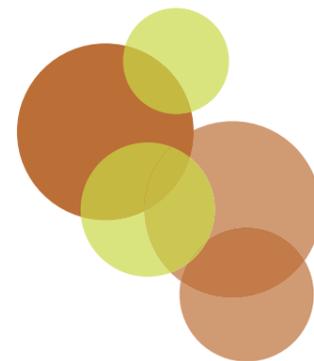


« DÉFI DU VIEILLISSEMENT : UNE COOPÉRATION EN ACTION »

Résultats et conclusions du projet européen
« MIEUX VIEILLIR EN EUROPE : REGARDS CROISÉS
DE COLLECTIVITÉS LOCALES »



Avant-propos

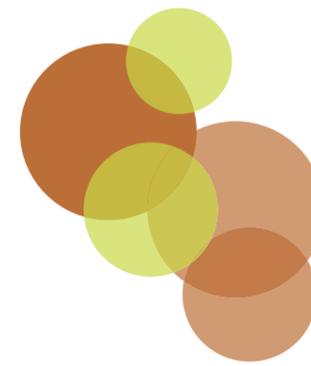
Les collectivités territoriales européennes doivent faire face à de grands enjeux économiques, sociaux et financiers. Parmi ceux-ci, le bouleversement démographique constitue un défi important à relever. L'allongement de la durée de la vie va engendrer des besoins conséquents liés à la perte d'autonomie de nos populations.

Acteurs de proximité essentiels dans la prise en charge de la dépendance et de la prévention du vieillissement, nous avons décidé de nous unir autour d'un projet novateur intitulé « Mieux vieillir en Europe : regards croisés de collectivités locales ».

Réunissant des élus, des professionnels, des experts, des partenaires associatifs pendant deux années, ces « regards croisés » nous ont permis de travailler ensemble, d'échanger les bonnes pratiques identifiées sur chaque territoire. Nos échanges ont été riches et constructifs.

Notre volonté est de partager le fruit de nos travaux à travers ce guide. Il est pour nous un moyen d'appréhender et d'anticiper le changement démographique pour offrir à nos populations des réponses réfléchies et innovantes, tout en tirant profit des liens d'amitié qui unissent nos collectivités locales.

Les partenaires du projet



Éditorial

Le Département du Nord est une collectivité de proximité et d'ouverture, riche de sa nombreuse population et de sa position géographique au cœur de l'Europe. Un tel territoire mérite une ambition sincère, des actions innovantes, responsables et solidaires.

Ceci est particulièrement vrai pour ce qui concerne nos politiques sociales, compétence incontournable des Départements. En effet, ces politiques sont cruciales et nous demandent une attention de chaque instant, afin de toujours mieux répondre aux besoins de nos populations.

*C'est dans cette perspective que le projet « **Mieux vieillir en Europe : regards croisés de collectivités locales** » a été développé, à l'initiative du Département du Nord, avec certains de ses partenaires de l'Union Européenne. L'objectif était de s'associer à nos amis européens de Styrie, Varna, Baranya, Lodz, Cujavie Poméranie et Suceava, afin d'étudier ensemble, les pratiques et politiques des uns et des autres en faveur des personnes âgées et ainsi, s'inspirer d'idées nouvelles pour mieux anticiper l'avenir.*

M. Jacques Marissiaux, Vice-président en charge des Personnes âgées, M. Frédéric Marchand, Vice-président en charge des Relations internationales et des Affaires européennes, et moi-même sommes particulièrement heureux de présenter, via ce document, les résultats des échanges et des travaux qui se sont déroulés de 2009 à 2011. En effet, ceux-ci démontrent toute la richesse de l'action locale au service des personnes âgées, toute l'attention et tout l'investissement qui existent pour elles. Ces travaux attestent également de notre volonté de toujours améliorer nos actions au service des Nordistes et d'afficher un territoire européen, volontaire et engagé et sont précurseurs de l'année « 2012 Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations ».

Patrick KANNER

Président du Conseil général du Nord



Sommaire

PRÉSENTATION DU PROJET	p 8 à 9		
FICHE D'IDENTITÉ DU PROJET	p 10		
PARTIE 1 - LE LOGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES	p 13 à 19		
Les constats	p 14 à 18		
Les convictions	p 19		
PARTIE 2 - LES INFRASTRUCTURES	p 21 à 25		
Les constats	p 22 à 24		
Les convictions	p 25		
PARTIE 3 - L'INCLUSION DES PERSONNES ÂGÉES	p 27 à 31		
Les constats	p 28 à 30		
Les convictions	p 31		
PARTIE 4 - LE DÉFI ÉTHIQUE DE « L'APPRENDRE À BIEN VIEILLIR »	p 33 à 37		
Les constats	p 34 à 36		
Les convictions	p 37		
PARTIE 5 - L'EMPLOI DES SENIORS	p 39 à 45		
Les constats	p 40 à 44		
Les convictions	p 45		
PARTIE 6 - LES RÉPONSES AUX POPULATIONS SPÉCIFIQUES	p 47 à 54		
Les constats	p 48 à 53		
Les convictions	p 54		
PARTIE 7 - LES BONNES PRATIQUES	p 57 à 99		
ACTION 1 : Clinique de la mémoire - Centre de santé gériatrique de Graz	p 58 à 61		
ACTION 2 : CLIC	p 62 à 65		
ACTION 3 : Réseau des Hameaux de la solidarité	p 66 à 69		
ACTION 4 : Université du troisième âge	p 70 à 73		
ACTION 5 : Politique de gratuité	p 74 à 75		
ACTION 6 : Programme régional des activités physiques des Seniors	p 76 à 79		
ACTION 7 : Émission télévisée « Être Senior »	p 80 à 81		
ACTION 8 : Banque du temps	p 82 à 84		
ACTION 9 : Projet pilote Gérontologie	p 86 à 88		
ACTION 10 : Projet SIP 50+	p 90 à 92		
ACTION 11 : MAIA	p 94 à 96		
ACTION 12 : Programme Assistant Personnel	p 98 à 99		
PARTIE 8 - CONCLUSIONS	p 101 à 103		
PARTIE 9 - ANNEXES	p 105 à 139		
Retour sur la conférence de lancement	p 106		
Atelier 1	p 107 à 117		
Atelier 2	p 118 à 126		
Atelier 3	p 127 à 139		
PARTIE 10 - RÉFÉRENCES	p 141 à 146		

Sommaire





Présentation du projet

LE PROJET « Mieux vieillir en Europe : regards croisés de collectivités locales »

Les collectivités locales jouent un rôle important en Europe. Dans tous les pays de l'Union, elles gèrent de larges politiques et assument de lourdes responsabilités.

Parmi les compétences dévolues aux autorités locales se trouvent les politiques en faveur des personnes âgées, politiques importantes de par leur nature et leur ampleur. Celles-ci font aujourd'hui face à un phénomène de taille : celui du vieillissement de la population.

En effet, cette tendance démographique va impacter les politiques locales en faveur des personnes âgées, car celles-ci seront non seulement plus nombreuses mais auront aussi des besoins, des envies, des réalités différentes.

Aussi, face à cette tendance, le Département du Nord, acteur « chef de file » de la politique « personne âgée » pour son territoire et acteur engagé à l'international, a proposé à ses partenaires européens de s'investir dans une réflexion commune sur le vieillissement de la population.

Cette proposition a rapidement été acceptée par cinq partenaires du Département : le Land de Styrie (Autriche), la Municipalité de Varna (Bulgarie), le Département de Baranya (Hongrie), la Voïvodie de Lodz (Pologne), et le Judet de Suceava (Roumanie). Par ailleurs, la Voïvodie de Cujavie Poméranie (Pologne) ayant eu écho du projet a également demandé à intégrer cette dynamique.

Avant de débiter le projet, les partenaires se sont souvent réunis, lors d'une phase qualifiée de « préparatoire », pour identifier les thèmes à approfondir, la méthode et les résultats à atteindre.

Cette préparation s'est faite sur la base de différents postulats partagés par tous :

- la construction européenne constitue un enrichissement permanent pour les pays de l'Union, les collectivités locales et leurs populations ;
- les différences de situations observables en Europe sont des opportunités ;
- le vieillissement de la population ne peut être considéré comme un « problème » mais au contraire comme une opportunité, une preuve de réussite des sociétés modernes.

Par ailleurs, les thèmes et la méthode ont rapidement été définis : croisant les compétences et les besoins de chacun, six thèmes de travail ont été retenus :

- le logement des personnes âgées ;
- les infrastructures ;
- l'inclusion des personnes âgées ;
- le défi éthique de « l'apprendre à bien vieillir » ;
- les réponses nécessaires aux besoins des « populations spécifiques » (malades Alzheimer et assimilés, personnes handicapées vieillissantes et personnes âgées issues de l'immigration) ;
- l'emploi des seniors.

Le projet a reçu le soutien du Ministère des Affaires Étrangères et Européennes français et du Fonds Social Européen pour la Voïvodie de Cujavie Poméranie via le Programme Opérationnel polonais. Hormis ces soutiens, l'ensemble du projet a été autofinancé : chaque partenaire a participé au financement, soit en organisant un atelier ou une conférence, soit en prenant en charge les frais de traduction, d'impression, etc.

À l'issue de la phase « préparatoire », une conférence de lancement a été organisée à Lille, en septembre 2009.

Rassemblant plus de 170 personnes, elle a permis à chacun de se familiariser avec le projet et de réunir les élus en charge de cette politique dans les sept territoires partenaires. Le soutien de réseaux européens tels que le réseau AGE, et celui de la Commission Européenne a d'ailleurs été particulièrement apprécié.

Suite à cette conférence, l'équipe projet s'est réunie à trois reprises, lors des ateliers. Chacun des trois ateliers a traité de deux des thèmes identifiés lors de la phase préparatoire. Les ateliers ont été organisés, de manière volontaire, par certains des partenaires :

- l'atelier n°1 a été organisé les 16 et 17 février 2010 par le Département de Baranya sur les thèmes « infrastructures » et « logement des personnes âgées » ;
- l'atelier n°2 a été organisé les 28 et 29 juin 2010 par la Voïvodie de Lodz sur les thèmes « inclusion » et « apprendre à bien vieillir » ;
- l'atelier n°3 a été organisé les 4 et 5 octobre 2010 par le Land de Styrie sur les thèmes « emploi des seniors » et « réponses aux populations spécifiques ».

Afin de répondre au mieux aux attentes des experts qui ont participé aux ateliers et permettre une analyse des pratiques plutôt qu'un passage en revue des politiques et des actions, **chaque atelier était préparé au moyen d'une « grille de lecture »** : questionnaire unique envoyé à tous les partenaires avant les ateliers pour chacun des thèmes étudiés.

Le Département du Nord, en tant que chef de file du projet, avait alors la charge de traiter les réponses reçues avant chaque atelier et d'en produire une analyse comparée lors des ateliers.

Tous les acteurs ont eu ensuite la possibilité de débattre et d'échanger sur ce qui avait été mis en lumière, thème par thème.

Chaque atelier a donc donné lieu à la production :
→ d'une compilation des actions/politiques par thème ;
→ d'une analyse de ces actions par thème ;
→ d'un compte rendu.

Ces documents ont aidé à la rédaction de ce guide. Ceci dit, il faut noter que les analyses et les experts, lors des ateliers, se sont référés à des cadres plus larges, à des textes européens et à des auteurs. C'est sur la base de tous ces documents et de toutes ces références que le présent document a été produit. Il est le résultat d'un échange fait à un moment « T » entre certains partenaires européens : il est donc forcément « daté » et ne concerne que quelques exemples de politiques.

Par conséquent il n'est que le reflet de l'action de coopération entamée entre les partenaires du projet « Mieux vieillir en Europe : regards croisés de collectivités locales », il n'a pas vocation à être exhaustif, ni à s'approcher de la rigueur universitaire. Il correspond à la réalité des sept partenaires engagés dans ce projet de 2009 à 2011.

La grande richesse des débats et la multitude d'actions identifiées au cours du projet n'ont pu être intégralement reprises dans ce document.

Les résultats du projet et l'étude du présent document doivent donc prendre en compte ces limites.



Fiche d'identité du projet

Nom « Mieux vieillir en Europe : regards croisés de collectivités locales »

Partenaires Land de Styrie (Autriche) - Municipalité de Varna (Bulgarie) - Département du Nord (France) - Département de Baranya (Hongrie) - Voïvodie de Cujavie Poméranie (Pologne) - Voïvodie de Lodz (Pologne) - Judet de Suceava (Roumanie).

Durée du projet Lancement en septembre 2009 - clôture en juin 2011

Étapes du projet Phase préparatoire - septembre 2008 à septembre 2009

Conférence de lancement - 11 septembre 2009 (Lille - Nord)

Atelier 1 - 16 et 17 février 2010 (Pécs - Baranya)
« infrastructures » et « logement des personnes âgées »

Atelier 2 - 28 et 29 juin 2010 (Lodz - Lodz)
« inclusion » et « apprendre à bien vieillir »

Atelier 3 - 4 et 5 octobre 2010 (Graz - Styrie)
« emploi des seniors » et « réponses aux populations spécifiques »

Conférence de clôture - 24 juin 2011 (Lille - Nord)

Résultats attendus

- identifier au moins une bonne pratique par atelier,
- maintenir un groupe projet effectif,
- acquérir de nouvelles connaissances dans le domaine « personnes âgées »,
- produire un résultat écrit,
- engager une logique de réseau.

Résultats effectifs

- plusieurs bonnes pratiques ont été visées lors de chaque atelier,
- certains partenaires envisagent des transpositions,
- de nouvelles connaissances ont été développées,
- le groupe projet s'est non seulement maintenu mais amplifié (croissance qualitative et quantitative des travaux du groupe),
- une logique de réseau a été créée,
- le projet a permis aux partenaires de relativiser et de mettre leurs propres actions en perspective. Il a permis une prise de conscience interne, dans chaque service, des forces et faiblesses des politiques en cours, devenant ainsi un outil managérial,
- outil de promotion des politiques des partenaires au sein de leur territoire et en Europe,
- outil de rapprochement entre équipes « action sociale » et équipes « relations internationales ».



« La prévention peut être vue comme une branche à part entière de l'action de soutien au maintien des personnes âgées à domicile ».

« Des formes alternatives de logement voient le jour ».

« Les notions de « logement » et de « vieillesse » renvoient à des principes et à des réalités très personnelles et donc extrêmement hétérogènes ».

« La question de l'ajustement du nombre de places est partout une question très délicate ».

« Le maintien à domicile des personnes ne doit pas être synonyme d'exclusion sociale ».

1

LOGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

Les constats

● PREMIER CONSTAT

Le logement des personnes âgées est un domaine d'action particulièrement impacté par les problèmes budgétaires.

Dans un contexte budgétaire délicat, les acteurs du logement (personnes âgées, bailleurs sociaux, législateurs, pouvoirs locaux) tentent de s'engager dans de nouvelles voies. Compte tenu de l'augmentation prévue des coûts dans ce domaine, de nouvelles solutions apparaissent, permettant un logement digne, qui réponde aux besoins des personnes, tout en étant économiquement viable.

● DEUXIÈME CONSTAT

Le logement recouvre des aspects qui dépassent le seul cadre de l'architecture ou du bâti.

Les notions de « logement » et de « vieillesse » renvoient à des principes et à des réalités très personnelles, et donc extrêmement hétérogènes. Ceci entraîne, de fait, des difficultés d'action au niveau global et demande beaucoup d'efforts et d'investissements de la part de nos collectivités locales.

D'après les échanges développés entre les partenaires du projet, trois grands « types » de réponses sont aujourd'hui globalement proposés :

- des services en faveur du maintien à domicile ;
- des placements en institution ;
- des services alternatifs (accueil de jour, accueil temporaire, accueil familial, etc.).

● TROISIÈME CONSTAT

L'accès à l'information doit être une priorité pour un logement adapté aux conditions de la personne âgée.

