité,

et Heike Kübler,

responsable adjointe de l'unité Sport et intégration,

Confédération olympique et sportive

allemande (Deutscher Olympischer Sportbund).

La Santé en action : Comment ce programme de promotion de l'activité physique auprès des personnes âgées a-t-il été mis en place ?

Ute Blessing-Kapelke et Heike Kübler : Dans les années 1990, la Deutscher Olympischer Sportbund – DOSB (Confédération olympique et sportive allemande) a dû relever un défi de taille : promouvoir le sport et l'activité physique auprès des personnes âgées, dont le nombre ne cesse d'augmenter. La confédération et ses organismes membres ont ainsi adopté pour la première fois, en 1997, une politique du sport pour les seniors, définissant notamment un cadre afin d'adapter l'offre des clubs sportifs aux personnes âgées. Suite à cette initiative, le nombre d'adhérents de plus de 60 ans a clairement progressé au sein des plus de 90 000 clubs sportifs allemands : ils étaient 1,3 million en 1990, ils sont aujourd'hui 4,4 millions. La promotion du sport pour les seniors figure d'ailleurs parmi les missions à long terme des associations sportives à but non lucratif.

S. A. : Comment prendre en compte la diversité des états de santé ?

U. B-K. et H. K. : Les personnes âgées, ayant des besoins très différents

en matière de sport et d'activité physique, sont réparties en trois groupes-cibles : les seniors, les retraités et les personnes très âgées. La structure de l'offre doit ainsi s'adapter aux motivations, à l'expérience et aux attentes de ces différents groupes, ainsi qu'à l'intensité et au type de sport précédemment pratiqué. La coopération avec des organisations de seniors ou de santé peut permettre d'attirer les personnes âgées qui s'intéressent peu au sport. De plus, la convivialité des clubs sportifs est particulièrement importante pour les personnes âgées : ils deviennent des lieux de rencontre pour toutes les générations et aident à lutter contre l'isolement.

Les seniors sont aussi invités à apporter leurs compétences et à assumer des responsabilités ; ainsi, les bénévoles âgés jouent un rôle crucial dans les clubs sportifs allemands¹. Nous avons adapté l'offre des clubs sportifs aux personnes âgées. Au départ, l'accent a été mis sur le développement des offres et des structures, pour que par la suite, des projets concernent concrètement des groupes-cibles spécifiques, tels que les personnes âgées issues de l'immigration, les personnes très âgées ou les personnes souffrant de démence.

S. A. : Quelles ont été les premières actions concrètes mises en œuvre dans l'esprit de ce programme ?

U. B-K. et H. K. : Les premières années, le plus difficile a été de développer les offres et les structures pour proposer une offre locale aussi bien quantitative que qualitative.

L'ESSENTIEL

▣ Le comité olympique allemand développe le sport pour les personnes âgées au sein des clubs sportifs.

▣ De plus, il ouvre les clubs et les associations à un nouveau groupe-cible : les personnes âgées issues de l'immigration.

▣ Le nombre d'adhérents de plus de 60 ans au sein des clubs sportifs allemands est passé de 1,3 million, en 1990, à 4,4 millions aujourd'hui.

Avec l'aide de la DOSB, des exemples de bonnes pratiques ont été établis, des instructeurs ont été formés et de nouvelles voies d'accès ont été testées. Entre 2003 et 2012, le ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ) a d'ailleurs soutenu plusieurs projets, comme « En pleine forme à partir de 50 ans » et « Le réseau sportif des plus de 50 ans² », qui, avec l'aide d'organismes membres sélectionnés, ont permis de définir des axes prioritaires, repris dans un plan d'action.

S. A. : Pouvez-vous nous en dire plus sur ces projets spécifiques ?

U. B-K. et H. K. : Le projet « En pleine forme à partir de 50 ans » a notamment permis de tester de nouvelles approches pour inciter les personnes âgées à être plus actives. Douze critères ont été élaborés pour caractériser une offre adaptée aux

personnes âgées, notamment : un discours et une prise en charge adaptés, la convivialité, des salles de sport et des modèles d'adhésion spécifiques, la prise en compte des besoins différents des femmes et des hommes en matière d'activités sportives... Les résultats du projet ont été discutés lors de réunions, et plusieurs associations ont organisé des sessions de formation pour leurs instructeurs et leurs formateurs. De plus, le plan d'action a été largement diffusé.

Le projet « Le réseau sportif des plus de 50 ans » a porté en particulier sur la coopération avec des partenaires du secteur des associations caritatives et avec des organisations de seniors ou de santé. Cela a permis d'atteindre de nouveaux groupes-cibles qui ne se seraient pas tournés d'eux-mêmes vers les clubs sportifs.

Et enfin, en 2015, dans le cadre du projet « Actif et en pleine forme³ », de nouvelles offres et un nouveau discours ont été élaborés pour les groupes-cibles qui n'avaient pas encore été atteints, comme les personnes très âgées, les aidants familiaux et les salariés.

S. A. : *Quelle stratégie avez-vous mise en œuvre pour atteindre les personnes issues de l'immigration ?*

U. B-K. et H. K. : Toujours dans le cadre du projet « Le réseau sportif des plus de 50 ans », l'accent a été mis plus particulièrement sur les personnes âgées issues de l'immigration avec le projet « Sport pour les personnes issues de l'immigration »⁴. Une coopération active avec des associations culturelles a été engagée afin de promouvoir l'offre des clubs sportifs auprès de ces personnes. Elle s'est appuyée sur les enseignements tirés du programme confédéral « L'intégration par le sport » (lancé en 1989), montrant que le sport et l'activité physique pouvaient être un vecteur d'intégration efficace pour les personnes issues de l'immigration, en particulier les familles. À l'échelle nationale, plus de 1 000 clubs proposent des offres de ce type.

Cependant, Une difficulté est clairement apparue : celle d'atteindre les personnes âgées issues de l'immigration, qui vivent depuis longtemps en Allemagne et qui n'ont pas encore

trouvé leur place dans les clubs. Un pas supplémentaire a été franchi entre 2013 et 2016 avec l'initiative « Pour les immigrants qui se sont établis⁵ ». Dans ce cadre, cinq organismes membres ont sensibilisé les clubs à ce groupe-cible et ont testé différentes mesures. Les enseignements de ce projet ont été présentés dans une brochure.

S. A. : *Comment convaincre les seniors issus de l'immigration de participer aux activités des clubs sportifs ?*

U. B-K. et H. K. : Il n'est pas facile d'inciter les personnes âgées issues de l'immigration à s'investir dans des clubs, si elles n'ont pas fait de sport depuis longtemps ou si elles ne connaissent pas les structures sportives. Il faut aller chercher ce groupe-cible dans son environnement, afin de limiter autant que possible les obstacles. Pour cela, il est utile que les clubs sportifs s'associent à des organismes d'aide aux migrants ou à des associations culturelles. L'offre en matière de sport et d'activité doit être adaptée aux besoins du groupe-cible. Ainsi, les mesures suivantes se sont révélées particulièrement efficaces :

- la désignation de parrains et marraines qui font office d'intermédiaires entre les clubs sportifs et les participants potentiels ;
- la mise en place d'un cadre attractif permettant à des personnes de milieux culturels différents de participer (par exemple, avec des plages horaires réservées aux femmes dans les piscines ou la promotion de musiques ou de sports venant des pays d'origine des personnes issues de l'immigration) ;
- l'ancrage structurel du travail d'intégration au sein du club de sport, par exemple avec la nomination d'un chargé d'intégration ;
- la formation d'instructeurs interculturels ;
- le rôle d'ambassadeur que jouent les participants en invitant leurs amis, voisins et proches ;
- une offre culturelle complémentaire et des événements conviviaux réguliers ;
- l'intégration d'un cours d'allemand à l'offre sportive ;

- l'implication dans des activités bénévoles de personnes issues de l'immigration (qui participent par exemple au conseil de l'association ou assument les fonctions d'instructeur).