Que cela soit pour le maintien à domicile, le placement en institution, ou les services alternatifs,

il semble que l'accès à l'information soit primordial. Un changement de statut de la personne (par exemple passage du domicile au placement) peut être soudain, aussi, l'accès à l'information doit se faire le plus facilement possible. Les collectivités développent d'importants moyens pour décentraliser les services et permettre un accès aisé à l'information.

- Cf. l'expérience du Département du Nord avec la mise en place, le pilotage et le financement des 30 CLIC de son territoire (Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique), voir p 62.

● QUATRIÈME CONSTAT

D'importantes évolutions sont à prendre en compte pour ce qui concerne le maintien à domicile. Dans les années à venir, le maintien à domicile va être impacté de différentes façons :

● 1 / L'adaptation du logement

L'Europe dispose de davantage de bâtiments anciens que de bâtiments récents. De fait, un des importants challenges en matière de logement concerne sa rénovation ou plus exactement son adaptabilité aux différentes étapes de la vie.

Le cercle vertueux d'une augmentation de la durée de vie, accompagnée d'une hausse des ressources des personnes, semble ne plus exister de façon systématique. Le standard de vie des personnes âgées est aujourd'hui globalement plus bas que celui de la population active. Or les frais liés au logement peuvent augmenter après l'âge de la retraite (mise aux normes, adaptation, etc.) et le fait d'être propriétaire n'est pas un gage de défense contre la pauvreté.

La capacité des personnes âgées à être financièrement en mesure d'adapter leur lieu de vie devient une question problématique (malgré les aides publiques qui peuvent exister). Cela veut dire qu'aujourd'hui de nouvelles formes de soutien aux personnes âgées sont envisagées : micro crédits, prise en charge d'une partie des financements, etc.

- Ex. des aides financières à l'adaptation du logement proposées par le Département du Nord (prise en charge des dépenses qui concourent à l'autonomie via le versement de l'APA - (Allocation aux Personnes Agées), financement de matériel de téléalarme, subvention à l'Union régionale des CAL PACT - association qui permet l'amélioration ou l'adaptation du logement des personnes âgées).

- Ex. de la législation en Cujavie Poméranie pour une meilleure accessibilité au logement.

● 2 / La prévention des risques en milieu domestique

Le vieillissement expose les personnes à des risques dus à une mauvaise perception de l'espace, à un manque sensoriel, au développement de handicaps ou à une mobilité réduite. Les accidents qui en découlent ont parfois pour conséquence une perte telle d'autonomie que les personnes ne peuvent plus rester chez elles par la suite.

La prévention peut être envisagée comme une branche à part entière de l'action de soutien au maintien des personnes âgées à domicile. Aujourd'hui, en Europe, émerge l'idée de l'organisation d'un droit d'accès, vers 60-65 ans, à un diagnostic de « mise aux normes » du logement, afin de pouvoir accompagner les personnes dans l'évolution de leur logement, et ainsi, tenter de prévenir les accidents domestiques.

● 3 / La coordination des acteurs

La prévention nécessite une mise en relation et une certaine coordination des acteurs.

- Ex. donnés par Varna, le Nord, la Baranya ou la Cujavie Poméranie sur la gouvernance locale partagée.

● 4 / Le développement de métiers qui répondent à ces nouveaux besoins.

De très nombreuses personnes, aujourd'hui, en Europe, travaillent dans le secteur des services à la personne (secteur avec un fort potentiel de croissance). Le maintien à domicile des personnes âgées est rendu possible par le développement des services d'aide à domicile. Les partenaires ont toutefois mis en lumière la nécessité de veiller à la qualification et à la formation des intervenants.

- Ex. du suivi de la situation de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile mis en place par le Département du Nord en collaboration avec d'autres institutions locales. Mise en place en 2006 d'un « comité de suivi de l'aide à domicile » rassemblant les principales fédérations d'aide à domicile.

- Ex. du Département du Nord qui délivre des autorisations de création de services à domicile ou encore soutien à l'association SYDO (professionnalisation et suivi des services à la personne).

● 5 / Le soutien aux familles

Le maintien à domicile n'entraîne pas seulement une modification éventuelle du lieu de vie, mais parfois aussi une charge psychologique importante pour les aidants. Pour favoriser le maintien à domicile, les familles doivent être aidées et soutenues.

- Ex. de l'aide psychologique mise en place par le Département du Nord pour les aidants naturels.

- Cf. le « projet pilote gérontologie », en Styrie, dans lequel le suivi des aidants naturels à domicile fait partie intégrante de la démarche de soin. Voir p 86.

Les constats

6 / L'inclusion sociale

Le maintien à domicile des personnes ne doit pas être synonyme d'exclusion sociale. Des actions sont entreprises pour que les personnes isolées qui bénéficient de soins et d'accompagnement à domicile puissent également garder des contacts avec l'extérieur.

→ *Ex. du fonds départemental à l'innovation du Département du Nord qui vise à promouvoir les actions innovantes susceptibles de favoriser l'intégration sociale.*

7 / Les nouvelles technologies

Les recherches faites en domotique tendent au développement de solutions qui facilitent la vie quotidienne des personnes. Des « maisons intelligentes » sont à l'étude mais, selon l'ensemble des participants, celles-ci ne doivent toutefois pas être vectrices d'isolement social.

CINQUIÈME CONSTAT

Le placement en institution pose de véritables défis aux sociétés européennes.

Pour tous les partenaires, le placement s'accompagne de nombreux problèmes dus à un manque d'investissements, de moyens, de places, de suivis, etc. Le vieillissement de la population, plus que dans beaucoup d'autres secteurs, devrait faire peser une importante tension dans le domaine du logement pour personnes âgées.

Par ailleurs, il faut noter que dans certains cas, une paupérisation des familles a été observée. Les personnes âgées paient leur placement au moyen de sommes épargnées tout au long de la vie. Le placement entame donc largement la part des futurs héritages dans les familles, ce qui entraîne une paupérisation générale et surtout cumulative.

Dans certaines collectivités, les experts font état d'un manque de place en institution. Dans d'autres,

compte tenu de la modification de la législation (faisant peser une partie du coût du placement sur les familles), les institutions pour personnes âgées sont en partie vides - ce qui ne réduit bien-sûr pas les coûts de fonctionnement de ces établissements.

La question de l'ajustement du nombre de places est partout une question très délicate. Si dans certaines collectivités, un mouvement important de désinstitutionnalisation s'observe, toutes soutiennent la construction, la réhabilitation de bâtiments pour en faire des maisons de retraite ou autres institutions plus médicalisées adaptées aux besoins. Certaines d'entre elles gèrent les régimes d'autorisation pour la construction ou l'ouverture des institutions, par exemple le Département du Nord. D'autres ont préféré gérer cela de façon plus décentralisée, par exemple la Styrie.

SIXIÈME CONSTAT

Le placement en institution nécessite un travail pluri-acteurs.

Les maisons de retraite ou établissements spécialisés, nommés différemment selon les zones géographiques, travaillent avec de nombreuses associations : aide aux familles, loisirs pour personnes âgées, etc. Elles travaillent à l'inclusion des personnes âgées, à rendre ce type de logement plus « normal ».

→ *Ex. du soutien du Département du Nord aux associations œuvrant aux projets artistiques et culturels en établissement.*

→ *Ex. de l'association « Les jardins du cygne » : projet intergénérationnel de culture de jardin bio dans les maisons de retraite.*

SEPTIÈME CONSTAT

L'entrée en institution relève d'un processus complexe qui doit se faire dans le respect de la personne.

La question de l'offre de solutions d'accueil pour les personnes âgées est une question cruciale. Il existe de nombreuses formes de placement possibles pour une personne qui n'est plus en mesure de rester chez elle. Dans chaque cas, un environnement favorable, un équipement adéquat, un lieu adapté à la personne, l'utilisation de nouvelles technologies, ou encore le coût du placement semblent être des aspects incontournables.

La plupart des cas d'entrée en maison de retraite ou en institution ne relèvent pas de la décision de la personne âgée (en France, 90% des entrées se font à la demande de la famille). Ainsi, une première question s'est posée : pourquoi a-t-on une image aussi négative des maisons de retraite ?

Les partenaires ont également constaté que ce fait pose une autre question de fond : pourquoi les familles doivent-elles placer les aînés ? Ceci renvoie à la notion de « gestion du risque ». Le droit au risque est « enlevé » aux personnes âgées qui pourtant, dans certains cas, souhaiteraient pouvoir le garder. À quel moment doit-on considérer que le droit au risque échappe à la personne, et donc doit être décidé par son entourage ?

Ces questions, même si elles relèvent de la sphère privée et sociologique, semblent devoir être abordées quand on parle de placement de la personne âgée.

→ *Ex. du « resident assessment instrument » (RAI) : instrument d'évaluation présenté par la Province de Hainaut (Belgique) pour mettre en évidence l'état de santé et de bien être des personnes âgées en institution. D'une manière standardisée et structurée, il doit permettre une planification de haute qualité et un contrôle de qualité.*

HUITIÈME CONSTAT

Le placement en institution peut être adapté aux pathologies, aux besoins des malades et offrir un accueil et des soins de haute qualité.

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par exemple, ou les personnes atteintes de démence ont des besoins spécifiques, qui peuvent être pris en compte par une approche architecturale différente et adaptée.

→ *Cf. intervention de Mme Sabine Oswald p138.*

→ *Cf. le centre gériatrique de Graz. Voir p 58.*

NEUVIÈME CONSTAT

En Europe aujourd'hui, de nombreux services alternatifs apparaissent.

Face au défi du vieillissement, de nombreuses formes de logement « alternatif » voient le jour. Elles tentent de casser la logique de placement « isolant et contraignant », de renforcer l'intergénérationnel, de favoriser souplesse, évolutivité et citoyenneté.

1 / L'accueil familial

Des familles sont rémunérées pour prendre soin, sous leur toit, d'une ou plusieurs personnes âgées.

→ *Ex. du système d'accueil familial mis en place par le Département du Nord : au 31 décembre 2008, le Département du Nord comptait 451 accueillants familiaux agréés, pour 130 personnes accueillies.*

2 / L'accueil de jour

Accueil en institution de personnes pendant la journée uniquement.

→ *Ex. financement de places pour l'accueil de jour par le Département du Nord (93 places au 1^{er} janvier 2009).*

→ Ex. des services d'accueil de jour observés pendant les visites de terrain en Styrie (accueil de jour pour malades Alzheimer), dans la Voïvodie de Lodz ou dans le Département de Baranya.

● **3 / L'accueil temporaire**

L'accueil temporaire est un accueil limité dans le temps. Il est mis en œuvre pour les personnes dont le maintien à domicile est, pour un moment défini, impossible (du fait de l'état de santé, de l'absence des aidants, de travaux, etc.).

● **4 / Le « balluchonnage »**

Des personnes sont payées pour « habiter avec » la personne âgée. Ce soutien existait auparavant de manière informelle permettant ainsi un service réciproque à la personne installée chez la personne âgée. Aujourd'hui ce système pourrait se développer mais il nécessite une adaptation du droit du travail.

→ Le Département du Nord a identifié cette possibilité comme étant un des axes à développer à l'avenir. Des évolutions législatives (droit du travail) sont attendues.

● **5 / L'habitat groupé**

Unité de vie intégrant des espaces privés et des espaces communs, animés d'une vie collective et gérés dans une perspective participative.

→ Ex. de la présentation par la Province de Hainaut : projet personnel non sanctionné par la loi, par exemple : Woluwe Saint Lambert, antenne Andromède 6 appartements de 5 personnes qui accueillent des personnes âgées souffrant d'un sentiment de solitude.

→ Ex. de l'expérience française des Babayagas (indépendant du Département du Nord).

→ Ex. de l'expérience « plus jamais seul » présentée par la Voïvodie de Cujavie Poméranie.

● **6 / L'habitat « Kangourou »**

Forme de cohabitation qui offre une alternative intéressante à la maison de repos. Elle permet à la personne âgée de rester chez elle et aux autres personnes (famille, étudiant...) qui occupent une autre partie de la maison de se loger pour un loyer modique et de disposer d'espaces de vie indépendants. Des liens sont ainsi créés entre cohabitants, des passerelles jetées entre les différentes générations et, parfois, entre des cultures différentes.

Sur le logement : voir également le thème « réponses aux populations spécifiques » p 47.

Les convictions

Concernant le logement des personnes âgées, les partenaires s'entendent sur la nécessité de :

- développer des unités de vie qui soient davantage intégrées dans la vie des quartiers, plus accessibles et évolutives pour « tous les âges de la vie » ;
- avoir des politiques de construction plus dynamiques ;
- avoir des politiques qui permettent de mieux se focaliser sur le domicile ;
- renforcer la formation des intervenants à domicile ;
- réunir des moyens financiers supplémentaires ;
- développer davantage les notions de design universel, adaptabilité, évolutivité et citoyenneté dans le logement collectif, quel qu'il soit ;
- développer au niveau local des moyens d'information sur les formes de logement pour permettre à tous de se positionner dans le débat, de favoriser la création de nouvelles initiatives locales, de pousser la population à s'investir dans la création de nouvelles formes de logement, etc.
- mettre en place ou renforcer la gouvernance entre une grande multiplicité d'acteurs locaux ;
- mettre l'accent sur le logement des personnes âgées en milieu rural et dans les quartiers « sensibles » ;
- développer des approches architecturales différentes, plus adaptées et plus intimes, notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démence.



« Par un effet mathématique, l'évolution des infrastructures pour personnes âgées aura un impact important sur les finances publiques ».

« Les besoins d'infrastructures liées à la santé vont augmenter ».

« La notion de conception universelle va plus loin que l'accès facile ou sans obstacle aux infrastructures : ce sont les infrastructures qui doivent en tous points être abordables par tous ».

« Il ne devrait pas uniquement s'agir de faire plus, mais de faire en partie autrement ».

« Aucune des collectivités partenaires ne peut actuellement établir de projection chiffrée ».

2

INFRASTRUCTURES

Les constats

Compte tenu de leur importance et de leurs spécificités, les institutions (maisons de retraite, etc.) ont été traitées à part, dans la partie logement.

Ont été considérés comme infrastructures tous les moyens qui aident les personnes âgées dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes (transport, maillage du territoire, accessibilité, santé, etc.)

● PREMIER CONSTAT

Par un effet mathématique, l'évolution des infrastructures pour personnes âgées aura un impact important sur les finances publiques.

La construction, l'évolution ou l'entretien de ces infrastructures auront de fait des répercussions sur les finances publiques. Ceci est d'autant plus important que pour certaines collectivités - en fonction de la fiscalité locale utilisée - une baisse de la population active peut entraîner une baisse des ressources dues à la fiscalité locale. Par exemple, les habitudes de vie d'une population plus âgée peuvent entraîner moins de mouvements dans les achats immobiliers et donc également potentiellement moins de revenus tirés de cette ressource fiscale, etc.

fait de la modification qualitative et avoir d'importantes conséquences en terme d'aménagement du territoire.

Aucune des collectivités partenaires ne peut actuellement établir de projection chiffrée. De trop nombreux facteurs peuvent potentiellement fausser les projections (comme les évolutions technologiques par exemple).

Globalement, les répercussions financières du vieillissement de la population sur les infrastructures pourraient dépendre de l'issue de plusieurs variables :

- la pression qui sera exercée sur les autres infrastructures ;
- la capacité de financement des « baby-boomers » ;
- la situation économique locale, nationale, voire européenne ;
- l'implication financière des États.

● DEUXIEME CONSTAT

Le vieillissement de la population ne devrait pas uniquement mener à un besoin accru en infrastructures mais à une modification des besoins.

Il ne devrait pas uniquement s'agir de faire plus mais de faire en partie autrement, ce qui peut cependant mener à une augmentation des coûts du

À noter que pour l'avenir, l'économie du vieillissement, ses opportunités et ses conséquences (modifications de la demande, de l'offre de produits, services, etc.), a amené la création de l'expression « Silver Economy ».

● TROISIEME CONSTAT

Les infrastructures liées à la santé vont être impactées par le vieillissement de la population.

Les « nouvelles personnes âgées », qui seront considérées comme telles dans quelques années, seront vraisemblablement en meilleure santé et plus indépendantes que les précédentes générations. Sous la dénomination « personnes âgées » vont se trouver des personnes dans des situations très différentes, deux voire trois générations à la retraite en même temps.

Même si les personnes âgées vieillissent aujourd'hui en meilleure santé qu'auparavant, les besoins d'infrastructures liées à la santé vont augmenter. La santé n'est pas une compétence qui appartient à nos collectivités locales. Ceci dit, certaines d'entre elles ont développé un réseau de proximité destiné à orienter les personnes âgées et leurs familles, notamment pour ce qui concerne l'accès aux infrastructures de santé (information, contacts, etc.)

De même, compte tenu des problèmes financiers qui peuvent toucher les personnes âgées, certaines collectivités mettent en place des systèmes d'aide ou de transport gratuits.

→ *Ex. des abonnements gratuits dans la Municipalité de Varna.*

Les besoins des personnes âgées en terme de transport (plus nombreux et plus diversifiés) risquent de forcer les collectivités qui en ont la charge à recourir à de nouveaux marchés ou à modifier les marchés existants.

→ *Ex. donné par Varna pour la contractualisation avec le secteur privé.*

De plus, de nouvelles dispositions doivent être prises pour rendre les espaces publics plus sûrs et plus accessibles (notamment pour les trottoirs et bas côtés pour tous les usages : piétons, cyclistes, fauteuils, etc.). Quelques idées vues en atelier : construction systématique de trottoirs abaissés au niveau de la chaussée aux passages piétons, construction d'avancées de trottoir destinées à réduire le temps d'exposition sur la chaussée, amélioration des accès aux transports en commun, ajustement des passages piétons à la vitesse des utilisateurs, utilisation de revêtements tactiles, etc.

Les besoins des personnes à mobilité réduite ont entraîné le développement de concepts tels que la « conception universelle » ou le « design universel ». Celui-ci est d'ailleurs devenu courant dans certains pays comme le Japon ou le Canada. La notion de conception universelle va plus loin que l'accès facile ou sans obstacle aux infrastructures : ce sont les infrastructures qui doivent en tous points être abordables par tous.

Ces normes permettent aux personnes âgées de mieux s'approprier l'espace public.

→ *Ex. donné par Varna pour l'aménagement urbain (ascenseurs, systèmes sonores, etc.)*

● QUATRIEME CONSTAT

Les infrastructures de transport vont devoir évoluer.

Les personnes âgées préfèrent vieillir chez elles et rester dans le lieu où elles ont habité précédemment. De fait, les territoires doivent s'adapter à un besoin croissant de systèmes de transport plus petits et dont les horaires seraient plus flexibles.

→ *Ex. des projections faites dans le Nord : les territoires qui seront les plus « âgés » d'ici 20 ans, sont des zones construites rapidement au moment où la génération baby-boom a accédé à la propriété. Or, ces zones sont paradoxalement beaucoup moins équipées que d'autres zones du département : des infrastructures seront peut-être à mettre en place.*



Les convictions

Concernant les infrastructures, les partenaires s'entendent sur la nécessité de :

- *construire des infrastructures adaptées à tous et à tous les âges de la vie ;*
- *réunir des financements nécessaires à des constructions plus adaptées ;*
- *produire une réponse adaptée aux évolutions des demandes sur le territoire, notamment en terme de maillage du territoire ;*
- *travailler de façon concertée pour anticiper au mieux les évolutions du territoire.*

● CINQUIÈME CONSTAT

Les infrastructures de maillage du territoire vont être amenées à évoluer.

Les collectivités déploient de nombreux efforts pour rendre les transports plus accessibles aux personnes âgées. Cela s'accompagne d'une décentralisation des services afin d'être au plus près des usagers.

- *Cf. les maisons du Département (Point Relais Services) et les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique). 30 CLIC sont ouverts sur le territoire du Nord pour permettre un accès simplifié à l'information et à l'orientation sur l'ensemble du territoire départemental. Voir p 62.*
- *Cf. le « Réseau des Hameaux de la solidarité » en Baranya : les villages les plus isolés peuvent être labellisés et recevoir, de fait, une aide spéciale pour les personnes âgées. Voir p 66.*



« Les Universités du 3^e âge sont une des réponses possibles à l'isolement que peuvent entraîner la retraite et la vieillesse en permettant aux personnes âgées de participer à la vie sociale, culturelle etc. et en leur permettant de s'exprimer. Elles doivent être encouragées par les collectivités locales ».

« La personne âgée est le meilleur expert de ses propres besoins ».

« Une approche individuelle du soin est donnée à chaque patient, l'idée est de se concentrer sur les points forts de chaque personne ».

« Pour apprendre à bien vieillir, il faut communiquer avec les personnes âgées ».

« Les pouvoirs locaux doivent soutenir le secteur de l'aide naturelle : la famille, les voisins, les amis... ».

3

INCLUSION DES PERSONNES ÂGÉES

Les constats

● PREMIER CONSTAT

La notion d'inclusion de la personne âgée couvre un très large éventail d'actions.

L'« inclusion sociale » est le processus permettant aux personnes en danger de pauvreté et d'exclusion de bénéficier des moyens et des ressources nécessaires pour participer à la vie économique et sociale. Ce terme recouvre donc de nombreux types d'actions qui ont tous pour but de viser une société plus juste et égalitaire.

À l'analyse des grilles de lecture reçues pour le second atelier sur la thématique « inclusion », on observe de nombreuses actions de nos collectivités favorisant l'inclusion : la promotion du bénévolat, le soutien à l'accès aux loisirs, les actions de dialogue intergénérationnel, l'animation dans les établissements pour personnes âgées, l'accès aux infrastructures (à voir également la thématique « infrastructures » p 21).

● DEUXIÈME CONSTAT

La possibilité d'avoir recours à des services gratuits doit être maintenue.

Des services gratuits et accessibles aux personnes âgées les plus démunies et isolées constituent un des facteurs d'inclusion. Or, les partenaires relèvent avec inquiétude que dans un contexte de raréfaction de l'argent public, cette avancée sociale majeure de la gratuité des services peut être remise en cause, voire disparaître.

→ Cf. la politique de gratuité développée par la Municipalité de Varna. Voir p 74.

● TROISIÈME CONSTAT

Les processus d'inclusion sont freinés par les stéréotypes.

Pour une meilleure inclusion des personnes âgées, les partenaires constatent qu'il y a lieu, non seulement de faire évoluer les regards portés sur la vieillesse mais aussi de mieux organiser la parole et l'expression de la personne âgée au sein de nos sociétés.

Il s'agit d'aborder la personne âgée par le biais de ses compétences et de ses forces – et non comme c'est le cas majoritairement aujourd'hui par la maladie ou la perte de ses capacités. Il s'agit également de favoriser, par l'éducation et la prévention, la préparation à l'entrée dans cette nouvelle étape de la vie.

● QUATRIÈME CONSTAT

Les actions favorisant l'inclusion des personnes âgées sont très nombreuses et variées.

● 1 / Lutter contre la pauvreté des personnes âgées

Comme cela a été soulevé en atelier 1 et à plusieurs reprises dans les grilles sur l'inclusion, il semble que les personnes âgées souffrent d'une large baisse de leurs revenus et d'une précarisation de leurs conditions de vie. Une exclusion financière est parfois visible.

Dans ce contexte, les collectivités luttent contre la pauvreté des personnes âgées. La plupart des grilles de lecture reçues font état d'activités/actions gratuites ou facilement accessibles pour les personnes âgées.

→ Ex. donné par le centre régional de politique sociale de Torun qui développe certains programmes particuliers pour les publics cibles de 39 territoires les plus pauvres de la Voïvodie de Cujavie Poméranie (programme financé avec l'aide de la Banque Mondiale).

→ Cf. les politiques d'accès gratuit aux transports et aux infrastructures culturelles dans la Municipalité de Varna. Voir p 74.

→ Ex. des aides financières directement versées aux personnes âgées par certaines des collectivités partenaires (cas du Département de Baranya et du Département du Nord).

→ Ex. des actions mises en place par le Judet de Suceava pour aider les personnes âgées avec de faibles revenus.

● 2 / Favoriser le bénévolat, favoriser le maintien en activité des seniors

Une fois l'activité professionnelle arrêtée, il semble important de pouvoir proposer d'autres activités aux personnes. Celles-ci créent un sentiment d'appartenance et de cohésion et placent la personne âgée dans une logique citoyenne. Ceci dit, comme le montre une enquête réalisée en France en 2002 (cf. compilation des grilles de lecture « inclusion »), ce sont principalement les personnes les plus aisées qui s'investissent dans les associations ou dans des actions de bénévolat. Ces résultats semblent également observables dans les autres pays européens.

De fait, afin de favoriser l'inclusion sociale des personnes âgées, il est important que les collectivités s'investissent pour développer un large accès au monde associatif et au bénévolat afin d'éviter l'isolement des personnes.

→ Ex. des actions de soutien aux créations de clubs de personnes âgées dans la Voïvodie de Lodz, plus spécialement dans les zones rurales, notamment les « clubs de fermières ».

→ Ex. de l'orientation stratégique n°1 du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (volet personnes âgées) du Département du Nord qui inscrit comme objectif « permettre à la personne âgée de mettre ses

compétences au service de l'autre ». Sur cette base, des actions visant à développer l'accès au bénévolat sont financées. A titre d'exemple le Département du Nord s'est engagé à aider l'implication des personnes âgées dans le bénévolat ou encore dans le parrainage de familles en difficulté.

→ Cf. l'expérience « Banque du temps » en Cujavie Poméranie, qui permet un échange des temps libres entre générations. Voir p 82.

● 3 / Faciliter l'accès à la culture et aux loisirs (sport, voyage, club, etc.)

Un des autres aspects soulevés lors des ateliers est la nécessaire implication des collectivités pour favoriser l'accès aux loisirs.

→ Ex. de l'implication de Varna pour maintenir un accès gratuit à la culture pour les personnes âgées.

→ Ex. du « centre régional de promotion culturelle » de Cujavie Poméranie qui a une section particulière pour les seniors : des activités leur sont proposées (art, théâtre, sorties, etc.) et le centre organise également des activités intergénérationnelles avec les écoles et centres sociaux.

Une attention particulière est portée au travail en réseau de sorte que les actions d'inclusion des personnes âgées se fassent de façon cumulative et croissante.

→ Cf. l'Université du 3^e âge de Lodz. Voir p 70.

→ Ex. du Département du Nord : un fonds départemental à l'innovation finance des projets tendant à améliorer l'accès à la culture et à promouvoir les relations intergénérationnelles.

Les constats

- Ex. du Département du Nord : soutien financier important aux clubs et associations de personnes âgées. En 2009, 27 associations intervenant auprès des personnes âgées, 34 clubs du 3^e âge et 4 syndicats de retraités ont été subventionnés ; enveloppe de 130 000€ en 2010.
- **4 / Promouvoir le lien social, l'intergénérationnel**
L'un des aspects soulevés dans les grilles de lecture et les ateliers pour favoriser l'inclusion de la personne âgée, est l'importance du lien intergénérationnel. Sur ce point, les initiatives sont très nombreuses.
 - Cf. en Cujavie Poméranie des actions de soutien aux jeunes en difficulté. Les membres de la "Banque du temps" développent également des projets intergénérationnels comme le projet "les rêves en flash" : concours photo avec jeunes et personnes âgées sur la thématique des rêves. Voir p 82.
 - Ex. dans le Département du Nord, le fonds départemental à l'innovation finance des projets qui permettent de renforcer les liens intergénérationnels. Exemple de projets financés : le projet « les chemins des entour'âges » porté par un centre social d'une des communes du département. Ce projet proposait d'organiser des échanges entre retraités et enfants autour de pratiques, groupes de parole, mise en œuvre d'activités partagées, etc.
 - Ex. dans la Voïvodie de Lodz : création à Grabów d'un « club d'intégration entre les générations ».
 - Cf. dans la Voïvodie de Lodz, des programmes télévisés consacrés aux personnes âgées. Voir p 80.
- **5 / Développer l'animation dans les établissements pour personnes âgées**
Le placement ne doit pas être synonyme d'exclusion sociale. Des initiatives sont prises pour aider l'ouverture des maisons de retraite à la société.
 - Ex. dans le Département du Nord : politique active de soutien aux projets artistiques et culturels dans les maisons de retraite. En 2009, 11 projets ont été financés pour un montant de 38 000€ par la Direction de la Solidarité aux Personnes Agées et aux Personnes Handicapées et 22 948€ par la Direction de l'Action Culturelle. Exemple de projets financés : atelier de pratiques artistiques autour de la danse, atelier artistique autour de la photographie, et même, en 2010, un atelier autour du slam ! L'idée est de permettre une rencontre entre l'univers des artistes et celui des personnes âgées et travailler globalement sur l'estime de soi.
- **6 / Promouvoir l'accessibilité aux lieux publics/aux infrastructures**
Cf. partie « infrastructures », p 21.

Les convictions

Dans un contexte de paupérisation accrue des personnes âgées, les actions développées par les collectivités locales sont incontournables et irremplaçables. Les actions mises en place au niveau local sont nombreuses et variées. Ont été relevés ici des projets visant à lutter contre la pauvreté, favoriser le bénévolat, faciliter l'accès à la culture et aux loisirs, promouvoir le lien social, développer l'animation dans les établissements et promouvoir l'accessibilité des établissements et des infrastructures. Concernant l'inclusion des personnes âgées, les partenaires s'entendent sur la nécessité de :

- former davantage de personnel, avec de nouvelles techniques (ex. simulateur d'âge), à d'autres concepts (ex. concept d'humanité), à d'autres thèmes (ex. prévention du suicide de la personne âgée), réunir davantage de moyens financiers et favoriser une meilleure reconnaissance salariale pour les soignants ;
- lutter contre les stéréotypes autour des personnes âgées ;
- trouver des modes d'action qui permettent d'utiliser davantage le potentiel des personnes âgées ;
- tout mettre en œuvre pour faire une surveillance au plus près des phénomènes de maltraitance (créer des organismes de surveillance et de suivi chez les partenaires qui en sont encore dépourvus et les doter de moyens) ;
- formuler des stratégies nationales d'envergure ;
- développer les centres/clubs pour personnes âgées qui sont parfois trop peu nombreux ;
- mobiliser davantage de moyens pour développer l'engagement associatif des personnes âgées ;
- lutter contre toutes les formes de barrières architecturales et favoriser l'accès à toutes les infrastructures ;
- encourager le maintien de liens familiaux et de solidarité ;
- développer des programmes de préparation au « bien vieillir » ;
- accorder davantage d'attention aux personnes âgées vivant dans des quartiers en difficulté.

Les partenaires ont émis l'idée d'une campagne commune sur le vieillissement : 7 partenaires, donc 7 photos de personnes âgées en gros plan délivrant un message insolite/en rupture par rapport à l'idée que l'on se fait des personnes âgées. Cette campagne serait traduite dans les 6 langues du projet.



« Recette pour apprendre à bien vieillir : prendre son temps, accepter les choses, se simplifier la vie, rester actif, continuer à apprendre, rire souvent, longtemps et fort, profiter de l'instant présent ».

*« Comment reconnaît-on un vieil homme ?
Quand l'homme entend des voix, quand l'homme dort à côté de son dentier, quand l'homme sait tout et que personne ne veut l'écouter »
(anecdote bulgare).*

*« On ne peut s'empêcher de vieillir, mais on n'est pas obligé de vivre vieux »
(Joseph Rony).*

« La société européenne est marquée par un phénomène de gérontophobie ».

4

DÉFI ÉTHIQUE DE « L'APPRENDRE À BIEN VIEILLIR »

Les constats

● PREMIER CONSTAT

Le développement d'un apprentissage à la vieillesse est nécessaire.