S. A. : *Cette politique d'intégration sociale des personnes âgées par le sport est-elle pérenne ?*

U. B-K. et H. K. : Le programme « L'intégration par le sport⁶ » va se poursuivre, en mettant l'accent sur le groupe-cible des personnes âgées issues de l'immigration. Il fera également à l'avenir l'objet d'un suivi scientifique. Fondamentalement, on peut affirmer que les clubs sportifs ont besoin de ressources financières et humaines pour mener à bien cette mission d'ordre social. L'intégration relève notamment d'un positionnement, et cette question doit être abordée dans chaque club sportif.

Propos recueillis par Dagmar Soleymani, chargée d'études scientifiques, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

1. En 2016, le travail associatif des seniors (promotion de l'engagement et gestion des bénévoles) a été expérimenté dans le cadre du projet « Promouvoir le bénévolat dans le sport » (Attraktives Ehrenamt im Sport). Cette initiative a permis de formuler des recommandations. En ligne : <http://www.ehrenamt-im-sport.de/de/ehrenamt-im-sport/projekt-attraktives-ehrenamt-im-sport/>

2. Respectivement « Richtig fit ab 50, 2003-2006 » et « Bewegungsnetzwerk 50 plus, 2009-2012 ». En ligne : www.richtigfit-ab50.de

3. « AUF (Aktiv Und Fit) Leben ».

4. Sport für Menschen mit Migrationshintergrund.

5. « Zugewandert und geliebt (ZUG) ».

6. <https://integration.dosb.de/>

Afin de compléter ce dossier central consacré à la participation sociale des personnes âgées autonomes et vivant à domicile, ce « Pour en savoir plus » réunit un ensemble de références incluant des rapports et des enquêtes, ainsi que plusieurs rubriques autour de la population des personnes âgées et des questions du vieillissement, de la citoyenneté et du bénévolat, de l'impact de la participation sociale sur la santé et de la spécificité des populations immigrées. Ce document inclut une liste de sites Internet qui traitent de la participation sociale et du vieillissement, ainsi que des références destinées aux professionnels de santé.

Manon Jeuland,
documentaliste,
direction de la documentation,
Santé publique France.

RAPPORTS ET ENQUÊTES

• Boutet A., Mauvoisin M., Commissariat général à l'égalité des territoires. *L'action des bourgs face à l'enjeu du vieillissement de la population : Analyse de 25 dossiers de candidature au programme national de revitalisation des centres-bourgs*. Saint-Denis : CGET, 2017 : 17 p. En ligne : <http://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/etude-centres-bourgs-veillissement-cget-2017.pdf>

• Brunel M., Carrère A. Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014. Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014. *Les Dossiers de la Drees*, 2017, n° 13 : 44 p. En ligne : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd13.pdf>

• Les petits frères des Pauvres, CSA. *La Solitude et l'isolement chez les personnes de 60 ans et plus*. Paris : Les petits frères des Pauvres, 2017 : 23 p. En ligne : <http://www.calameo.com/read/002357749ac7e54978406>

• Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève : OMS, 2016 : 279 p. En ligne : http://www.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf?ua=1

• Aquino J.-P. *Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie*. Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015 : 204 p. En ligne : https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/2015-plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

• Thierry D., France Bénévolat. *L'Engagement bénévole des seniors : une implication réfléchie !* Paris : France Bénévolat, 2015 : 31 p. En ligne : <https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/uploads/documents/6e927d7ee5fee0467c9194042e6ca7da8f288340.pdf>

• Sévigny A., Tourigny A., Fortier M., Frappier A., Carmichael P.-H. *Habitats, milieux de vie et participation sociale des aînés : constats et perspectives*. Québec : municipalité régionale de comté (MRC) de La Côte-de-Beaupré. Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'université Laval, 2014 : 115 p. En ligne : http://www.mrccotedebeaupre.com/documents/mrc_cote-de-beaupre_portraitaines_000.pdf

• Galdemar V., Gilles L. *Étude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées*. Paris : Crédoc, 2013 : 54 p. En ligne : http://www.credoc.fr/pdf/Sou/EtudeCREDOC-CombattreLaSolitude_RapportTransversal.pdf

• Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Domaines et approches*. Malakoff : Armand Colin, coll. 128 : sociologie, 2012 : 128 p.

BIBLIOGRAPHIE

LA POPULATION DES PERSONNES ÂGÉES

• Béraud C. Rôle des soins et de la santé publique dans la prévention des atteintes à la santé et à la solidarité. *Les Tribunes de la santé*, 2017, n° 56 : p. 63-69.

• Blanchet M., Sanchez J.-L., Pihet C. *Atlas des seniors et du grand âge en France : 100 cartes et graphiques pour analyser et comprendre*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2017 : 118 p.

• Guérain C., Amyot J.-J., Dury I., Portier J.-J. *Le vieillissement au cœur des politiques publiques. Méthodologie pour une approche transversale*. Voiron : Territorial éditions, 2016 : 82 p.

• Humbert C. La représentation du vieillissement dans la société. *Vie sociale*, 2016, vol. 15, n° 3 : p. 27-44.

• Raymond É., Grenier A., Lacroix N. La participation dans les politiques du vieillissement au Québec : discours de mise à l'écart pour les aînés ayant des incapacités ? *Développement humain, handicap et changement social*, 2016, vol. 22, n° 1 : p. 5-21.

- Sirven N., Bourgueil Y. *La prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives*. Actes du séminaire des 6 et 7 mars 2014, organisé à Paris par le Laboratoire interdisciplinaire de recherche en économie de la santé – Liraes (EA4470), université Paris-Descartes, en partenariat avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Paris : Irdes, coll. Les rapports de l'Irdes, n° 563, 2016 : 113 p. *En ligne* : <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf>
- Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Malakoff : Armand Colin, coll. 128 : sociologie, 2015 : 132 p.
- Hummel C., Mallon I., Caradec V. *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2014 : 408 p.
- Blain H., Jeger F. *Vieillessement actif : le point de vue d'un gériatre*. *Retraite et Société*, 2013, n° 65 : p. 123-130.
- Sirven N. *Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE*. Document de travail n° 52. Paris : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), 2013 : 31 p. *En ligne* : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Documents/DeTravail/DT52bisDeterminantsFragilite.pdf>
- Desplanques G. *Vieillessement démographique et territoires : les personnes âgées à travers la France, aujourd'hui et à 2040*. *Territoires 2040*, 2012, n° 5 : p. 11-25.
- Bickel J.-F., Girardin K. *De l'impact de la fragilité sur la vie quotidienne : changements et continuité des activités et du bien-être dans le grand âge*. *Gérontologie et Société*, 2004, n° 109 : p. 63-82.
- Raymond É., Sévigny A., Tourigny A. *La participation sociale : bonne pour la santé des aînés, mais non exempte d'inégalités*. *La Santé de l'homme. Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés*, 2011, n° 411 : p. 25-27.
- De Mets J., Vassart C. *Une société pour tous les âges. Le défi des relations intergénérationnelles*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2008 : 120 p. *En ligne* : https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/aisbl-generations/documents/DocPart_Etud_FondationRoiBaudouin.pdf
- Farrell G. *Élaborer des indicateurs de progrès dans le bien-être avec la participation des citoyens : une proposition du Conseil de l'Europe*. *L'Observatoire*, 2008, n° 60 : p. 38-43.
- CITOYENNETÉ ET ENGAGEMENT BÉNÉVOLE**
 - Burricand C., Gleizes F. *Trente ans de vie associative. Une participation stable mais davantage féminine*. *Insee Première*, 2016, n° 1580 : 4 p. *En ligne* : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1908144/ip1580.pdf>
 - Labit A. *Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir*. *Gérontologie et Société*, 2016, vol. 38, n°149 : p. 141-154.
 - Viriot-Durandal J.-P., Scheider M. *La démarche Villes et communautés amies des aînés. Quand vieillir devient un enjeu international pour les sociétés contemporaines*. *Vie sociale*, 2016, vol. 16, n° 4 : p. 177-194.
 - Viriot-Durandal J.-P., Raymond É., Moulart T., Michèle C. *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés. Pour une perspective internationale*. Québec : Presses de l'université du Québec, 2015 : 402 p.
 - Jeger F., Thierry D. *Retraités et bénévoles : les missions de France Bénévolat [entretien]*. *Retraite et Société*, 2013, n° 65 : p. 131-139.
 - Labit A. *Habiter et vieillir en citoyens actifs : regards croisés France-Suède*. *Retraite et Société*, 2013, n° 65 : p. 101-120.
 - Malet J., Bazin C. *Donner du temps pour les autres mais aussi pour soi*. *Gérontologie et Société*, 2011, n° 138 : p. 165-180.
 - Viriot J.-P., Reguer D. *Retraite, engagement social et citoyenneté active*. *Gérontologie et Société*, 2011, n° 138 : p. 143-164.
- IMPACT SUR LA SANTÉ**
 - Couturier Y., Audy É. *Isolement social des personnes aînées : entre le désir de désengagement et le besoin d'un soutien concret*. *Gérontologie et Société*, 2016, vol. 38, n° 149 : p. 125-140.
 - Sirven N., Debrand T. *La participation sociale des personnes âgées en Europe. Instrument du « bien vieillir » ou facteur d'inégalités sociales de santé ?* *Retraite et Société*, 2013, vol. 65, n° 2 : p. 59-80.



© Cécile Veilhan

• Gilmour H. **Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada.** *Rapports sur la santé*, 2012, vol. 23, n°4 : p. 2-13.

POPULATIONS IMMIGRÉES

• Ricardou R. **Femmes immigrées et avancée en âge : des modalités d'accès aux droits socio-sanitaires inscrites dans les configurations des territoires.** *Vie sociale*, 2016, vol. 16, n° 4 : p. 67-78.

• Yall M. **La problématique de l'accompagnement social des migrants subsahariens âgés résidents dans les foyers Adoma.** *Vie sociale*, 2016, vol. 16, n° 4 : p. 145-159.

• Attias-Donfut C. **L'enracinement, enquête sur le vieillissement des immigrés en France.** Paris : Armand Colin, Hors collection, 2006 : 358 p.

• Bas-Théron F., Michel M. **Rapport sur les immigrés vieillissants.** Paris : Inspection générale des affaires sociales (Igas), 2002 : 76 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000107.pdf>

• Munoz M.-C. **Les immigrés espagnols retraités en France : entre intégration et vulnérabilité sociale.** *Hommes et Migrations*, n° 1228, 2000 : p. 95-101. En ligne : http://www.hommes-et-migrations.fr/docannexe/file/1228/1228_10.pdf

OUTILS D'AIDE À L'ACTION

• Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Cres Paca), **agence régionale de santé (ARS) Paca. Oscars : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé** [outil cartographique] 2017. En ligne : <http://www.oscarsante.org/>

• Santé publique France. **Pour bien vieillir. Espace professionnels** [site Internet] 2017. En ligne : <http://www.pourbienvieillir.fr/espace-professionnels>

• Santé publique France. **Bonne journée, bonne santé. Dispositif d'intervention en promotion de la santé pour les personnes âgées.** Saint-Maurice : Santé publique France, 2016. En ligne : <http://www.pourbienvieillir.fr/bonne-journee-bonne-sante-dispositif-dintervention-en-promotion-de-la-sante-pour-les-personnes>

• Union professionnelle du logement accompagné. **Accompagner les personnes âgées immigrées en foyer de travailleurs migrants et en résidence sociale.** Paris : Unafo, coll. Repères, 2015 : 16 p.

• Santé publique France. **Bien vivre son âge.** Saint-Maurice : Santé publique France, 2014 : 39 p. En ligne : <http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/bienvivresonage.pdf>

• Richard L., Barthélémy L., Tremblay M.-C., Pin S., Gauvin L. **Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique.**

Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), coll. Santé en action, 2013 : 112 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1417.pdf>

• **Santé publique France. Vieillir... Et alors ?** Saint-Maurice : Santé publique France, 2013 : 39 p. En ligne : <http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/vieilliretalors.pdf>

SITES INTERNET

GRAND PUBLIC

AVANCÉE EN ÂGE ET PROMOTION DE LA SANTÉ

• Depuis 2000, l'équipe d'**Agevillage** rassemble et met en ligne chaque semaine toutes les actualités sur le bien vieillir. Elle informe sur les services qui aident à rester autonome et accompagnent handicaps et fragilités, épaulée par son réseau d'experts (gériatres, gérontologues, avocats, etc.). Elle met également à disposition un annuaire qui recense environ 30 000 structures et acteurs du domaine dans toute la France. <http://www.agevillage.com>

• **L'Association française des aidants** milite pour que soient pris en considération ceux qui accompagnent au quotidien un proche en situation de maladie ou de handicap, quel que soit son âge. <https://www.aidants.fr/>

• **Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches**, créé par le ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Financé et géré par la CNSA. <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

• **Plateforme « Pour bien vieillir »** : destinée au grand public, fournit des informations dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé ; alimentée par les caisses de retraite et Santé publique France. <http://www.pourbienvieillir.fr/>

PARTICIPATION SOCIALE

• **AGE Platform Europe** : réseau européen d'organismes sans but lucratif et pour les personnes de plus de 50 ans, qui vise à exprimer et à promouvoir les intérêts des 50 ans et plus, soit plus de 190 millions de citoyens dans l'Union européenne, et à sensibiliser le public. <http://www.age-platform.eu/>

• **France Assos Santé**, anciennement appelé le *Collectif inter-associatif sur la santé* regroupe plus de 70 associations nationales et locales qui représentent les usagers du système de soins. Sa mission est d'informer les usagers du système de santé et de définir des stratégies pour améliorer la prise en charge des usagers. Elle représente ces usagers lors des instances de démocratie sanitaire. <http://www.france-assos-sante.org/>

• **La Confédération française des retraités (CFR)** est composée de fédérations d'associations de retraités. Son but est

de mieux faire entendre la voix des retraités et des personnes âgées auprès des institutions françaises, notamment concernant leur représentation, leurs conditions de vie, le système de retraite et le système de santé.

<http://www.retraite-cfr.fr/>

Engagement bénévole

• **AGIRabcd**, association de retraités bénévoles reconnue d'utilité publique, accompagne les populations en difficulté au travers d'actions et de missions d'aide sociale, de formation et de soutien auprès de personnes de tout âge en situation de précarité.

<http://www.agirabcd.eu/>

• **France Bénévolat**, reconnue association d'utilité publique, a pour vocation le développement de l'engagement bénévole associatif pour une citoyenneté active. Elle organise des ateliers à destination des retraités pour les sensibiliser à l'engagement bénévole. France Bénévolat est également partenaire de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) pour promouvoir le bénévolat des seniors, notamment à travers le programme Solidages21, dont le but est de faciliter les relations entre les générations.

<https://www.francebenevolat.org/>

<http://www.solidages21.com>

• **Générations Mouvement** : réseau associatif de retraités en France. Ses objectifs sont de créer du lien social et de donner une place entière aux retraités dans la société. En sensibilisant les pouvoirs publics aux conditions de vie des retraités, en favorisant des actions solidaires et intergénérationnelles, Générations Mouvement met en valeur le rôle moteur des retraités dans les liens familiaux, sociaux et culturels. Le réseau propose également de l'accompagnement aux responsables associatifs.

<http://www.generations-mouvement.org>

• **Office technique d'études et de coopération internationale** : association sans but lucratif, propose aux entreprises des prestations de conseil, formation et accompagnement données par des seniors bénévoles, désireux de partager les compétences acquises au cours de leur carrière.

<http://www.oteci.asso.fr>

• **Plateforme « Voisin-Age »** : portée par Les petits frères des Pauvres pour développer les rencontres intergénérationnelles de proximité, elle met en relation les habitants d'un même quartier avec les personnes âgées.

<http://www.voisin-age.fr>

PROFESSIONNELS

AVANCÉE EN ÂGE

• **La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** est chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées notamment. Elle assure une mission d'information et d'animation de réseau, d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles. Elle a également un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie.

www.cnsa.fr



© Cécile Veilhan

• Le portail de communication et d'information **European innovation partnership on active and healthy ageing** de la Commission européenne réunit tous les acteurs européens engagés dans un vieillissement actif et en santé.