L'expression « apprendre à vieillir » peut paraître étrange. En effet, puisque la vieillesse fait partie de la vie, cette expression reviendrait à dire « apprendre à vivre », ce qui peut paraître surprenant.

Ceci dit, à bien y réfléchir, il existe des instances pour apprendre à bien vivre : les parents, l'école, les amis, etc., éduquent au sens critique, au libre arbitre, au respect et à la sauvegarde. Or, vieillir entraîne un contexte différent. Qu'elles soient physiques ou psychiques, la vieillesse apporte des réalités différentes auxquelles l'Homme doit se préparer.

Apprendre à vieillir veut dire apprendre à vivre, certes, mais apprendre à vivre autrement. Dès lors, cela sous entend un paradoxe : apprendre à vivre tel que nous avons toujours été avec nos valeurs, nos idées, notre histoire mais dans un contexte différent et avec des forces différentes.

Ce paradoxe difficile entre « être » et « devenir autrement » est cause de souffrance chez de nombreuses personnes âgées. Ceci est d'autant moins facile que la société valorise toujours de plus en plus la jeunesse, le mouvement, l'efficacité, etc.

● DEUXIÈME CONSTAT

L'apprentissage au bien vieillir est ambivalent.

Apprendre à vieillir revêt deux dimensions :

→ celle de l'acceptation de sa propre vieillesse, comment l'appréhender, comment vivre avec elle, comment s'y préparer, etc. ;

→ celle de l'acceptation de la vieillesse de l'autre, d'une meilleure compréhension de la vieillesse afin d'augmenter et de faciliter la bienveillance. Ce défi est avant tout un défi de solidarité et d'ouverture. Il ne faut pas oublier que la grande majorité des personnes âgées est autonome et que,

dans un contexte de vieillissement de la population, il est nécessaire de mieux comprendre la réalité de la vieillesse, de faire tomber les préjugés afin de mieux appréhender les personnes âgées (et ainsi de mieux les soigner, les loger, les intégrer, etc.).

De fait, il est donc important de développer aujourd'hui des méthodes et des connaissances sur l'apprendre à bien vieillir. Ceci est d'autant plus important que nos collectivités sont en pleine mutation démographique. Développer l'apprendre à vieillir et à bien vieillir dans les collectivités est une des façons de relever le défi du vieillissement de la population.

● TROISIÈME CONSTAT

Les actions des collectivités pour aider les personnes à appréhender leur propre vieillesse sont nombreuses.

Selon les partenaires du projet, il est à noter que certaines collectivités s'investissent dans l'apprentissage au grand âge. L'idée est de diffuser une autre image de la personne âgée, non seulement par rapport aux autres mais surtout par rapport à elle-même. L'idée est également de retrouver une forme de connivence avec son corps, de se le réapproprié, etc.

Il est possible de préparer les personnes âgées à mieux anticiper les situations inhérentes à la vieillesse.

→ *Ex. du Département du Nord qui a inscrit dans l'orientation stratégique n°1 du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2007-2011 (volet personnes âgées), l'objectif « préparer la retraite ».*

→ *Ex. de la stratégie nationale du vieillissement développée en Hongrie qui a pour but affiché de responsabiliser les personnes dans la préparation de leur propre vieillesse et ce dès le plus jeune âge.*

● 1 / Les actions autour du sport

Les collectivités partenaires développent des activités sportives spécifiques à destination des personnes âgées.

→ *Ex. de la Municipalité de Varna : des clubs de sport gratuits sont ouverts pour les femmes de plus de 55 ans. L'idée est de leur faire prendre conscience de la possibilité d'envisager autrement la vieillesse.*

→ *Cf. la Voïvodie de Cujavie Poméranie qui a mis en place un « programme régional pour l'activité physique des seniors » à destination des plus de 50 ans. Voir p 76.*

● 2 / Les actions globales de prévention

→ *Ex. du Département du Nord qui mène depuis 2002 des actions de sensibilisation et d'information sur le dépistage des cancers du sein et colorectal en lien avec l'Association pour le Dépistage des cancers du Nord.*

→ *Ex. dans le département du Nord, des stages pour aider les seniors à préserver leur autonomie au volant sont organisés (CLIC du canton d'Armentières avec la caisse de retraite et l'association nationale pour la promotion de l'éducation routière). Initiative non financée par le Département.*

● 3 / Les actions autour de la nutrition

Peu d'actions ont été présentées, mais il semble que l'apprentissage d'une nutrition différente soit important. Des cours de cuisine et de prévention à ce sujet pourraient être développés. La nourriture et les repas de manière générale sont de véritables repères.

→ *Ex. de la maison de retraite de Rœulx (Département du Nord), où les personnes âgées autonomes ont la possibilité d'aider le cuisinier tous les jours afin de conserver une activité et d'aider à avoir un rythme de vie.*

● QUATRIÈME CONSTAT

Il est possible d'apprendre à mieux appréhender la vieillesse de l'autre : apprendre à voir vieillir pour mieux accompagner. Afin de développer le bien vieillir en Europe, il est nécessaire que les personnes plus jeunes tentent de comprendre la vieillesse de l'autre et les réalités qui incombent au grand âge. Cette perspective nécessite certains efforts :

● 1 / Tenter de dépasser les barrières dues à l'âge

Afin de bien comprendre la personne âgée, il faut avant tout et paradoxalement dépasser la notion d'âge. La personne âgée est avant tout une personne, pleine de son histoire et de ses réalités. « Vous ne pouvez pas prendre en compte la personne âgée sans connaître son histoire. C'est la représentation de la vieillesse qui est en jeu. Les personnes âgées évoquent une image de grand-père ou de grand-mère genre "Mamie Nova". Or, elles arrivent en maison de retraite avec leur conviction de syndicaliste ou leur homosexualité ».*

Pour ces raisons, la personne âgée doit avant tout être considérée comme toute autre personne. Pour ce faire, les collectivités partenaires développent différents types d'actions qui tournent autour de la connaissance de l'autre, du partage et de l'intergénérationnel.

→ *Ex. du soutien du Département du Nord à la « semaine bleue » (événement national autour et pour les personnes âgées). En 2010, le thème de la semaine bleue était « à tout âge, vivre ensemble » et de nombreux projets, visant à baisser les barrières entre les âges, sont soutenus (ex. soutien à des cours de cuisine intergénérationnels, jardin bio intergénérationnel, etc.).*

● 2 / Tenter d'accepter la coexistence de plusieurs modèles

Tous les âges de la vie ont leurs repères et leurs particularités. Tout en prenant garde aux généralisations, il faut pouvoir être en mesure d'accepter d'autres valeurs et parfois même d'autres modèles pour bien intégrer les personnes âgées.

* Paulette Guinchard-Kunstler, ancienne secrétaire d'État aux Personnes Âgées, députée (France).

Les constats

Les valeurs inhérentes à la vieillesse, à la lenteur, etc. doivent être davantage considérées par les sociétés européennes. Celles-ci ont plutôt tendance à faire de l'activité productive le critère presque unique de la réussite d'une vie. Elles sont spontanément plus attentives aux pertes qu'aux gains que le vieillissement entraîne. Or, de nouveaux modèles de société de consommation se développent aujourd'hui afin de mettre en lumière d'autres paramètres possibles : « société de l'être » (et non plus « société de l'avoir ») ou encore, pour ce qui concerne l'économie, la notion de « slow business » (laisser les personnes travailler à leur propre rythme). Ces modèles ont notamment pour but une meilleure coexistence des différents âges de la vie.

3 / *Tenter de mieux comprendre la réalité de l'autre*

Mieux comprendre la réalité de l'autre permet de mieux l'accepter mais aussi de mieux en prendre soin. Se développent en Europe de nombreux travaux liés à la domotique et au mieux vivre dans les logements par exemple. Pour « se mettre à la place » des personnes âgées, des entreprises ont ainsi développé des « simulateurs d'âge » qui font que l'on peut pendant quelques minutes se rendre compte de la réalité physique moyenne d'une personne de 80 ans. Sont notamment utilisés pour la formation des soignants : des gouttières bloquant les articulations, des poids placés sur le dos et les épaules, un casque et des lunettes utilisés pour diminuer les perceptions sensorielles.

D'autres initiatives et/ou apprentissages peuvent être mis en place pour apprendre la signification de la vieillesse de l'autre : favoriser les formations, les témoignages intergénérationnels (ex. faculté de médecine en Suisse : des cours obligatoires pour les étudiants sont donnés par leurs grands-parents pour expliquer la réalité de la vieillesse).*

À voir également la notion « d'humanité » qui est une théorie de soin de la personne âgée basée sur la bienveillance et l'écoute, l'amélioration de l'accompagnement de la personne dans le respect, la tendresse et l'autonomie.

Appréhender la vieillesse de l'autre a pour conséquence de mieux la comprendre et donc de mieux l'accepter. L'idée est de mieux connaître les personnes âgées en organisant des lieux de rencontres, de débats, d'apprentissages, de témoignages.

Différentes pratiques ont été présentées :

→ *Ex. du Département du Nord qui a mis à profit ses propres employés pour mieux connaître les « futures » personnes âgées. Un questionnaire a été lancé en 2008 auprès des agents départementaux de plus de 50 ans. 2388 questionnaires ont été envoyés pour 559 retours. Objectifs de l'enquête : comprendre comment ces personnes envisagent leur retraite, étudier leur sensibilité par rapport à la perte d'autonomie, etc.*

→ *Ex. du Département de Baranya qui a mis en place un conseil des aînés qui siège au niveau local et régional pour débattre et aider à orienter les politiques sur le sport, les loisirs, la communication, la santé mentale, l'emploi, l'aide sociale, etc. Une stratégie nationale est développée depuis janvier 2010 en Hongrie pour favoriser l'activité des personnes âgées et la connaissance des personnes âgées : « l'académie pour personnes âgées ». Le conseil des aînés travaille en réseau au niveau national pour développer du lobbying sur les questions les concernant et développer des études pour mieux connaître les personnes âgées.*

→ *Ex. en Cujavie Poméranie, l'Université du troisième âge travaille avec des gérontologues afin de développer une meilleure connaissance entre soignants et personnes âgées.*

→ *Cf. dans la Voïvodie de Lodz : des programmes télévisés sont consacrés aux personnes âgées dans le but de créer du lien social et de faire changer les mentalités. Voir p 80.*

Les convictions

Au regard des grilles de lecture reçues et des échanges en atelier, les partenaires affirment qu'apprendre à bien vieillir est un enjeu de société qui vise à mieux connaître les personnes âgées pour leur apporter les meilleures réponses possibles.

C'est un enjeu important pour les collectivités locales dans le cadre du développement de « territoire à haute qualité du vieillissement ».

Pour développer « l'apprendre à bien vieillir », les partenaires s'entendent sur la nécessité de :

- favoriser les initiatives dans ce domaine qui s'inscriraient dans le long terme ;
- mobiliser davantage de moyens pour développer l'éducation à la vieillesse ;
- lutter contre les préjugés et le culte du jeunisme qui freinent beaucoup le travail d'échanges entre les différents âges de la vie ;
- doter la prévention de davantage de moyens ;
- mieux harmoniser les programmes entre eux ;
- mettre en valeur les conseils d'aînés et les lieux de rencontre avec les réalités des aînés ;
- aider à la communication autour des personnes âgées ;
- former davantage de personnel : nouvelles techniques, autres concepts, autres thèmes (ex. prévention du suicide de la personne âgée) ;
- réunir davantage de moyens financiers et favoriser une meilleure reconnaissance salariale pour les soignants ;
- travailler à un meilleur partenariat avec les structures nationales d'éducation pour favoriser l'apprentissage du bien vieillir. Les partenaires ont émis l'idée d'une « journée de la vieillesse à l'école » : labellisation d'une journée en Europe pour aider les témoignages, les projets, les échanges, etc.

Une citation toujours d'actualité : « Une politique du bien vieillir résultera tant de la prise de conscience individuelle du cycle de vie de chaque citoyen que des choix solidaires qui seront faits collectivement pour bien vivre ensemble » (Rapport Laroque - 1962).

* Conférence « Prévention de la maltraitance et prévention des négligences envers les personnes âgées » Bruxelles 17 mars 2008.



« La faiblesse structurelle des taux d'emploi des seniors est un phénomène marquant sur l'ensemble du territoire européen ».

« Des inégalités hommes-femmes sont particulièrement perceptibles dans le domaine de l'emploi des seniors ».

« On n'est pas vétuste dès qu'on atteint l'âge de la retraite ! ».

« L'emploi des seniors (55 - 65 ans) recouvre des situations extrêmement diverses ».

5

EMPLOI DES SENIORS

Les constats

Le thème de l'emploi des seniors est un peu différent de ceux traités tout au long du projet. En effet, il ne concerne pas vraiment le public « personnes âgées » ou « personnes âgées dépendantes », mais plutôt les personnes qui ont entre 55 et 65 ans (voire, en fonction des conceptions et selon les pays, entre 45 et 65 ans) et dénommées : les « seniors ».

Alors que l'espérance de vie augmente, créant ainsi un véritable défi pour les régimes de retraite de l'Union Européenne, les répartitions entre temps dits « de la vie active » et temps dits « de la retraite » sont remises en question.

Comme tous les partenaires le montrent, de très nombreuses questions se posent bien au-delà des régimes de retraite. Elles touchent à l'idée que chaque société se fait du travail, de son rythme et de sa prégnance sur le temps « privé », de la solidarité nationale, du bien-être, du libre arbitre et de la place de la sphère économique par rapport à la sphère sociale.

● PREMIER CONSTAT

L'emploi des seniors fait l'objet de stéréotypes et de méconnaissances.

Comme pour les autres thèmes traités dans le projet, la thématique « emploi » dévoile de nombreux et handicapants stéréotypes autour des seniors : les salariés les plus âgés sont considérés comme peu productifs, coûteux et rétifs au changement. Ces stéréotypes empêchent encore de très nombreux « seniors » d'accéder à l'emploi, alors qu'ils sont, dans les faits, reconnus pour être plus expérimentés et plus sérieux.

Durant ces 25 dernières années, les entreprises ont pris l'habitude de se séparer facilement des seniors et ont donc délaissé les chantiers « Ressources Humaines » qui auraient pourtant permis leur maintien dans l'emploi qu'il s'agisse de l'adaptation des conditions de travail ou de la formation continue pour améliorer leurs compétences.

De nombreuses entreprises en Europe sont donc peu sensibilisées et formées aux réalités de l'emploi des seniors et à leurs besoins. Ceci tend cependant à se modifier et quelques entreprises ou cabinets se sont même aujourd'hui spécialisés dans l'emploi des seniors. Les massifs départs en retraite dans les années à venir vont obliger les entreprises à revoir leur positionnement par rapport à l'emploi des seniors. Le phénomène a déjà commencé au Japon, par exemple, l'âge effectif de départ à la retraite est de 68 ans ; le taux d'activité des hommes de 55 à 59 ans est de plus de 90%.

● DEUXIÈME CONSTAT

L'emploi des seniors recouvre une grande inégalité et une grande diversité de situations.

L'emploi des seniors (55 - 65 ans) recouvre des situations extrêmement diverses. Certains souhaitent continuer à travailler par goût/choix, alors que

d'autres souhaitent cesser leur activité professionnelle mais sont obligés de continuer à travailler par nécessité économique ; il existe également de grandes différences dans la pénibilité du travail.

Les salariés âgés qui restent dans l'emploi sont souvent les plus qualifiés et les mieux payés, tandis que les salariés à plus bas salaires ont été précocement poussés vers la sortie. Paradoxalement ce sont eux, qui, économiquement, déclarent avoir le plus besoin de continuer à travailler.

Comme le rappellent plusieurs grilles de lecture, des inégalités hommes-femmes sont particulièrement perceptibles dans le domaine de l'emploi des seniors. Les femmes ont encore moins de chance que les hommes de conserver une activité salariée après 50 ans.

● TROISIÈME CONSTAT

Le chômage des seniors est très particulier.

On parle beaucoup de l'emploi des seniors alors que bon nombre de pays peinent à leur faire une place sur le marché du travail. La situation des seniors chômeurs en Europe pose problème. Ils sont certes moins nombreux que les chômeurs de moins de 25 ans, mais ils restent au chômage bien plus longtemps. Certains d'ailleurs finissent par quitter les statistiques « chômeurs » car ils ont été finalement placés en invalidité ou dispensés de recherche d'emploi.

La faiblesse structurelle des taux d'emploi des seniors est un phénomène marquant sur l'ensemble du territoire européen. Les États membres avaient affiché une volonté d'atteindre avant 2010 un taux d'emploi de 50% pour les personnes âgées de 55 à 64 ans. Dans la réalité, le taux d'emploi en Europe des 55-64 est passé de 36% en 1997 à 45% en 2007, mais les situations sont très hétérogènes en Europe. Dans certains pays le taux d'emploi des seniors est très élevé : 70% en Suède, 59% au Danemark, 57%

Les constats

au Royaume-Uni, 52% en Allemagne. Dans d'autres pays ces chiffres sont très inférieurs : 39% en Autriche et en France, 34% pour l'Italie ou la Belgique

● QUATRIÈME CONSTAT

Le départ à la retraite dépend de la conjonction de nombreux facteurs.

Si les situations des seniors face à l'emploi et au chômage sont très différentes d'une personne/d'une situation à une autre, la notion de « système » est également à prendre en compte.

La décision d'arrêter ou de poursuivre sa vie professionnelle est également prise en fonction des opportunités laissées par les systèmes :

- liées aux politiques de l'emploi et de lutte contre le chômage ;
- liées à la prise en charge de la maladie et de l'incapacité ;
- liées à la retraite.

Aussi, un rapide aperçu des législations en matière de retraite semble nécessaire (Cf. tableaux MISSOC - Commission Européenne - âge légal de départ en retraite <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=fr>) :

- en Autriche : 60 ans pour les femmes, 65 ans pour les hommes (entre 2024 et 2033 augmentation progressive de l'âge de la retraite prévue pour les femmes pour atteindre celui des hommes) ;
- en Bulgarie : 60 ans pour les femmes, 63 ans pour les hommes ;
- en France : 62 ans d'ici 2018 ;
- en Hongrie : 62 ans (l'âge de la retraite est repoussé par demi-année pour chaque groupe d'âge à partir de 2010 pour atteindre l'âge de 65 ans en 2022) ;
- en Pologne : 60 ans pour les femmes, 65 ans pour les hommes ;
- en Roumanie : 58 ans pour les femmes (puis progression prévue à 60 ans en 2014),

63 ans pour les hommes (progression prévue à 65 ans en 2014).

Au final, compilant ces constats et les politiques emploi-maladie-retraite, trois dimensions de la décision du départ en retraite sont identifiables en Europe :

● 1 / La dimension individuelle

Certains facteurs de décision du départ en retraite sont personnels : sexe, niveau d'étude, état de santé. Il a été prouvé que les individus ont par ailleurs une bonne estimation de leur espérance de vie et que ceci joue un rôle dans la décision de départ à la retraite.

● 2 / La dimension contextuelle

Le contexte de la fin de vie dite « active » a une grande importance : date du départ en retraite du conjoint, ressources du ménage, état de santé du conjoint ou d'un autre membre de la famille, enfants à charge, contexte économique.

● 3 / La dimension institutionnelle

La nature des trois systèmes sociaux en place (emploi - retraite - maladie) a une influence décisive.

- Ex. de l'étude réalisée en Cujavie Poméranie pour identifier les facteurs de départ à la retraite. Pour le cas de la Cujavie Poméranie, 7 types de facteurs sont détaillés :
 - ▶ les facteurs liés à la santé ;
 - ▶ les facteurs légaux (âge de la retraite, système, etc.) ;
 - ▶ la crainte de la perte d'emploi à venir et le manque d'opportunité de retrouver un emploi ensuite ;
 - ▶ les conditions de travail et la nature du travail ;
 - ▶ le niveau de revenus/de la pension ;
 - ▶ la nécessité de prise en charge d'un proche ou d'un parent ;
 - ▶ les raisons personnelles.

● CINQUIÈME CONSTAT

Les collectivités ne peuvent agir que dans la limite des compétences qui leur sont confiées par la loi.

Au vu des grilles de lecture, il semble que les collectivités aient peu de compétences en la matière. L'emploi, qu'il soit des seniors ou non, relève souvent de plans nationaux, de la compétence des agences pour l'emploi, etc.

De fait, presque tous les partenaires travaillent sur ce thème de manière indirecte en coopération avec les agences pour l'emploi, les ONG, les services de l'Etat. Ceci n'est pas le cas du Land de Styrie, qui a la compétence de développer directement des actions pour l'emploi des seniors.

Par ailleurs, il est à noter que bon nombre des collectivités participantes travaillent sur ce thème, de manière directe ou indirecte via les Programmes Opérationnels FSE de chaque Etat. De fait, le FSE devient un important financeur de l'emploi senior en Europe.

- Ex. donné du programme opérationnel polonais volet 6.1.1 et 7.2.1 avec cofinancement supplémentaire du volet 6.2 si le groupe cible contient 50% de 45+. Cela pourrait être développé davantage (point à garder à l'esprit par tous les partenaires lors des négociations pour la prochaine programmation 2013-2020).
- Cf. « Styrian employemnt pact ». Voir p 90.
- Cf. la Municipalité de Varna a mis en place, sur son territoire, le programme national « assistant personnel ». Voir p 98.
- Ex. la Municipalité de Varna a mis en place, sur son territoire, le programme national « aide à la retraite ». Son objectif est d'assurer

un emploi et une aide financière à la retraite aux personnes au chômage à qui il ne manque que 5 points maximum pour atteindre le taux de retraite à taux plein.

- Ex. la Voïvodie de Cujavie Poméranie applique le plan national « solidarités générations 50+ ». Celui-ci vise les personnes sans emploi ou en situation d'exclusion avec la mise en place d'un suivi personnalisé avec coaching, aide psychologique, etc. Le programme vise également à faire évoluer le regard des employeurs sur les 50+. (Programme adopté par le conseil des Ministres le 5.08.2009).
- Ex. le Département de Baranya a mis en œuvre un Pacte (Baranyapaktum) au niveau du Département dans le but d'augmenter le niveau de formation et l'égalité des chances notamment pour les plus de 50 ans. www.baranyapaktum.hu
- Ex. le Judet de Suceava a développé des programmes de « prolongation de la vie active » avec l'AJOFM (agence locale pour l'emploi) : mise en place de programmes d'information, de conseils, d'assistance, etc. Par ailleurs, une base de données listant les publics cibles seniors et les possibles employeurs est en cours de préparation. En Roumanie, un programme national de promotion de l'emploi des seniors chômeurs existe pour la période 2008-2011.
- Ex. l'agence régionale pour l'emploi de Lodz coordonne des actions financées par le Fonds « augmenter l'activation professionnelle des personnes 45/50 + ».

D'un point de vue global, toutes les grilles de lecture insistent sur la nécessité d'avoir des plans d'actions personnalisés et créés sur mesure.

Les constats

● SIXIÈME CONSTAT

De nouvelles formes de travail sont à favoriser.

Le faible taux d'emploi des 55-65 ans pousse les pays européens à développer de nouvelles formes d'emploi. Cependant, ces nouvelles formes d'emploi ne sont bien-sûr pas réservées aux seniors et peuvent constituer un tremplin pour tous. Ces modèles sont surtout mis en œuvre par les entreprises elles-mêmes, et non par les collectivités partenaires qui ont peu ou pas de prise sur l'organisation des entreprises. Ainsi, les nouveaux modèles listés lors des ateliers ne sont pas forcément issus des bonnes pratiques des collectivités mais constituent néanmoins un apport intéressant pour envisager les évolutions à venir.

● 1 / Le télétravail

Forme de travail qui, grâce à un équipement particulier, permet au salarié d'exercer son activité en partie depuis son domicile.

→ Ex. de la Styrie qui aide à développer le télétravail.

● 2 / « L'intérim management » et le « management de transition »

Système d'intérim pour cadre de haut niveau. Les personnes sont salariées de sociétés d'intérim spécialisées. Elles peuvent aussi être en CDD, voir en free lance pour le management de transition (recours à un manager pour des contrats ou missions ponctuelles).

● 3 / « Le portage salarial »

Forme de travail qui allie l'indépendance du statut de consultant avec la sécurité du salariat. L'idée est d'être embauché à temps plein par une entreprise dite « de portage salarial », qui rémunère son salarié. Celui-ci pour autant, travaille dans une ou plusieurs autres entreprises. La société de portage fonctionne comme un cabinet de consultant qui facture l'intervention de la personne à l'heure. Le salarié, lui, est payé par la société de portage qui s'occupe de tous les aspects administratifs comme une société classique.

● 4 / Multi-salariat et travail à temps partagé

Le multi-salariat correspond au fait de travailler pour plusieurs employeurs et d'avoir un temps plein en cumulant les différents postes. Le temps partagé veut dire être employé par une association, un groupement créé par différentes entreprises. Les personnes sont salariées du groupement sur la base d'un temps plein et partagent leur temps entre les entreprises du groupement qui en ont besoin.

● 5 / La création d'activité

Certains pays ont grandement facilité les processus administratifs menant à la création d'entreprise. C'est le cas en France notamment avec la notion « d'auto-entrepreneuriat ». En France 20% des auto-entrepreneurs ont plus de 60 ans.

● 6 / Aménagement des fins de carrières

Processus, temps de travail, répartition des tâches ou organisation du temps de travail qui permettent aux salariés en fin de carrière de continuer leur activité tout en trouvant un rythme qui leur convienne.

● 7 / Développement du tutorat, du « tuilage », du « parrainage »

Répartir son temps de travail entre poursuite de son activité professionnelle et formation de personnes plus jeunes de l'entreprise. L'idée sous-jacente est la transmission du savoir d'un senior en proposant en même temps éventuellement un aménagement de son temps de travail.

● 8 / Promouvoir de nouveaux modèles de production

Cf. atelier « apprendre à bien vieillir » et les nouveaux modèles économiques type slow business : autres aménagements des horaires, adaptation des postes de travail, revoir le temps partiel, etc.

Les convictions

Les partenaires s'entendent sur le fait que la thématique « emploi des seniors » se trouve à un carrefour important. Elle connaît une très importante évolution dans tous les domaines : législatif, économique, social, éthique, solidaire, etc.

Ils sont également convaincus de la nécessité de :

→ promouvoir l'emploi des seniors par une double action simultanée : sur les employeurs et les employés ;

→ être vigilant sur l'égalité des chances dans l'emploi des seniors notamment pour les femmes, les personnes peu qualifiées, etc. ;

→ travailler de façon concertée (pluri-acteurs) à l'emploi des seniors, tout en prenant en compte la nécessité d'individualiser les réponses à leur apporter et tout en donnant la possibilité de s'ouvrir à de nouveaux modèles économiques ;

→ développer envers les seniors, une action immédiate et réactive à un moment donné

« T » (côté nécessairement individualisé des démarches de soutien aux personnes), tout en réfléchissant et anticipant les besoins des générations futures ;

→ travailler sur un cadre juridique spécifique ;

→ mobiliser des moyens pour les agences/ONG/collectivités qui ont besoin de financement pour les actions à entreprendre ;

→ mettre en chantier des concertations globales sur les nouvelles formes de travail en fin de carrière : tuilage, parrainage, tutorat, temps partiel, adaptation aux rythmes des seniors, slow business, aménagement des postes de travail, reclassement professionnel, etc.

Les partenaires s'entendent également sur l'importance incontournable du Fonds Social Européen en la matière.



« Il faut éviter l'épuisement de la famille, car quand la famille est épuisée, il est trop tard, on ne peut plus rien construire avec elle ».

« Une personne en situation de handicap ne vieillira pas au même rythme qu'une autre en fonction du handicap qu'elle a ».

« Les personnes âgées issues de l'immigration vivent plus souvent que d'autres dans des conditions précaires et ont un plus mauvais état de santé ».

« La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est au carrefour du social et du sanitaire ».

« Le regard est une chose importante pour la personne malade. Il faut avoir un regard bienveillant sur elle ».

6

RÉPONSES AUX POPULATIONS SPÉCIFIQUES

Les constats

Les personnes âgées ont toutes des besoins différents. Les pratiques développées par les collectivités partenaires du projet ont d'ailleurs démontré une volonté de déployer des services au plus près de la population, de façon la plus personnalisée possible, afin de répondre au mieux à leurs différents besoins.

Tous s'accordent sur la réelle spécificité de la prise en charge pour trois types de publics :

- *les personnes âgées atteintes de maladies dégénératives type Alzheimer ;*
- *les personnes handicapées vieillissantes ;*
- *les personnes âgées issues de l'immigration.*

En effet, que cela soit en raison de la pathologie, des conditions de vie, ou d'un risque accru d'isolement, les ateliers ont démontré la nécessité d'actions particulières à mettre en œuvre en direction de ces publics.

À noter qu'au cours des ateliers, les experts ont également mis en lumière la présence d'une autre population aux besoins spécifiques : les populations dépendantes (toxicomanie, alcoolisme). La dépendance des personnes âgées à ce type de produit est particulière et les personnes dépendantes sont victimes d'un vieillissement précoce.

● PREMIER CONSTAT

Le travail sur les populations spécifiques est complexe, car il est multisectoriel.

Les actions des collectivités en la matière touchent plusieurs thématiques déjà étudiées au cours du projet : logement, infrastructures, inclusion, apprendre à vieillir, et emploi. Il s'agit de pouvoir avoir une approche holistique, tout en prêtant attention aux singularités de la personne.

Certaines prévisions annoncent un doublement du nombre de personnes affectées tous les 20 ans.

Si l'on compte les familles de ces personnes, avec en moyenne 3 personnes par famille, il est estimé qu'aujourd'hui plus de 19 millions d'européens sont directement touchés par les démences.

Le nombre de personnes âgées touchées par la maladie d'Alzheimer va donc augmenter. Au delà de la douleur et de la difficulté des familles à prendre en charge cette maladie, se pose un problème de santé publique et d'économie. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer coûte très cher. Selon le rapport Dementia in Europe Yearbook 2008, le total des frais de prise en charge de la maladie d'Alzheimer s'est élevé, en 2005, à 130 milliards d'euros dans l'UE 27. Compte tenu des prévisions d'évolution de la maladie, ce coût devrait largement augmenter.

● DEUXIÈME CONSTAT

La maladie d'Alzheimer et les démences en général sont l'un des plus grands défis à relever dans le contexte du vieillissement de la population.

Le type de démence le plus courant dans l'Union européenne est la maladie d'Alzheimer (50 à 70% des cas - les autres cas de démence, la plupart du temps résultent d'accidents vasculaires cérébraux ou autres maladies*). Selon les études**, en 2006, 7.3 millions d'européens âgés de 30 à 99 ans souffraient de différents types de démence (12.5 malades pour 1000 habitants). À travers toute l'Europe, les femmes sont plus touchées que les hommes. Mathématiquement, l'augmentation de l'espérance de vie entraîne aujourd'hui une augmentation considérable des cas de démence.

D'après les échanges en atelier, les problèmes relevés au niveau européen sont multiples :

- *la prévention est largement sous utilisée ;*
- *la maladie d'Alzheimer reste sous diagnostiquée ;*
- *la coordination des recherches et des bonnes pratiques en Europe est trop limitée ;*
- *la maladie d'Alzheimer est encore méconnue et donc parfois mal comprise.*

* http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/rare_diseases/fp_raredis_2002_a4_03_en.pdf

** Étude sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (2004-2007), enquête Share : www.share-project.org

Les constats

Compte tenu du vieillissement de la population, la lutte contre la maladie d'Alzheimer devient un enjeu important pour la Commission européenne. Au-delà de la communication du 22 juillet 2009 intitulée « communication concernant une initiative européenne sur la maladie d'Alzheimer et les autres démences », la Commission devrait produire un rapport au Parlement et au Conseil en 2013.