<https://ec.europa.eu/eip/ageing/>

• Le site de référence **Pourbienvieillir.fr** comporte un espace dédié aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

<http://www.pourbienvieillir.fr/espace-professionnels>

• Le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV) soutient la recherche interdisciplinaire sur le vieillissement et stimule la création de partenariats de recherche. Objectif : accroître les connaissances relatives aux aspects biologiques, cliniques, populationnels, sociaux et sociétaux du vieillissement afin de favoriser la promotion du vieillissement réussi et de prévenir et retarder la fragilité.

<http://www.rqrv.com/fr/>

• Le Réseau francophone des villes amies des aînés (RFVAA), association affiliée au réseau mondial des villes et communautés amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé, promeut la démarche Villes amies des aînés (Vada) au niveau francophone et encourage un mode de travail transversal, la citoyenneté des âgés ainsi que la lutte contre l'âgisme.

<http://www.villesamiesdesaines-rf.fr/>

• Le Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) soutient la coopération entre les villes voulant mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie.

<http://www.villes-sante.com/>

• La rubrique **Vieillesse et qualité de la vie** du site Internet de l'Organisation mondiale de la santé regroupe des publications autour de la thématique des personnes âgées.

<http://www.who.int/topics/ageing/fr/>

PARTICIPATION SOCIALE

• Le Réseau d'études international sur l'âge, la citoyenneté et l'intégration socio-économique est une association créée en 2006 et qui a pour vocation de rassembler les chercheurs en sciences sociales travaillant sur la double thématique du vieillissement et de la citoyenneté. Le réseau a créé la plateforme Repérages qui s'adresse aux professionnels et qui a pour but de partager les connaissances et les pratiques en gérontologie :

<https://reperages.reiactis.com/>

<http://www.reiactis.com/>

Les références ont été classées en ordre chronologique inversé, puis par ordre alphabétique ; et les sites Internet ont été classés par ordre alphabétique. Les liens mentionnés ont été consultés le 30 janvier 2018.

Ville d'Orly : « Préserver l'autonomie des personnes âgées »

Entretien avec Émilie Prévost,

directrice des affaires sociales
et de la petite enfance, Orly,

Charly Fampou Toundji,

médecin, directeur des centres
municipaux de santé, Orly.

La Santé en action : Quels dispositifs avez-vous mis en place dans le cadre du projet politique de la ville en faveur des aînés, associant à la fois des dimensions sanitaires et sociales ?

Émilie Prévost et Charly Fampou Toundji : Le contrat local de santé de 2015 met l'accent sur l'amélioration de la prévention et, en particulier, la préservation de l'autonomie des personnes âgées. Des ateliers d'activité physique sont organisés par le centre communal d'action sociale (CCAS), toute l'année sauf en juillet et août, avec une tarification en fonction du quotient familial. Ils permettent de pratiquer la gym douce, l'aquagym, la marche, le *swiss ball* (travail du corps sur un gros ballon souple). Ces ateliers sont réalisés en partenariat avec l'association Avenir sportif d'Orly, avec des éducateurs sportifs formés à la perte de mobilité ou au handicap liés à l'âge. Il s'agit aussi de préserver l'autonomie psychique, en proposant des ateliers de stimulation de la mémoire et de réflexion, dans une approche ludique qui utilise des jeux de société.

S.A. : Travaillez-vous également en faveur de l'autonomie dans le logement ?

É. P. et C. F. T. : Nous avons commencé à investir ce sujet lors de la Semaine bleue (semaine nationale des retraités et des personnes âgées) d'octobre 2014, en

partenariat avec la fédération Solidaires pour l'habitat (Soliha¹), en créant un atelier Bien vivre chez soi, portant sur l'adaptation du logement. Lors de cet atelier étaient enseignées quelques astuces : scotcher ses tapis au sol pour éviter les chutes, installer des luminaires détecteurs de mouvement... Un second volet a été lancé en 2016, avec le syndicat intercommunal exploitation valorisation des déchets (Sievd), davantage axé sur le développement durable, afin d'intégrer les personnes âgées dans cette démarche : faire le tri sélectif de ses déchets, utiliser des ampoules basse consommation, réduire le gaspillage alimentaire, etc. Cela a été le point de départ d'une action plus durable, qui a pour objectif d'apporter des aides techniques à la vie quotidienne des aînés. Les professionnels du service d'aide à domicile et de la résidence autonomie ont été formés par des ergothérapeutes de Soliha pour repérer dans le logement des risques – un câble qui traverse le salon – ou des difficultés – par exemple pour ouvrir une bouteille d'eau minérale. On propose alors à la personne d'expérimenter une solution technique adaptée – comme une poignée en silicone, qui permet d'ouvrir sans effort une bouteille – afin qu'elle découvre ce qui lui convient.

S.A. : Quelles actions avez-vous mises en place pour lutter contre l'isolement des personnes âgées ?

É. P. et C. F. T. : Le CCAS fournit, depuis 2013, un transport de proximité avec un véhicule adapté, conduit par deux chauffeurs formés à l'accompagnement de personnes fragilisées, pouvant avoir du mal à marcher ou à se repérer dans l'espace. Il est disponible pour tout type de déplacement : faire ses courses, se rendre à des activités de loisirs...

Toutefois, nous constatons qu'il est principalement utilisé pour aller aux rendez-vous médicaux. Il favorise donc l'accès aux soins. En 2016, 1 800 trajets ont été effectués, par 120 personnes d'une moyenne d'âge de 80 ans.

Par ailleurs la municipalité a créé des ateliers numériques pour que les personnes âgées puissent acquérir des notions leur permettant de se servir d'ordinateurs, de tablettes ou de Smartphone. Maîtriser les moyens modernes de communication contribue à éviter l'isolement, car les membres d'une même famille sont souvent éclatés géographiquement. Cela permet de garder le contact avec l'entourage, enfants et petits-enfants.

Autre exemple, pour faciliter l'intégration sociale et développer les relations intergénérationnelles, nous avons lancé, fin 2017, une campagne de recrutement de bénévoles sur le dispositif Orly'berté, afin d'aider des personnes âgées ou handicapées à se déplacer. Un autre projet est en réflexion : ce sont des visites de convivialité à domicile pour lutter contre le grand isolement. Certaines personnes n'ont aucune visite, donc aucun échange, pendant une semaine, selon un rapport de l'Observatoire national de l'action sociale (Odas). Toutefois, la difficulté est d'identifier ces personnes ; il est nécessaire de mener un travail dans les quartiers pour sensibiliser les habitants à être attentifs et à les repérer.

S.A. : Comment prenez-vous en compte la dimension prévention de la santé des aînés ?

É. P. et C. F. T. : L'éducation à la santé passe par une sensibilisation de cette population. Lors de la Semaine bleue d'octobre 2017, nous avons organisé une conférence sur les besoins nutritionnels,

L'ESSENTIEL

➤ À Orly (Val-de-Marne), le centre communal d'action sociale organise des ateliers d'activité physique et de stimulation de la mémoire au profit des plus de 60 ans.

➤ Un véhicule gratuit leur permet de se rendre à leurs rendez-vous médicaux. Une diététicienne constitue les menus des services de restauration accessibles aux plus de 60 ans de la ville.

➤ Au-delà de ces exemples, l'objectif de cette ville adhérente du réseau des Villes-santé² de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est de favoriser le lien social et le bien-être des aînés sur le territoire communal.

avec le CCAS et la direction Santé de la ville. Au-delà, l'objectif est de mettre en œuvre, à partir de 2018, une démarche globale dans les deux services de restauration de la ville accessibles aux plus de 60 ans : y fournir des repas non seulement équilibrés, mais aussi adaptés aux besoins des seniors et compatibles avec leur répertoire culinaire. Le quinoa par exemple ne fait pas l'unanimité chez les personnes âgées, il ne fait pas partie de leurs habitudes. Une diététicienne travaille sur les menus pour parvenir à cet objectif. Nous développons un cycle de formation des équipes, pour valoriser la mise à table et faire lien social pendant le repas, afin

d'inciter les aînés à venir. Un système de transport sera également mis en place. D'autre part, nous organisons des actions d'information sur le diabète et sur le cancer, notamment lors d'Octobre rose, à cette occasion nous nous rendons dans les foyers logements. C'est l'opportunité de faire passer des messages sur l'importance du dépistage : même après 65 ans ou 70 ans, les femmes doivent continuer à consulter un gynécologue. Une convention entre la ville et l'établissement d'hébergement pour adultes dépendants (Ehpad) est en cours de signature concernant les soins bucco-dentaires, afin de prévenir les problèmes d'alimentation qui surviennent lorsque la dentition se dégrade. Le centre municipal de santé (CMS) réalisera des prébilans sur place, et un transport sera organisé pour faciliter les déplacements chez le dentiste.