Au niveau local la situation se fait sentir avec beaucoup plus d'urgence. Malgré d'importants efforts, plusieurs participants dénoncent le manque de moyens et la trop grande responsabilité des aidants familiaux. Par exemple Varna annonce qu'environ 90% des malades Alzheimer de son territoire sont pris en charge uniquement par les aidants familiaux.

Au-delà de ces constats, différentes bonnes pratiques ont été présentées :

- Ex. dans le Département du Nord l'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés a constitué un axe fort du schéma gérontologique du Nord 2002-2006 puis du volet « personnes âgées » du Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale du Nord 2007-2011. La mise en place d'une politique d'accueil de jour des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer vise trois objectifs :
 - ▶ le maintien à domicile ;
 - ▶ la préparation à un placement permanent s'il s'avère nécessaire ;
 - ▶ l'aide aux aidants par des solutions dites « de répit ». Le Département participe financièrement aux structures d'accueil de jour pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (délibération-cadre du 14 novembre 2005). En 2009, le Département du Nord comptait 342 accueils de jour dont 249 dits « accueil de jour Alzheimer ». Il devrait y en avoir 375 en 2012 (sur 542 au total).

- Ex. le Département du Nord organise le placement des malades Alzheimer dans des familles d'accueil (11% des accueils en famille concernent des malades Alzheimer).
- Ex. de Lodz qui finance et attribue des soins spécialisés à domicile pour personnes atteintes de maladies psychiques et dégénératives. En 2009, 99 malades ont été pris en charge sur le budget communal.
- Ex. à Lodz, l'association Alzheimer informe sur la maladie, aide les malades et leurs familles. Une aide morale et éducative est assurée.
- Ex. à Lodz, des actions culturelles et artistiques sont mises en place pour aider les personnes âgées souffrant de troubles mentaux.
- Ex. à Varna, un centre de jour pour adultes atteints de troubles psychiques a été financé par la Suisse.
- Cf. les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA). Voir p 94.
- Ex. la Voïvodie de Lodz soutient les ONG qui travaillent avec les patients Alzheimer. Parmi les actions subventionnées se trouve « le soutien aux initiatives ayant pour but la promotion de la formation et de l'éducation des seniors afin de maintenir leurs capacités mentales et lutter contre la démence sénile et la maladie d'Alzheimer ».
- Ex. des « centres mémoire » et des « consultations mémoire » en France (le Département du Nord n'intervient pas dans ce dispositif). Ce sont des lieux de consultations organisés au sein d'une structure hospitalière disposant d'une équipe de professionnels compétents pour évaluer les troubles de mémoire et des autres fonctions cognitives et comportementales.

- Ex. de la fédération « Nord Alzheimer » : association qui informe les malades et soutient les familles, vise l'amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge du malade. L'association développe également des espaces d'écoute et d'entraide pour les familles.
- Ex. la gouvernance mise en place en Autriche autour de la maladie d'Alzheimer. Les informations sur l'état de la maladie sont régulièrement vues avec Vienne : nombre de personnes prises en charge, pendant combien de temps, combien de personnel engagé, jusque quand, etc. L'Autriche a rédigé un « plan des besoins et développement » pour 2009 - 2025. La collecte des informations et les décisions, vu l'ampleur du phénomène et du travail à réaliser, exige une concertation nationale basée sur les collectivités locales.
- Cf. la « clinique de la mémoire » dans le Land de Styrie, notamment au centre de santé Gériatrique de Graz, via l'application des concepts de Böhm. Voir présentation p 129, l'intervention de M. Gerd Hartinger.
- Cf. les approches architecturales différentes observées dans le Land de Styrie. Voir p 138 l'intervention de Mme Sabine Oswald.
- Cf. le « projet pilote gérontologie » dans le Land de Styrie. Voir p 86.

TROISIÈME CONSTAT

Les structures existantes sont la plupart du temps inadaptées aux personnes handicapées vieillissantes.

La question des personnes handicapées vieillissantes est une question délicate. Pour la personne âgée, les difficultés rencontrées sont causées par l'avancée en âge, mais pour les autres, elles viennent s'ajouter aux handicaps préexistants. Ceci entraîne des spécificités indéniables dans la prise en charge, le soin, l'hébergement, etc.

Compte tenu de la vulnérabilité accrue de ces personnes, certains parlent de « vieillissement précoce », d'où la nécessité d'une prise en charge particulière.

Grâce aux progrès de la médecine et de la prise en charge, les personnes en situation de handicap, quelle qu'en soit l'origine, présentent un accroissement de leur espérance de vie. Les traitements et le développement de politiques sanitaires et sociales aboutissent, de fait, à une augmentation du nombre de personnes handicapées vieillissantes. Cette question va s'accroître dans les années à venir.

Les réponses à apporter au vieillissement des personnes en situation de handicap sont d'autant plus délicates que les causes des handicaps sont, par nature, très diverses. Il existe une grande hétérogénéité de la population étudiée, ce qui rend le travail et les réponses adéquates d'autant plus difficiles à produire.

Les personnes handicapées qui vieillissent ont une autre caractéristique : de par leur histoire, elles sont moins nombreuses que les personnes sans handicap à avoir fondé une famille. Les aidants familiaux sont donc bien moins nombreux, et cela s'accroît avec le décès des parents.

Les constats

Cela pose la question de la qualité et de la quantité de structures d'accueil spécifiques. Dans les structures de type « maison de retraite » les personnes en situation de handicap sont minoritaires (pour le cas français environ 3%) et elles y entrent plus tôt que les autres résidents.

Par ailleurs, contrairement à ces personnes, les personnes handicapées vieillissantes ont souvent vécu dans un autre établissement avant d'entrer en maison de retraite. Quand elles entrent en maison de retraite, elles sont souvent « en meilleure forme » que les autres personnes. Leurs besoins en loisirs et en activités sont donc bien différents (sans parler bien-sûr, des différences de soins). En outre, les aidants familiaux étant moins nombreux que pour les personnes âgées, celles-ci sont plus isolées par rapport à l'extérieur. Ceci dit, si les personnes très âgées placées en institution se replient sur elles, ce n'est pas le cas des personnes handicapées vieillissantes qui nouent davantage de liens avec le personnel et parfois les autres résidents.

Il n'empêche que les personnes en situation de handicap rencontrent généralement des difficultés à s'intégrer dans des structures pour personnes âgées souvent non adaptées à leurs besoins et handicaps et dotées d'un personnel peu formé à leurs caractéristiques. À l'inverse, le fait de se maintenir dans des structures pour personnes en situation de handicap pose quant à lui les questions de l'adaptation desdits établissements au vieillissement et de la formation de leur personnel.

Ces différences prouvent que la cohabitation de deux publics différents au sein des institutions est compliquée à organiser, et mettent en lumière la particularité de ces populations.

La personne handicapée vieillissante est confrontée dans son parcours de vie à un certain nombre de ruptures, d'où l'importance de la mise en place d'une coordination entre les différents secteurs.

Les échanges en atelier ont souvent fait état de politiques nationales en matière de handicap. Ceci dit, quelques précisions ont été données sur la gestion du vieillissement des personnes handicapées :

- *Ex. dans le Département du Nord, une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a été créée (obligation par la loi de 2005). Le Département exerce une tutelle administrative et financière sur celle-ci. La MDPH est un guichet unique pour toutes les personnes en situation de handicap quels que soient leur âge, leur capacité à travailler ou pas, etc. Elle instruit et élabore un projet de vie pour la personne handicapée (handicap physique ou psychique). La MDPH analyse les demandes d'allocations financières. Pour les personnes handicapées l'allocation s'appelle « Prestation de compensation du Handicap » (PCH). Elle est versée aux personnes de plus de 20 ans et de moins de 60 ans mais elle peut également être versée plus longtemps sous conditions. À noter que parmi les bénéficiaires de la PCH, on compte de nombreuses personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.*
- *Ex. en 2010, le Département du Nord aura payé 52 millions d'euros pour le versement de la PCH (dont 23,6M€ versés par l'Etat). L'ancienne forme de cette allocation continue d'être versée pour plus de 27 millions d'euros.*
- *Ex. le Département du Nord prend en charge au titre de l'aide sociale les frais d'hébergement des personnes adultes handicapées ne pouvant vivre à domicile. Il s'agit d'une part des personnes accueillies dans les structures médico-sociales et d'autre part, les personnes hébergées chez un accueillant familial. Sinon les personnes handicapées ayant atteint 60 ans (ou avec une dérogation d'âge) peuvent s'inscrire dans les Établissements pour Personnes Agées Dépendantes.*
- *Ex. à Lodz, des actions sont développées pour améliorer la qualification des soignants s'occupant des personnes en situation de handicap.*

● QUATRIÈME CONSTAT L'impact des populations âgées issues de l'immigration est sous évalué.

L'immigration en Europe s'est faite par vagues successives, distinguant ainsi différents groupes parmi les États membres :

- *les pays de destination pour les jeunes diplômés : Allemagne, Danemark, Autriche, pays scandinaves ;*
- *les pays avec une histoire coloniale qui les relie particulièrement à l'outre mer ou à l'Afrique : Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni, France ;*
- *les nouveaux pays d'immigration, dont les changements économiques/politiques attirent : Irlande, Grèce, Espagne, Portugal, etc.*

D'après les études réalisées dans le cadre du projet européen « Vieillesse active des personnes âgées issues de l'immigration en Europe »^{*}, en l'an 2000 le nombre de personnes immigrées en Europe était évalué à 56 millions (7% de la population totale). En 2008, le nombre de personnes de plus de 60 ans issues de l'immigration a été estimé à environ 7 millions (54.1% de femmes - 45.9% d'hommes). Selon les projections démographiques, ils devraient être 15 millions en 2015.

Ces personnes âgées issues de l'immigration vivent partout en Europe, mais les groupes les plus importants se trouvent en Grande-Bretagne, en Allemagne, en Italie et en France. Ils forment une population très hétérogène :

- *les personnes qui ont immigré durant la période coloniale ou post coloniale ;*
- *les personnes qui ont immigré à cause du travail ;*
- *les personnes âgées qui sont issues de groupes qui avaient déjà immigré depuis longtemps ;*
- *les personnes qui viennent pour trouver de meilleures conditions pour leur vieillesse ;*
- *les personnes âgées réfugiées ;*
- *les personnes âgées en situation illégale.*

Dans l'étude « Vieillesse active des personnes âgées issues de l'immigration en Europe », des pratiques de certains de nos pays sont précisées. Par exemple, l'association russe des personnes handicapées en Bulgarie apporte un soutien aux personnes âgées d'origine russe vivant en Bulgarie.

D'après les échanges en atelier, il semble que la question des personnes âgées issues de l'immigration soit relativement nouvelle. Peu d'actions ont été décrites :

- *Ex. du Département du Nord qui soutient financièrement et de manière volontariste les associations œuvrant dans ce domaine. Il finance ainsi l'association « Génération et Culture » dans le cadre d'une action intitulée « liens intergénérationnels et interculturels entre les résidents des foyers ARELI (personnes issues de l'immigration vieillissantes et isolées) et les habitants ». Celle-ci vise à favoriser l'accès à la citoyenneté et à la démocratie participative des résidents des foyers ARELI. Elle vise à promouvoir la diversité culturelle et le bien vivre ensemble. L'association propose un travail autour du recueil de mémoire, des récits de vie, l'organisation de rencontres débats. Une valorisation de ces rencontres aura lieu avec l'organisation d'une exposition et d'une journée festive.*
- *Ex. dans le Département du Nord : il est à noter que le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (allocation versée aux personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans) ne tient pas compte de critères de nationalité pour son octroi.*

^{*} Projet « AAMEE » (Active Ageing of Migrant Elders across Europe) développé par le Ministère des Générations, de la Famille, des Femmes et de l'Intégration du Land de Rhénanie du Nord-Westphalie avec la Commission Européenne du 01.12.2007 au 30.11.2009. Le projet AAMEE a eu pour but de :
 → reconnaître ce que les personnes âgées issues de l'immigration ont accompli dans leur vie
 → montrer les chances et potentiels que représentent les personnes âgées issues de l'immigration
 → encourager l'intégration sociale, culturelle et économique des personnes âgées issues de l'immigration. En cela, l'accent est mis sur l'engagement bénévole ainsi que le développement de nouveaux produits et prestations tenant compte des cultures. Cf. références ci-après.

Les convictions

Pour soutenir et améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, les personnes handicapées vieillissantes, et les personnes âgées issues de l'immigration, les partenaires du projet s'entendent sur la nécessité :

- *d'obtenir un appui logistique pour une mise aux normes des bâtiments (sécurité) pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ;*
- *de réfléchir à la notion de parcours de vie pour ces groupes de populations et donc aux réponses à apporter aux besoins et caractéristiques de ces personnes ;*
- *de former davantage de soignants aux caractéristiques très particulières des personnes atteintes d'Alzheimer, des personnes handicapées vieillissantes, des personnes âgées issues de l'immigration ;*
- *de développer une législation spécifique et adaptée à ces groupes ;*
- *de développer des politiques d'aide aux aidants, notamment aux aidants les plus âgés et aux aidants familiaux ;*
- *de favoriser l'action des bénévoles dans la société ;*
- *d'avoir une meilleure coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et une meilleure collaboration entre administrations centrales, autorités publiques, administrations locales et ONG ;*
- *de mettre en place de meilleurs indicateurs de suivi de ces populations, de développer des « bases de données », des systèmes d'information ou d'accompagnement dans la gestion des dossiers (besoin organisationnel) ;*
- *de développer une réflexion au niveau européen pour garantir de meilleurs revenus aux personnes intervenant auprès de ces différentes populations ;*
- *d'aider à la diffusion d'informations auprès des familles.*

Particulièrement intéressés par le « projet pilote gérontologie » développé en Styrie, les partenaires retiennent qu'une formation plus adaptée du personnel, un accompagnement à domicile plus personnalisé et plus ciblé peuvent, pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, être, au final, moins onéreux que les systèmes d'hospitalisation classique (Cf. p 86).



Parmi la grande diversité des politiques ou actions recensées dans le cadre du projet « Mieux vieillir en Europe : regards croisés de collectivités locales », certaines ont retenu l'attention des participants soit par leur caractère innovant, soit par l'exemplarité des partenariats ou par la mobilisation d'autres ressources. Pouvant être modélisées ou transposées, elles ont suscité le débat et l'intérêt de tous.

7

LES BONNES PRATIQUES

Action 1 « Clinique de la mémoire - centre de santé gériatrique de Graz »

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

LAND DE STYRIE - AUTRICHE

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

« CLINIQUE DE LA MÉMOIRE »

La démence fait partie des troubles les plus répandus chez les personnes âgées. Aujourd'hui, en comparaison avec les autres problèmes de santé publique, le traitement de la démence est probablement face aux défis les plus importants qui existent. De nombreuses théories tentent d'expliquer le pourquoi de l'augmentation des cas de démence. À ce jour, environ 100 000 personnes en Autriche sont atteintes de démence, et les chiffres annoncent un doublement des cas d'ici 2050. Dans ce contexte, le développement de structures d'hébergement adaptées est une des clés d'une meilleure prise en charge des personnes âgées.

Les études montrent une augmentation des cas de personnes atteintes par la démence chez les personnes de plus de 70 ans. Environ 4.1% des 70-74 ans, 13% des 80-84 ans, 21.6% des 85-89 ans, et 30% des 90-99 ans souffrent de démence.

La « Clinique de la mémoire » du GGZ (Centre de santé gériatrique de Graz) s'attache aux caractéristiques et aux besoins des personnes atteintes de démence. Ceci est d'ailleurs souligné dans la mission que le centre s'est fixée pour son fonctionnement de tous les jours : « de l'ombre à la lumière ». La « Clinique de la mémoire » aide les personnes dans les activités quotidiennes, et s'attache particulièrement aux ressources dont disposent encore les personnes atteintes de démence.