S.A. : Votre plan d'action a-t-il généré – en termes d'amélioration perçue du bien-être ou de la santé – des résultats concrets qui ont pu être évalués ?

Nous ne disposons pas d'un outil de mesure d'impact précis. Nous constatons que les ateliers fonctionnent avec de plus en plus de participants. En 2016, ils ont rassemblé 527 personnes. Ce chiffre est plutôt satisfaisant. Les plus de 60 ans représentant 3 840 concitoyens (sur 22 000 habitants). Le principal frein est de trouver le bon moyen de communication pour attirer durablement ce public et le calendrier le mieux adapté : lancer une action au

moment d'une campagne nationale – comme la Semaine bleue – est plus efficace, car les aînés y sont sensibilisés. Proposer un atelier numérique ne va pas susciter d'emblée un intérêt ; il faut mettre en avant le lien intergénérationnel et familial, comme la possibilité de recevoir des photos de ses petits-enfants, pour que l'atelier trouve un sens auprès de certaines personnes âgées. Faire participer les aînés et les intégrer à la vie de la cité requiert un investissement en temps important de la part de tous nos professionnels. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. Réseau associatif au service de l'amélioration de l'habitat. En ligne : <https://www.soliha.fr>
2. Réseau français des Villes-santé de l'OMS. En ligne : www.villes-sante.com

LOON-PLAGE ET BÉTHUNE : ADAPTER LA VILLE AUX SENIORS

De nombreuses villes ont adapté l'environnement et les services aux aînés via des contrats locaux de santé et aussi par le biais de bien d'autres dispositifs.

À titre d'exemple parmi les villes adhérentes du réseau des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à Loon-Plage (Nord), 100 personnes âgées bénéficient chaque jour de repas équilibrés, au foyer restaurant du centre communal d'action sociale (CCAS) et dans le cadre du portage de repas à domicile pour les aînés. Cette

politique favorise une nutrition de qualité pour les aînés. Ils bénéficient ainsi de la même démarche que les 500 enfants qui fréquentent le restaurant scolaire.

À Béthune (Pas-de-Calais), dans un jardin public, une aire de détente « musculation douce » est destinée aux enfants et aux seniors ; cela permet à ces derniers de pratiquer une activité physique modérée – entretien de la mobilité des jambes, bras et épaules – tout en rompant l'isolement. L'implantation des jeux pour enfants à proximité permet en

outre de « bouger ensemble » en toute sécurité : les adultes peuvent se détendre tout en surveillant les jeunes. Un chemin permet l'accès aux personnes à mobilité réduite.

Source : Agir sur les déterminants de la santé. Les actions des Villes-Santé. Paris : Presses de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), septembre 2015 : 99 p. En ligne : www.presses.ehesp.fr Ouvrage publié en partenariat avec le ministère de la Santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé-Inpes (intégré depuis dans Santé publique France).

Un temps fort de mobilisation pour une meilleure compréhension de la vaccination

Colette Ménard,
chargée d'expertise scientifique,
Jalal Charron,
interne de santé publique,
unité prévention des risques
infectieux et environnementaux,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

La Semaine de la vaccination (SEV) est une initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2005. Il s'agit d'un temps fort de communication et de mobilisation du public et des professionnels, visant à mieux faire connaître les enjeux de la vaccination. Elle se déroule chaque année dans plus de 200 pays, la dernière semaine d'avril.

En France, coordonnée par le ministère des Solidarités et de la Santé et par Santé publique France, la SEV est pilotée en région par les agences régionales de santé (ARS). De nombreux partenaires nationaux et régionaux sont impliqués dans cet événement.

Les partenaires nationaux

Les partenaires nationaux de la SEV comptent les régimes d'Assurance maladie et les complémentaires santé, les ministères et les agences sanitaires, les ordres professionnels, des sociétés savantes (médecine générale, infectiologie, pédiatrie, santé publique...), le service de santé des Armées, les fédérations hospitalières, le réseau des Villes-santé et celui de l'éducation pour la santé (Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé – Fnep). Ces acteurs nationaux s'engagent, selon une charte de partenariat avec Santé publique France, à mobiliser leurs réseaux, relayer informations et communications et susciter des actions spécifiques.

Les missions des agences régionales de santé (ARS)

Les agences régionales de santé (ARS) se mobilisent pour valoriser la vaccination pendant cette semaine de mobilisation sociale. Il s'agit de favoriser les initiatives locales en impliquant les acteurs de la vaccination et les professionnels de santé. Les ARS s'appuient sur un comité de pilotage réunissant les acteurs régionaux et départementaux : organismes d'Assurance maladie, centres de vaccination, centres de protection maternelle et infantile (PMI), collectivités territoriales, autres services de l'État, établissements et professionnels de santé, instituts de formation et universités, associations, services de santé au travail...

Rôle de Santé publique France

Santé publique France met de nombreux outils à disposition des ARS et des partenaires :

- des outils de promotion de l'événement : affiches, bannières web ;
- un dossier documentaire et un dossier presse présentant les actualités de la vaccination (calendrier vaccinal, couverture vaccinale, etc.) ;
- des livrets d'information grand public, tels que *Comprendre la vaccination* ;
- des outils d'information à destination des professionnels de santé, comme *Repères pour votre pratique*, le disque calendrier vaccinal ;
- des outils d'animation : vidéos destinées aux salles d'attentes, expositions ;
- le calendrier des vaccinations de l'année : carte, affiche ;
- le site Vaccination-Info-Service (voir encadré ci-contre).

2017, une semaine de la vaccination destinée à tous

En 2017, la SEV avait pour thème « La vaccination à tous les âges de la vie ». La mission a été largement remplie si l'on en juge par les actions rapportées par les ARS et les partenaires nationaux ayant répondu à l'enquête-bilan en juin 2017.

VACCINATION-INFO-SERVICE

Premier site institutionnel sur la vaccination destiné au grand public, Vaccination-info-service est conçu sous l'égide de Santé publique France, établissement public sous tutelle du ministère de la Santé. Il fournit des informations factuelles, pratiques et scientifiquement validées pour répondre aux différents types de questions que se pose le grand public.

Il permet en quelques clics :

- de connaître son statut vaccinal : « Suis-je à jour de mes vaccins ? » ;
- de connaître les vaccinations obligatoires et recommandées ;
- d'obtenir de l'information spécifique : par âge (nourrissons et enfants, adolescents, adultes, seniors), par pathologie ou état de santé, ou par situation (voyageur, femme ayant un projet de grossesse) ;
- d'en savoir plus sur les vaccins, leur fabrication, leurs remboursements.

Les informations présentées sont destinées à répondre aux questions les plus fréquentes que chacun se pose et à inviter les patients à consulter leur médecin pour plus d'informations relatives à leur situation personnelle.

Actions mises en place par les partenaires nationaux

Les partenaires nationaux, conformément à leurs engagements, ont relayé la Semaine sur leur site web, informé et mobilisé leurs réseaux, entrepris des actions de sensibilisation et de communication auprès de leurs adhérents et relayé la promotion du site Vaccination-info-service. Ils ont également publié des contenus rédactionnels dans leurs revues professionnelles : dossier spécifique sur la vaccination adressé aux pédiatres par l'Association française de pédiatrie ambulatoire (Afpa), article dans le bulletin ordinal *Contact sages-femmes*, actualités du Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm) dans le journal et la lettre électronique de l'Ordre national des pharmaciens, bulletin épidémiologique des armées par exemple. Certains, comme le Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (Cespa) en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), ont contribué à l'organisation d'actions de formation en direction des professionnels de santé.