Sa mission est de traiter chaque patient sur la base de son « historique » culturel et social, de connaître l'histoire du patient pour pouvoir le prendre en charge de façon la plus adaptée qui soit. Le personnel du GGZ propose des soins adaptés aux personnes en fonction du diagnostic et un suivi personnalisé aux familles.

Les soins prodigués aux personnes atteintes de démence se réfèrent au modèle psychobiologique développé par le Professeur Erwin Böhm. Celui-ci vise une connaissance et une compréhension approfondie du passé émotionnel et historique du patient.

« Nous aurions une bien meilleure compréhension des personnes âgées et de leurs problèmes de comportement, si nous avions une meilleure connaissance de ce qu'ils pensent et de ce qui les affecte » (Böhm).

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

La « Clinique de la mémoire » est un des services du Centre de santé gériatrique de Graz, qui appartient et est administré par la Ville de Graz. La « Clinique de la mémoire » est donc une institution publique.

Les patients financent eux-mêmes leur séjour. Ils ont néanmoins la possibilité de solliciter une pension de soin, qui recouvre en partie les dépenses liées au soin. La nature de cette aide est évaluée en fonction de la situation de dépendance du patient, elle-même caractérisable par une échelle de 7 niveaux de dépendance.

La pension est payée mensuellement sous forme d'une somme forfaitaire. En cas de besoin social des patients, il existe la possibilité de soutiens supplémentaires par l'aide sociale (40% de la ville, 60% du Land).

Les moyens humains

La « Clinique de la mémoire » dispose de 22 places d'accompagnement.

Direction : une personne, 1 équivalent temps plein

Soignants : 6 personnes, 4,9 équivalents temps plein

Aides-soignants : 11 personnes, 10 équivalents temps plein

Médecins :

Un médecin spécialiste pour la neurologie

Un médecin généraliste (en tout 0,7 équivalent temps plein)

Autres secteurs professionnels qui s'occupent des patients dans la « clinique de la mémoire » :

→ Service social

→ Physiothérapie

→ Ergothérapie

→ Masseur curatif

→ Orthophonie

→ Psychologie

→ Psychothérapie

→ Laboratoire

→ Diététique

Les moyens financiers / le coût

Le coût journalier pour un lit est de 184,30 €.

Le montant journalier pour un patient est de 163,40 €.

Action 1 « Clinique de la mémoire - centre de santé gériatrique de Graz » suite

LA COMMUNICATION / SUPPORT / DIFFUSION

Pour des informations sur la « clinique de la mémoire » regardez le site internet www.ggz.graz.at
Vous trouverez notamment une plaquette avec une description détaillée de la « clinique de la mémoire ».

DURÉE DU PROJET / DE L'ACTION

Les centres gériatriques souhaitent développer une offre adéquate et échelonnée. Des modèles de « bonnes pratiques » ont pu être identifiés dans le cadre de l'étalement et d'études spécifiques. Entrée en fonction en mai 2007, la « clinique de la mémoire » du centre gériatrique de la ville de Graz est un des services spécialisés dans le traitement de la démence les plus modernes en Autriche. Le centre a reçu, en 2010, un certificat de qualité de soin d'après les concepts du Professeur Erwin Böhm.

RÉSULTATS OBTENUS

Le but de l'action de soin et d'accompagnement est d'atteindre une meilleure qualité de vie, d'aider à la liberté personnelle du patient, tout en garantissant suffisamment de sécurité et la stimulation des capacités des personnes. L'action de l'équipe est conçue de façon à ce que la personne atteinte de démence utilise ses capacités disponibles pour être autonome, se percevoir comme un individu actif et être impliquée dans les décisions qui la concerne.

Afin d'aider à compenser des troubles de la perception, l'institution tire profit d'une large gamme de soins, dont bien sûr, la kinésithérapie. Le Centre de Santé Gériatrique a pour objectif d'aider les patients dans leur vie quotidienne, en leur offrant par exemple une organisation adaptée à leurs besoins, des thérapies mises en œuvre avec le support d'animaux, un entraînement des capacités ménagères, et un encouragement de la mobilité. Nous pensons qu'impliquer les personnes dans le déroulement de leur vie quotidienne aide à les intégrer, à les maintenir en activité et à augmenter leur bien-être et leur qualité de vie.

CONTACTS

Directeur du centre gériatrique
Dr. Gerd Hartinger, MPH

Assistante de direction
Martina Gosch, Mag.

Adresse
Albert-Schweitzer-Gasse 36
8020 Graz, Austria
Tel.: +43 316 7060 -1007

**Inscription pour les patients et
les résidents**

Tél.: (0316) 7060-1111
Fax: (0316) 7060-1119
ggz.aufnahme@stadt.graz.at
www.ggz.graz.at



Action 2 CLIC

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

DÉPARTEMENT DU NORD - FRANCE

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

LES « CLIC »

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) sont conçus comme un guichet unique d'accueil, de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destiné aux personnes âgées et à leur entourage. Face à la diversité des acteurs (publics, associatifs, privés) et à la fragmentation de l'offre de services, l'objectif des CLIC est de favoriser, au niveau local, les collaborations entre les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social, pour organiser les réponses multi-professionnelles indispensables à la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile. Les CLIC s'inscrivent donc pleinement dans une logique de maintien à domicile.

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) répondent aux missions suivantes :

→ Accueillir, écouter, informer et orienter les personnes âgées et leurs familles :

Le CLIC répond aux demandes émanant des retraités, des personnes âgées, dépendantes ou non, des professionnels, en mettant à leur disposition l'information permettant la réponse aux besoins exprimés tout en respectant le choix de vie de la personne âgée. Il assure un accueil personnalisé qui doit être un lieu d'écoute et de dialogue, une structure de communication et d'aide à la décision. Il est tout à la fois un centre de ressources et d'information qui dispose d'une base de données actualisées sur l'offre de services de son territoire.

→ Évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement personnalisé :

Le CLIC doit répondre aux situations complexes des personnes âgées fragiles, démunies, qui nécessitent la collaboration et l'intervention de plusieurs partenaires afin :

- ▶ de permettre une évaluation médico-sociale personnalisée des besoins de la personne âgée ;
- ▶ d'élaborer des propositions en tenant compte de l'avis de la personne âgée et des aidants naturels : orienter vers les bonnes ressources ;
- ▶ de contribuer à la mise en place de réponses rapides, complètes, adaptées aux situations, diversifiées et coordonnées.

→ La mise en œuvre, le suivi et l'adaptation du plan d'accompagnement personnalisé :

Cette mission prolonge celle citée ci-dessus ce qui implique une interaction des différents partenaires.

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

Elle permet :

- ▶ d'actionner une palette de services et ainsi de favoriser la complémentarité des interventions entre le sanitaire, le social et le médico-social ;
- ▶ de gérer, éventuellement, les situations d'urgence et/ou de crise ;
- ▶ d'organiser le suivi du dossier et de le réactualiser si besoin.

Le CLIC n'a pas vocation à se substituer aux autres acteurs du secteur gérontologique, ni aux familles, mais bien à en assurer une mission de coordination.

→ Assurer une coordination institutionnelle :

En vue de renforcer la qualité de la réponse aux besoins des personnes âgées, le CLIC permet un travail en réseau dynamique avec des partenaires identifiés.

Ainsi il s'attache à :

- ▶ S'inscrire dans une dynamique d'animation territoriale ;
- ▶ Développer la notion « d'observatoire local » ;
- ▶ Animer des commissions thématiques en collaboration avec les partenaires du secteur/CLIC ;
- ▶ Participer aux groupes de travail initiés par les pouvoirs publics locaux ;
- ▶ Organiser des actions de sensibilisation et d'information mutualisées (notamment par la mixité des professionnels représentés).

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

→ **Partenaires financiers :** Communes, Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), Mutualité Sociale Agricole (MSA), etc.

→ **Partenaires « techniques »** composés des acteurs, des institutions, des associations représentatives des secteurs médico-sociaux, sociaux et sanitaires et dont les missions s'articulent notamment autour de la prise en charge des personnes âgées :

- ▶ Les structures d'hébergement (foyers logements, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Unités de Soins de Longue Durée Hospitalières, Accueil familial) ;
- ▶ Les acteurs de la vie à domicile (services d'aide à domicile, télé-alarme, les repas à domicile, le transport accompagné, l'accueil de jour) ;
- ▶ Les acteurs du soin à domicile (professionnels de santé libéraux, services de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile, réseaux de santé, consultations spécialisées) ;
- ▶ Les services hospitaliers (hospitalisation, court séjour gériatrique, services de soins de suite) ;
- ▶ Les services sociaux (Centres Communaux d'Action Sociale, services sociaux des caisses de retraite, services sociaux hospitaliers) ;
- ▶ Les services conseils et acteurs associatifs (associations de conseils en amélioration et en adaptation de l'habitat, associations de patients, etc.).

Action 2 CLIC suite

Les moyens humains

Le personnel du CLIC doit être « qualifié et organisé » et au moins composé d'un responsable (chargé de la direction du clic, l'animation du réseau), d'un coordinateur à la personne (missions de coordination à la personne et développement de la coordination institutionnelle) et d'un agent d'accueil ou secrétaire (missions d'accueil et suivi administratif)

Une étude en 2008 sur 29 CLIC a permis de comptabiliser un total de 86,2 ETP, soit une moyenne de 2,9 ETP par CLIC.

Les moyens financiers / le coût

Il s'agit d'une politique départementale financière volontariste. 30 CLIC assurent aujourd'hui un maillage exhaustif du département du Nord et couvrent les 653 communes qui le composent.

La délibération du Conseil général du Nord du 10 avril 2006 prévoit une participation annuelle par CLIC. Le versement de la participation départementale est subordonné à la signature d'une convention entre le Département du Nord et l'organisme porteur du CLIC.

La délibération du 3 juillet 2006 a fixé le montant de la participation départementale pour une année de fonctionnement. Il a été mis en place trois niveaux de financement en fonction de la population totale couverte par le CLIC. Les seuils de financement sont les suivants :

- ▶ 120 000€ par CLIC dont la population est supérieure ou égale à 100 000 habitants et dont la part des plus de 60 ans est supérieure ou égale à 18% ;
- ▶ 100 000€ par CLIC dont la population est supérieure ou égale à 100 000 habitants et dont la part des plus de 60 ans est inférieure à 18%, ou par CLIC dont la population est inférieure à 100 000 habitants et dont la part des plus de 60 ans est supérieure ou égale à 18% ;
- ▶ 80 000€ par CLIC dont la population est inférieure à 100 000 habitants et dont la part des plus de 60 ans est inférieure à 18%.

Le Département du Nord investit chaque année plus de 3 millions d'euros pour le financement de ces services (financement devant couvrir les charges de personnel).

DURÉE DU PROJET / DE L'ACTION

Une fin de cette action n'est pas envisagée.

RÉSULTATS OBTENUS

Chaque année, les CLIC remettent un rapport d'activité et les documents comptables et administratifs au Département.

Pour autant, en complément des travaux déjà menés, le Département procède à une évaluation du dispositif qui doit fournir des éléments utiles à la connaissance des résultats des CLIC. Ces éléments permettent d'apprécier si la prise en charge, au travers de ce dispositif, est adaptée aux besoins des usagers, aux attentes du Département, si la mise en œuvre d'un réseau est effective et si elle s'inscrit pleinement au cœur de la coordination gérontologique. Ils permettent également de valoriser les bonnes pratiques et de repérer les dysfonctionnements.

L'évaluation est établie dans une logique d'harmonisation de l'existant ; elle doit permettre de renforcer le Département dans son rôle de pilote, de clarifier les pratiques des CLIC, d'éclairer leurs relations sur les territoires notamment avec les communes, d'alimenter la réflexion sur le dispositif de coordination gérontologique.

Celle-ci a pris fin au 31 décembre 2010 et permet d'élaborer un plan de travail concourant à l'évolution du dispositif.

CONTACTS

Direction de la Solidarité aux Personnes Agées et aux Personnes Handicapées.
Hôtel du Département
51, rue Gustave Delory
59047 Lille Cedex
www.cg59.fr



Action 3 « Réseau des Hameaux de la solidarité »

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

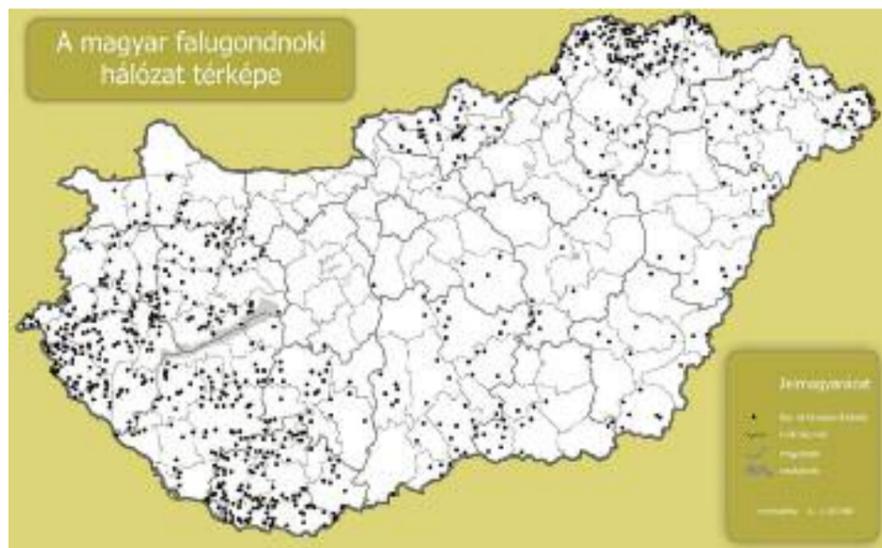
DEPARTEMENT DE BARANYA - HONGRIE

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

« RÉSEAU DES HAMEAUX DE LA SOLIDARITÉ »

Initialement lancé en 1993 dans le département de Baranya, ce projet a beaucoup évolué. Il compte à ce jour 1268 services, soit 1268 « Hameaux de la solidarité ». Le département de Baranya est particulièrement rural, et compte de très nombreux petits villages.

Comme l'indique la carte, la plupart des « Hameaux de la solidarité » se concentrent dans le sud, l'ouest et le nord-est du pays (territoires les plus ruraux).



Pour ce qui concerne le département de Baranya, sur les 301 villages de moins de 600 habitants, 118 sont labellisés « Hameaux de la solidarité » en Baranya.

À ce titre, deux types d'actions sont mises en place :

- ▶ un mode de transport est alloué ;
- ▶ une personne de confiance, la plupart du temps issue du village, est employée pour assister les personnes dans diverses tâches quotidiennes.

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

Missionné et soutenu par l'État, le Département apporte ainsi son aide aux personnes isolées. Il peut s'agir d'une aide de base ou d'une aide plus adaptée aux besoins : services de repas mobiles pour les « Hameaux de la solidarité », aide à domicile, aide à la famille, mise en place d'un système d'alarme en cas d'urgence, services à la population, services d'assistance, le travail de rue, ainsi que des actions d'aide pour la vie de tous les jours.

La plupart des services de transport sont organisés. À noter que les services d'assistance sont des dispositifs facultatifs pour le Département de Baranya depuis janvier 2009. Le Département n'a aucune obligation de les fournir, mais il les prend en charge (sous réserve d'une labellisation par les services de l'État). Ceci vaut également pour les services de transport pour les personnes dépendantes.