Parmi les actions d'envergure, la Caisse nationale d'assurance maladie a lancé une vaste campagne d'information à destination des assurés de 25 ans, 45 ans, 65 ans sur les rappels de la vaccination diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP), coqueluche. L'objectif était de créer un réflexe de vaccination à ces âges où un rappel est prévu dans le calendrier vaccinal. L'opération via e-mails était assortie de la mise en ligne d'un encart fixe dans le compte Ameli des personnes ciblées, renvoyant, pour plus d'informations, sur le site Vaccination-info-service. L'opération a suscité un réel intérêt : plus de 43 000 clics sur les messages ont été enregistrés, et 20 % des 20-64 ans, 40 % des plus de 65 ans ayant ouvert leur mail ont cliqué sur le lien Vaccination-info-service.

Les actions régionales

Les ARS se sont fortement engagées, relayant informations et communications, mettant en œuvre des animations et des actions de terrain, en tenant compte des particularités épidémiologiques locales et des problématiques de santé régionales.

Le programme des actions de chaque ARS est, le plus souvent, consultable sur leur site.

L'ARS Martinique a ainsi réalisé une vaste campagne en direction des seniors et des jeunes adultes pour promouvoir une démarche volontaire et responsable de chacun : « La meilleure protection c'est la vaccin'action » (voir *affiche ci-contre*). Elle s'est déclinée en affiches, spots web et radio sur des thématiques, comme la protection de l'entourage contre la grippe ou la coqueluche ou la protection individuelle contre le tétanos.

Le thème de « la vaccination à tous les âges de la vie » a bien été repris : l'information a ciblé de manière équilibrée des publics divers et de tous âges (*figure 1*). La mobilisation des professionnels de santé a été active, souvent nourrie par des conférences, séminaires ou soirées d'information ainsi que par des actions de formation.

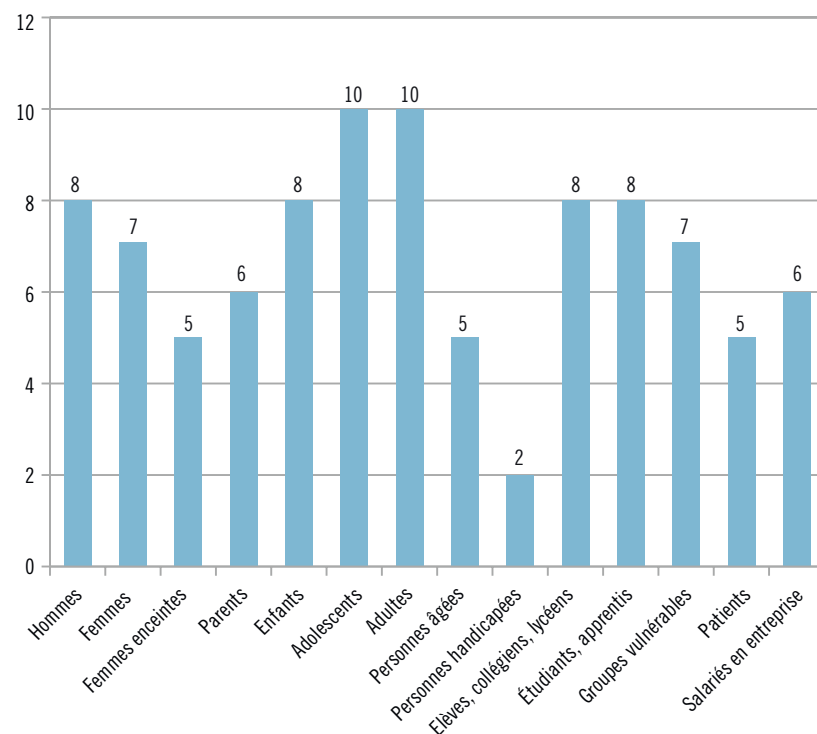
Au-delà des outils proposés par Santé publique France (plus d'un million de documents diffusés en 2017), plusieurs ARS ont conçu leurs propres outils : un dossier de presse, souvent accompagné de données épidémiologiques régionales fournies par les



cellules d'intervention en région (Cire), des affiches, dépliants et *flyers*, quiz sur la vaccination des femmes enceintes...

Dans 11 régions, les centres de vaccination ont réalisé des séances de vaccination *in situ* ou hors les murs. Parmi les actions organisées, citons les stands d'informations grand public dans les centres commerciaux,

Figure 1. Publics ciblés par les actions des ARS en 2017 : répartition des profils selon les réponses enregistrées dans 14 agences régionales de santé (ARS). Nombre d'ARS ayant mis en œuvre des actions d'information destinées à différents publics.



sur les marchés, devant les centres de vaccination, l'exposition « Planète vaccination » devant l'institut Buisson-Bertrand à Montpellier par exemple, les animations auprès des publics spécifiques, personnes âgées dans les établissements d'hébergement pour adultes dépendants (Ehpad), personnes en situation de précarité, travailleurs immigrés, jeunes travailleurs, gens du voyage. Les mairies, PMI, crèches, maternités, hôpitaux, cliniques, maisons de santé, collèges, lycées, maisons de retraite, services de

santé au travail s'impliquent souvent pour informer et vérifier les carnets de vaccination.

Certaines régions ont renouvelé leur participation aux Journées de la citoyenneté. Des expériences innovantes ont été menées en région Grand Est avec des étudiants en communication de l'IUT Charlemagne de Nancy, en lien avec des étudiants de médecine du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy : coproduction d'affiches, brochures, animations.

Si la SEV est désormais inscrite comme un temps fort de communication la dernière semaine d'avril, le travail des ARS et de l'ensemble des acteurs de la vaccination ne se limite évidemment pas à ce moment-clé. Dans le contexte des nouvelles dispositions réglementaires sur la vaccination, le souhait d'un portage national est exprimé pour que la Semaine de la vaccination 2018 soit l'occasion d'une campagne nationale d'envergure sur la vaccination et que les actions puissent être déclinées tout au long de l'année. ■

2018, LA VACCINATION DES ENFANTS, AU CŒUR DE LA SEMAINE EUROPÉENNE DE LA VACCINATION



En 2018, le thème de la Semaine européenne de la vaccination est celui des vaccinations de l'enfant¹, lors de la conférence de presse du 5 janvier, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a présenté la mise en œuvre de l'extension de l'obligation vaccinale à 11 vaccinations obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2018². Santé publique France, en lien avec le ministère des Solidarités et de la Santé, accompagnera tout au long des années 2018 et 2019 le déploiement de ces nouvelles mesures par une stratégie visant :

- en 2018, à informer et expliquer, avec pour cibles prioritaires : les professionnels qui vaccinent, les professionnels de la petite enfance, les parents d'enfants de moins de 2 ans ;
- en 2019, à promouvoir plus largement l'image de la vaccination et à renforcer la confiance des Français.

Le thème national de la Semaine européenne 2018 s'intégrera dans ce contexte sur le thème de la vaccination des nourrissons.

La Semaine européenne de la vaccination 2018 sera l'occasion d'une forte mobilisation dans les régions. Pendant cette période, des chroniques sur la vaccination, interviews d'experts seront diffusées en radio, renvoyant à de plus amples informations sur le site vaccination info-service. Une première version du site pour les professionnels de santé sera mise en ligne. De nombreux outils pour le grand public, cartes postales du calendrier vaccinal 2018, affiches, brochures seront disponibles. Les professionnels de santé (médecins généralistes, médecins de PMI, pédiatres, sages-femmes, infirmiers), les professionnels de la petite enfance pourront répondre aux questions des parents.

Pour en savoir plus

Semaine de la vaccination 2018

Documents grand public : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/semaine-vaccination/documents-grand-public.asp>

Documents pour les professionnels : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/semaine-vaccination/documents-professionnels.asp>

Vaccination info service : <http://vaccination-info-service.fr/>

Santé publique France : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/semaine-vaccination/index.asp>

<https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Vaccination-des-jeunes-enfants-desdonnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique>

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). En ligne : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/european-immunization-week>

2. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'extension de l'obligation vaccinale répond à un impératif majeur de santé publique. Communiqué et Dossier de presse. En ligne : <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-precise-la-mise-en-oeuvre>

L'école, une occasion de rattrapage vaccinal : l'expérience en Grand Est

Lidiana Munerol,

médecin, inspecteur de santé publique,
département Promotion de la santé,
Prévention et Vulnérabilités,

Isabelle Ribs,

délégation départementale des Vosges,

Annick Dieterling,

médecin, directrice de la Promotion
de la santé, de la Prévention et de la Santé
environnementale,
agence régionale de santé Grand Est.

La couverture vaccinale est insuffisante, en région Grand Est comme dans le reste de la France [1]. Face à ce constat, l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est¹ s'est inspirée d'une action menée sur le département de la Meuse depuis plus de dix ans, consistant à faire réaliser par un centre de vaccination un rattrapage vaccinal en milieu scolaire : vérification du statut vaccinal des élèves et, si les parents le souhaitent, mise à jour du statut vaccinal à l'école. Cette intervention est bien acceptée par l'ensemble des acteurs et des familles, et en 2016-2017, plus de 700 enfants meusiens ont pu être vaccinés. Ce dispositif est opérationnel grâce aux liens forts entre l'Éducation nationale et le centre de vaccination.

EN CE1, en cinquième et en seconde

Dans le cadre de la politique d'amélioration de la couverture vaccinale et du partenariat entre l'agence régionale de santé et l'Éducation nationale, il a été décidé de démarrer en septembre 2016 une expérimentation similaire sur deux ans sur un autre territoire, afin d'en évaluer la transférabilité et l'acceptabilité par les acteurs – parents, corps enseignant et médecins traitants – et

d'identifier les éventuelles difficultés de mise en œuvre. Le département des Vosges a été choisi pour sa similitude territoriale avec la Meuse (ruralité, accès aux soins...) et aussi compte tenu de données de couverture vaccinale défavorables.

Le même protocole a été reconduit : le médecin du centre de vaccination se rend dans les établissements scolaires du territoire concerné (territoire de rattachement du collège de Bruyères) pour vérifier les carnets de santé des élèves de CE1 et de cinquième. Ces niveaux de classe sont ceux d'enfants de 7 ans et 12 ans, un an après l'âge habituel du rappel vaccinal. De plus, une extension aux classes de seconde a été décidée afin de mettre à jour les vaccinations des élèves de filières spécifiques et celles des jeunes filles pour le vaccin contre les infections à papillomavirus humain (HPV).

En début d'année scolaire, les parents sont informés du protocole par courrier, et il leur est proposé de remettre le carnet de santé de leur enfant à l'établissement un jour donné. Une fois le statut vaccinal vérifié par le médecin du centre de vaccination, une information est remise aux parents, précisant les vaccins non à jour. Les parents ont alors le choix de faire vacciner leur enfant par le médecin traitant ou à l'école, lors du second passage du médecin du centre de vaccination dans l'établissement. À cette fin, un formulaire de consentement avec un questionnaire médical sont remis aux parents avec l'information sur le statut vaccinal.

Le jour dit, le médecin du centre vaccine les enfants présents – dont les parents ont donné leur consentement – en veillant à l'absence de contre-indication. En cas de refus,

L'ESSENTIEL

► Depuis plus de dix ans, le département de la Meuse a mis en place la vaccination en milieu scolaire, au titre du rattrapage vaccinal, avec l'accord des parents.

► Une extension sur un territoire du département des Vosges est en cours d'expérimentation.

d'absence ou de contre-indication, une lettre est remise à l'établissement, à destination des parents, expliquant l'importance de la mise à jour des vaccins par le médecin traitant.

Liens entre les acteurs et communication

Cette action n'a pu être possible que grâce à une bonne collaboration entre l'ensemble des acteurs, tant institutionnels – ARS, Éducation nationale – que de terrain – centre de vaccination, établissements scolaires – dès le début du projet. Cette expérimentation était l'un des axes du comité régional vaccination lorrain et a été pensée dès son origine avec l'Éducation nationale (infirmière et médecin, conseillers du directeur académique des services de l'Éducation nationale – DASEN), avec le centre de vaccination d'Épinal, la délégation territoriale des Vosges de l'ARS et la direction de la santé publique de l'ARS².

En parallèle, l'information des différentes parties concernées a été un axe fort de l'action : des réunions avec les chefs d'établissements et avec les infirmières scolaires ont été organisées, une information à destination des parents a été mise en place, et un

questionnaire de satisfaction a été établi en vue de l'évaluation. Enfin, le projet a été présenté au conseil départemental de l'ordre des Médecins et a fait l'objet d'un article dans son bulletin départemental. Il était en effet indispensable de préciser que cette vaccination en milieu scolaire était proposée un an après l'âge auquel la vaccination aurait dû être réalisée et que les parents conservaient le libre choix de faire vacciner leur enfant par leur médecin traitant.

Bilan du dispositif

Sur l'année scolaire 2016-2017, 17 écoles primaires, deux collèges et deux lycées ont été concernés, représentant 560 élèves. Près de 83 % des carnets de santé ont été vus, et plus de la moitié des élèves (54,7 %) n'étaient pas à jour de leurs vaccinations, principalement pour le rappel du diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP) et le vaccin contre le méningocoque C. Ainsi, dans les écoles primaires, 42 % des élèves vus ne présentaient pas un vaccin DTPCoq à jour (absence de rappel principalement). Quant au vaccin contre la méningite C, il n'était pas à jour chez 64 % des enfants de CE1, 97 % des collégiens et 93 % des lycéens. En revanche, 93 % des élèves avaient reçu le vaccin rougeole, oreillons, rubéole (ROR) et 98 % celui contre l'hépatite B.

Pour les enfants non à jour, 42,9 % des parents (soit 109) ont donné leur accord pour une vaccination en milieu scolaire. À l'issue de l'action, 103 enfants ont été vaccinés en milieu scolaire et 34 disent l'avoir été par leur médecin traitant. C'est donc plus d'un enfant non à jour sur deux (53,9 %) qui a pu bénéficier d'un rattrapage vaccinal.

Les résultats de l'enquête de satisfaction montrent un retour positif pour 100 % du personnel enseignant et 94 % des parents, avec un taux de réponse respectivement de 58 % et 73 %.

Pistes d'amélioration et de pérennisation

Cette première année d'expérimentation a prouvé la faisabilité et l'acceptabilité de cette action par les parents, les équipes de l'Éducation nationale et les médecins libéraux. Le nombre d'enfants non à jour confirme l'intérêt d'une vaccination en milieu

scolaire. Suite au bilan intermédiaire, le protocole a été ajusté pour la seconde année d'expérimentation (2017-2018) :

- amélioration de la communication ;
- perfectionnement du partage des tâches ;
- révision des procédures ;
- amélioration des questionnaires de satisfaction et de l'évaluation.

En juin 2018 se posera la question de la faisabilité et des modalités d'extension à la région Grand Est de la vaccination à l'école ; les responsables de l'ARS Grand Est sont convaincus de son bien-fondé. ■

1. Remerciements au personnel et aux élèves de tous les établissements du territoire de rattachement du collège Charlemagne de Bruyères ; à l'équipe de la délégation départementale des Vosges de l'ARS Grand Est, à l'équipe du DASEN 88 et notamment à Mme Pourcher-Lambolez ; à l'équipe du centre de vaccination d'Épinal, porté par l'Union des caisses – Centre de médecine préventive (UC – CMP) et notamment aux docteurs Helfenstein, Godefroy et Martin ; à l'équipe du centre de vaccination de Bar-le-Duc et à la délégation départementale de la Meuse de l'ARS Grand Est.

2. Ce portage conjoint s'est matérialisé par une convention-cadre entre l'ARS, l'Éducation nationale et l'UC – CMP et a été le garant d'une implication de tous les acteurs. Cette convention a permis d'acter le protocole de l'expérimentation (courriers, mode d'action, évaluation...) et la répartition des missions. Une convention spécifique de financement entre l'ARS et le centre de vaccination a complété le dispositif.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- [1] <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/>

Recensement et propositions pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes.

Résultats de l'action 11.6 du Plan Cancer 2014-2019

51



Ce rapport de Santé publique France s'inscrit dans le contexte du Plan Cancer 2014-2019 et de l'objectif 11.6 qui prévoit le développement de « l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique » dès le plus jeune âge. Il fournit un premier état des lieux sur les interventions développées sur le territoire national. Les auteurs ont réalisé une revue de littérature, visant à identifier les interventions internationales les plus efficaces dans le domaine ; puis, ils ont recensé les actions en France de promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine auprès des jeunes (sur 2013-2014). 887 actions ont été identifiées avec leurs caractéristiques principales (durée de l'action, types de déterminants visés, publics concernés). La confrontation des données de terrain avec celles de la littérature permet de mettre à jour un décalage entre les interventions identifiées comme efficaces dans la littérature et les actions mises en œuvre en France. En conclusion, les auteurs préconisent la constitution d'une base nationale exhaustive de recensement des actions et, en complément, d'un registre d'actions évaluées, afin d'orienter les acteurs de terrain.

Santé publique France. Recensement et propositions pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 80 p. En ligne : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/nutrition/rapport2017_alimentation-activite-physique/interventions-alimentation-activite-physique-jeunes.pdf

Autres lectures

Rubrique préparée par Laetitia Haroutunian et Sandie Boya

Stratégie nationale de santé 2018-2022

Adoptée par décret le 31 décembre 2017, la stratégie nationale de santé présente sept grandes priorités :

- la mise en place d'une politique de promotion de la santé et de prévention ;
- la lutte contre les inégalités territoriales ;
- l'amélioration de la qualité de l'offre de soins ;
- le développement des innovations et la promotion de la participation citoyenne ;
- la politique de santé de l'enfant et des jeunes ;
- les dispositifs spécifiques à la Corse ;
- les dispositifs spécifiques concernant l'outre-mer.

Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2017 : 104 p. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé : des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention. Guide IVRIS d'accompagnement méthodologique

Les interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé (Ivriss) sont difficiles à pérenniser. À partir de ce constat, l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur et KEDGE Business School s'associent pour publier, en partenariat avec plusieurs centres de recherche et universitaires, un guide d'aide à la mise en place d'interventions pour réduire les inégalités sociales de santé. Ce document présente les principaux concepts en matière de réduction des inégalités et également une méthodologie de planification d'intervention, d'évaluation et de pérennisation.

Sous la direction de Corinne Grenier. Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé : des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention. Guide IVRIS d'accompagnement méthodologique. KEDGE Business School – ARS PACA : 130 p. En ligne : <https://etudiant.kedge.edu/content/download/69969/972312>

Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation

Cet ouvrage analyse le concept d'évaluation des interventions dans un contexte de réduction des inégalités sociales de santé. Il présente les différents concepts et mécanismes liés à ce type de recherche interventionnelle, à l'international et en France. Le document conjugue une approche sociologique et l'analyse des politiques publiques.

Sous la direction de Nadine Haschar-Noé et Thierry Lang. Toulouse : Presses universitaires du Midi, coll. Sciences sociales, Santé société, 2017 : 520 p., 25 €.

Prévention du suicide. Rencontrer, évaluer, intervenir

À destination des professionnels de la santé et du social, cet ouvrage traite de la prévention du suicide sous un angle réflexif et pratique. Il aborde tour à tour les questions d'épidémiologie, de l'intervention auprès du patient suicidaire, du suicide et des dispositifs de soins, des différents « âges » du suicide, des problèmes de santé connexes tels que la dépression, les troubles de la personnalité, les addictions.

Sous la direction de Laurent Michaud et Charles Bonsack. Prévention du suicide. Rencontrer, évaluer, intervenir. Chêne-Bourg : Médecine et Hygiène, 2017 : 237 p., 39 €.

Alcool et grossesse : boire un peu ou pas du tout ?

L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) publie un dossier consacré à l'alcool pendant la grossesse et au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Il réunit les chiffres-clés, donne des précisions sur les risques encourus et rappelle l'importance, par principe de précaution, de ne jamais consommer d'alcool pendant la grossesse.

Anpaa. Alcool et grossesse : boire un peu ou pas du tout ? Déryptages, septembre 2017, no 26 : 10 p. En ligne : <http://www.anpaa.asso.fr/images/media/2016-03-telechargements/d-26-14-09-2017-alcool-grossesse.pdf>

Sexualité, amour et normes de genre.

Enquête sur la jeunesse incarcérée et son encadrement

L'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep) publie les résultats d'une enquête qualitative menée entre 2016 et 2017 dans cinq prisons françaises auprès de jeunes incarcérés et de professionnels de l'administration pénitentiaire. Cette étude questionne les rapports des jeunes détenus à la sexualité, dont leur rapport à l'amour, à la conjugalité, au travail, à la mobilité.

Yaelle Amsellem-Mainguy, Benoît Coquard, Arthur Vuattoux. Sexualité, amour et normes de genre. Enquête sur la jeunesse incarcérée et son encadrement. Paris : Injep, 2017 : 247 p. En ligne : <http://www.injep.fr/sites/default/files/documents/rapport-2017-06-prison.pdf>

Les Addictions à l'adolescence. Comprendre et intervenir auprès des parents et des proches

Cet ouvrage revient sur les difficultés ressenties par l'entourage familial et par les proches de jeunes ayant des pratiques addictives. Il présente les différentes caractéristiques des pratiques addictives adolescentes, les données épidémiologiques et comportementales, la place de l'entourage dans le dispositif de soins et les différents types d'accompagnement proposés aux parents d'adolescents consommateurs.

Nathalie Scroccaro. Les Addictions à l'adolescence. Comprendre et intervenir auprès des parents et des proches. Bruxelles : De Boeck Supérieur, coll. Psychologie, 2017 : 128 p., 14 €.

Lectures
Notre sélection

Contact et inscriptions :

LARA DESTAING

Tél. : + 33 (0)3 81 66 55 75

Courriel : lara.destaing@univ-fcomte.fr

www.fnes.fr/category/universite-ete-
-sante-publique-besancon-2018

Adresse postale :

Université d'été francophone en santé publique
UFR Santé
19 rue Ambroise Paré
CS 71806
25030 Besançon cedex
France

15ÈME ÉDITION UNIVERSITÉ D'ÉTÉ FRANCOPHONE EN SANTÉ PUBLIQUE DE BESANÇON

du 1^{er} au 6 juillet 2018

FORMATIONS - ÉCHANGES - DÉBATS - CONFÉRENCES

Pour la 15e année consécutive, l'Agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne Franche-Comté, l'UFR Santé de Besançon, Santé publique France et l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), ainsi que leurs partenaires, organisent l'Université d'été francophone en santé publique. Elle se déroulera à Besançon, du 1er au 6 juillet 2018.

Cette semaine de formation et d'échanges s'adresse particulièrement aux professionnels, élus, usagers, citoyens œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

Tout au long de la semaine, chaque participant prendra part au module qu'il aura choisi parmi les 14 grands thèmes de santé publique proposés, dont 8 feront cette année leur (ré)apparition :

- Soins de santé primaire et démarche communautaire
- Production et utilisation de données qualitatives dans le champ de la santé publique
- Équité et santé dans toutes les politiques publiques : l'évaluation d'impact sur la santé (EIS)

- Changement climatique et santé publique : agir sur les territoires
- Santé en milieu rural
- Parcours éducatif de santé : agir ensemble au quotidien pour la réussite de tous les élèves
- Préserver l'autonomie et l'indépendance dans l'avancée en âge : comment agir ensemble ?
- L'activité physique, médiateur au service de l'éducation et de la promotion de la santé : pourquoi et comment ?

Des tables rondes, des présentations de travaux personnels, des stands de diverses institutions ou associations... seront organisés tout au long de la semaine pour faciliter les échanges entre participants et intervenants originaires de nombreux pays de la francophonie. Chaque matin, le journal de l'Université d'été donnera les dernières nouvelles sur la vie du campus.