Ces services ont pour objectif d'aider les personnes en situation de handicap ou dépendantes dans leur quotidien. Les services proposés diffèrent selon le degré d'incapacité et le niveau de dépendance de la personne concernée :

- ▶ assistance par le biais d'activités quotidiennes et du transport ;
- ▶ mise en place de mesures ou d'instruments nécessaires pour la vie quotidienne ;
- ▶ accès au service d'information, assistance pour des procédures administratives, aide pour adapter le domicile au handicap/à la dépendance ;
- ▶ service de traduction en langage des signes ;
- ▶ aide et soutien pour le développement des relations avec les autres, renforcement des liens familiaux, travail en groupe ;
- ▶ aide à l'intégration par le biais de politiques culturelles ;
- ▶ adaptation des conditions de travail, développement de compétences, etc.

Le transport est financé par la Caisse nationale d'assurance maladie/médicale et s'applique à différents types de trajets : domicile-consultation, domicile-institution, domicile-domicile, institution-institution. Ce service s'adresse à des personnes souffrant de problèmes de santé spécifiques, à des personnes avec une capacité physique réduite, à des personnes en situation de handicap et invalides, à des personnes dont l'état de santé les empêche d'utiliser les transports publics, ainsi qu'à des personnes atteintes de maladies contagieuses.

Le transport est gratuit sur prescription médicale, auprès de 96 entreprises « agréées » (dans l'hypothèse où une personne ne serait pas assurée, elle doit payer le service sur place/instantanément). Les transports d'urgence sont gratuits.

Action 3 « Réseau des Hameaux de la solidarité » suite

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

Les assistants embauchés dans chacun des « Hameaux de la solidarité » travaillent en réseau avec : le maire du village, les autres réseaux de service, les organisations civiles/citoyennes, les institutions administratives locales et régionales...

Les moyens humains

Les moyens humains sont définis par la loi.

- Le service de surveillant du village :
 - ▶ un assistant dans chaque village (1 personne).
- Le service de soutien à l'assistance :
 - ▶ le directeur (1 personne) ;
 - ▶ effectifs d'aide (2 personnes) ;
 - ▶ un conducteur (1 personne).

À noter que le bénévolat tient une place de plus en plus importante, pour apporter, par exemple des médicaments de la pharmacie, raccompagner les enfants de l'école, etc.

Depuis 2006, on assiste à une aggravation des problèmes rencontrés par rapport au transport (pour rappel : 2006 est l'année de la réorganisation du système de contrôle des transports par le Ministère). En 2006, 250 véhicules de transport pour les personnes malades ont été payés par le gouvernement. En 2008, la demande d'investissement était de 480 véhicules. De plus, le nombre d'associations dans ce secteur a explosé, passant de 41 en 2006 à 100 en 2008.

Les moyens financiers / le coût

En 2010, chaque service est censé recevoir l'équivalent de 7 394 Euros.

Les demandeurs peuvent adhérer, pour une période de trois ans. Des contributions financières définies par la loi pour le système des services médicaux et le soutien institutionnel sont prévues.

Actuellement, une réforme de cette loi est envisagée.

LA COMMUNICATION / SUPPORT / DIFFUSION

Dans les dix dernières années, les habitants des villages concernés ont reçu quatre newsletters par an ; on compte aussi des informations sur les services, des rencontres avec des professionnels, des programmes spéciaux ainsi que des événements. Le service « Réseau des Hameaux de la solidarité » est gratuit et ouvert à tous. Sa réussite implique une bonne connaissance des associations des communautés locales et une coopération étroite entre elles.

Un débat de qualité permet à chacun et chacune de s'exprimer.

DURÉE DU PROJET / DE L'ACTION

Une fin de cette action n'est pas envisagée.

RÉSULTATS OBTENUS

L'un des plus importants résultats est le maintien de services de transport et de proximité en zones rurales, ainsi que le maintien d'un lien social.

Compte tenu du succès du « Réseau des Hameaux de la solidarité », et le soutien gouvernemental au projet depuis 2005, le Groupe d'expertise sociale de l'Union européenne a qualifié l'expérience « Réseau des Hameaux de la solidarité » de « bonne pratique en Europe » et de projet exemplaire à suivre. Certaines personnes âgées ne sont pas en mesure de financer les services développés, aussi la gratuité permet un accès à tous et une véritable inclusion. Cette gratuité a permis aux personnes les plus dépourvues de moyens d'y avoir accès.

CONTACTS

Directrice du « Réseau des Hameaux de la solidarité »

Klára Csörsz
00 36-30-920 72 60
www.falugondnok.hu
mtfsz1@t-online.hu

to Baranya county
www.baranya.hu



Action 4 « Université du troisième âge »

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

VOIVODIE DE LODZ - POLOGNE

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

Université du troisième âge de l'École Polytechnique de Lodz – UTW PL (unité administrative de l'École).

L'objectif primordial de l'UTW PL est le maintien et le développement des capacités mentales et psychophysiques des seniors à l'aide de formations continues, sans prendre en considération le niveau de leur formation initiale, leur genre, leur situation professionnelle ou situation d'embauche.

Chaque citoyen disposant de pleins droits et de temps libre, sans aucune discrimination raciale ou sociale, peut devenir étudiant à l'UTW PL. Les étudiants peuvent intégrer l'Université du troisième âge selon l'ordre du dépôt de leur candidature, dans la limite des places disponibles. Les cours dans le cadre de l'UTW PL englobent deux semestres de l'année académique.

Les objectifs de l'UTW PL sont réalisés à travers les activités suivantes :

- ▶ Conférences de vulgarisation scientifique concernant les différents domaines réalisées par les chercheurs et les spécialistes (4 heures/semaine) ;
- ▶ Apprentissage de langues étrangères : anglais, allemand, français et italien (différents groupes de niveau sont proposés) ;
- ▶ Cours d'informatique (différents groupes de niveau sont proposés) ;
- ▶ Section d'arts plastiques ;
- ▶ Cours de gymnastique et d'entraînement physique ;
- ▶ Cours d'autodéfense ;
- ▶ Tourisme : visites guidées de la ville et de la région ;
- ▶ Rencontres, concerts, visites d'expositions artistiques.

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

→ **Rôle du gouvernement, de la Voïvodie, des associations :**

Échange d'expériences dans le domaine de l'organisation d'activités destinées aux personnes âgées, transfert et diffusion d'informations sur les actions entreprises en faveur des seniors au niveau de la ville et de la Voïvodie.

→ **Partenariat avec la ville de Konstantynów**, où se trouve une "succursale" de l'UTW PL. Dans le cadre de cette coopération l'UTW PL organise des conférences animées par les maîtres de conférences de l'École Polytechnique et d'autres Ecoles Supérieures de Lodz. Cette action touche environ 150 habitants de la ville de Konstantynów.

Les moyens humains

Environ 600 personnes participent au projet.

Les moyens financiers / le coût

L'université du troisième âge est une institution à but non-lucratif financée par les cotisations des participants.

L'École Polytechnique de Lodz, acteur budgétaire du projet, aide l'UTW PL en mettant gratuitement à sa disposition des salles de conférence, du matériel audiovisuel et informatique, permet un accès à Internet. De plus, l'École Polytechnique met à la disposition de l'Université du troisième âge un bureau dans lequel travaille du personnel administratif de l'UTW PL.

LA COMMUNICATION / SUPPORT / DIFFUSION

Le savoir diffusé par l'UTW PL est transmis pendant les conférences et les cours hebdomadaires destinés directement aux étudiants. Du matériel pédagogique leur est également fourni gratuitement. Les personnes qui ne sont pas impliquées dans le projet peuvent trouver les informations sur la page web de l'Université, dans les articles publiés dans le périodique de l'école "La Vie de la Polytechnique" ainsi que dans la presse quotidienne locale.

DURÉE DU PROJET / DE L'ACTION

L'Université du troisième âge de l'École Polytechnique de Lodz a été inaugurée par le Sénat de Pologne le 28 juin 2006. Depuis, les cours n'ont jamais cessé, et aucune fin n'est prévue.

RÉSULTATS OBTENUS

La formation des seniors n'est pas la seule priorité de l'Université. Sont également visés : le développement et le maintien des capacités mentales (aspect cognitif, autoréalisation créative), physiques et sociales des étudiants, ainsi que la construction des liens interpersonnels et intergénérationnels.

La plupart des étudiants de l'Université du troisième âge sont à la retraite. Ils sont incités à développer leur intérêt et leur savoir-faire (ce qui avait été parfois impossible pour eux durant la « vie active »).

Grâce aux cours communs, l'Université du troisième âge a la possibilité d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de créer les conditions d'un mieux vieillir.

Grâce aux formes diverses des activités de l'Université, les étudiants acquièrent la possibilité de vivre activement, de s'adapter à la réalité de la vie contemporaine et à améliorer leurs conditions de vie.

Action 4 « Université du troisième âge » suite

CONTACTS

UNIWERSYTET TRZECIEGO WIEKU PŁ

Adresse :

AL.POLITECHNIKI 12, POKOJ 102

STUDIUM JĘZYKÓW OBCYCH

Tél : 48 42 631 2030

e-mail : utwpl@p.lodz.pl

<http://utwpl.p.lodz.pl>

Directeur :

Maître de conférence Eur – ingénieur M. Andrzej Koziarski

Sécrétariat :

Ingénieur Agnieszka Stołecka



Action 5 « Politique de gratuité »

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

MUNICIPALITÉ DE VARNA - BULGARIE

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

« POLITIQUE DE GRATUITÉ »

La municipalité de Varna mène une politique sociale active et développe les services sociaux afin de prévenir l'exclusion sociale et l'isolement. Ceci se fait notamment grâce au renforcement du réseau des services sociaux pour assurer des conditions de vie calmes et dignes aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Pour ces « groupes à risque », des services sociaux gratuits sont à leur disposition : un centre de jour pour personnes âgées, dix centres de réhabilitation et d'intégration pour personnes âgées et personnes handicapées, un centre de « soins à domicile », une cantine publique.

Dans les centres sont offerts des services de réhabilitation, des consultations/aides juridiques, des services d'éducation et de formation professionnelle, des accès aux informations et des contacts avec les services sociaux. La création et l'exécution de programmes individuels d'intégration sociale sont assurées. En fonction des besoins, des séances de kinésithérapie, d'orthophonie, des thérapies musicales, thérapies par les arts plastiques, la photographie, etc. peuvent être mises en place.

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

Une partie des services sociaux est financée par l'État, l'autre partie est financée par le budget de la Municipalité de Varna. Les services sociaux sont ouverts sur la base des politiques de l'État et des Municipalités : stratégies nationales, programmes nationaux et plans d'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Les services sont gérés par la Municipalité ou par des acteurs extérieurs (ONG/associations), qui, pour ce faire, ont reçu le droit de gestion après mise en concours ou délégation de service. À Varna, plus de 90% des services de la Municipalité sont délégués à des ONG.

Les moyens humains

À ce jour, plus de 150 spécialistes travaillent pour les services gratuitement prodigués à la population de Varna : experts sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, pédagogues, thérapeutes de travail, thérapeutes d'art, infirmières etc.

Les moyens financiers / le coût

En 2010, l'État bulgare a financé cette action à hauteur de 437 040 leva (223 000 euros). La Municipalité, quant à elle, a participé à hauteur de 772 647 leva (395 000 euros). Le même budget pour les « services gratuits » est prévu pour 2011.

LA COMMUNICATION / SUPPORT / DIFFUSION

Le public a connaissance des services sociaux gratuits par le biais de brochures ou affiches délivrées par les ONG. Ces documents présentent des informations sur les fournisseurs, les modalités d'accès au service et le service en lui-même.

La communication est également effectuée par les médias, la radio, les télévisions locales, les journaux. Les employés municipaux et le personnel des services sociaux aident et orientent les bénéficiaires vers les nouveaux services.

DURÉE DU PROJET / DE L'ACTION

Les services sociaux se sont développés depuis 2007. Chaque année, de nouveaux services sont ouverts et le programme adapté en fonction des besoins de la population.

RÉSULTATS OBTENUS

Le maintien et le développement de services gratuits a permis d'observer, de fait, l'accès aux services des plus démunis. De nombreux bénéficiaires se sentent moins isolés, ils augmentent ainsi leurs contacts sociaux, et souvent une amélioration de l'état de santé est observée. Pour les personnes âgées, ces services permettent de maîtriser et de mieux contrôler le processus du vieillissement (prévention, etc.).

CONTACTS

Municipalité de Varna
<http://www.varna.bg/zdrave/index.htm>



Action 6 « Programme régional des activités physiques des seniors »

**PORTEUR
DU PROJET /
DE L'ACTION**

VOÏVODIE DE CUJAVIE POMERANIE - POLOGNE

**DESCRIPTION
DU PROJET /
DE L'ACTION**

**« PROGRAMME RÉGIONAL DES ACTIVITÉS PHYSIQUES
POUR PERSONNES ÂGÉES »**

Le « programme régional des activités physiques pour personnes âgées » est un des programmes de prévention mené par le gouvernement local de la Voïvodie de Cujavie Poméranie. Il est adressé aux personnes âgées de plus de 50 ans, sans limite d'âge maximum. La singularité du programme est basée sur l'approche complexe de la question de l'amélioration de la condition physique des participants, par la combinaison d'activités physiques adaptées à leur âge, et par le développement d'actions de prévention visant à l'apprentissage d'habitudes plus saines.

Le programme cible l'amélioration de :

- ▶ la condition physique cardio-respiratoire ;
- ▶ la force et de l'endurance musculaire ;
- ▶ la souplesse ;
- ▶ l'équilibre.

Le programme inclut :

- ▶ La formation et la qualification d'entraîneurs sportifs au travail spécifique avec les personnes âgées ; au fil de la formation les entraîneurs reçoivent des informations sur les charges et les objectifs des groupes d'entraînement. Ils reçoivent également une formation aux premiers secours ;
- ▶ Les examens préalables des participants au programme sont des examens médicaux et une évaluation de la capacité physique ;
- ▶ Trois entraînements hebdomadaires de 45 min (prenant en compte les possibilités du centre et du participant) dans des groupes de 14 à 16 personnes ;
- ▶ Une formation des participants au programme : réunions, apprentissage des principes d'un mode de vie sain, de l'importance de l'activité physique pour la santé et étude de l'impact d'un entraînement physique pour la santé des personnes âgées.

**MOYENS MOBILISÉS
Le partenariat**

La Voïvodie de Cujavie Poméranie pilote le programme à l'échelle régionale. Il est en partie mis en œuvre par les collectivités locales (la municipalité accueille les cours).

**Les moyens
humains**

La participation au programme est gratuite. Il est financé par le bureau du Maréchal de la Voïvodie de Cujavie Poméranie. Des acteurs locaux (municipalités) participent également au financement du programme. La Voïvodie couvre les frais des examens et de l'évaluation de l'aptitude physique des participants, ainsi que les charges liées à l'organisation et à la mise en œuvre du programme au niveau régional. Les collectivités locales prennent en charge le reste des coûts des équipements d'entraînement ainsi que les salaires des entraîneurs.

**Les moyens
financiers / le coût**

La Voïvodie de Cujavie Poméranie finance le programme à hauteur de 112 427 PLN (~28 817€) et chaque mairie participe également à l'échelle de son territoire.

**LA
COMMUNICATION /
SUPPORT /
DIFFUSION**

Des informations sont sur le site internet du bureau du Maréchal www.kujawsko-pomorskie.pl, ainsi que sur le site <http://zdrowysenior.studiomag.pl>

**DURÉE
DU PROJET /
DE L'ACTION**

Le programme est réalisé sur la période 2007-2011.

**RÉSULTATS
OBTENUS**

Année	Nombre de collectivités participantes	Nombre de participants	Nombre de groupes d'entraînement
2007	4	231	12
2008	12	519	33
2009	20	1282	69
2010	17	1013	61
2011	25	1606	100

Les participants au programme déclarent une augmentation de leur bien-être et une amélioration subjective de leur forme physique. Ils assurent aussi qu'ils continueront les entraînements dans le but de rester en bonne santé, même s'ils avaient à couvrir des frais supplémentaires.

L'évaluation de la condition physique par les tests mis en place confirme l'amélioration de la forme fonctionnelle dans tous les groupes participant au programme.

Action 6 « Programme régional des activités physiques des seniors » suite

RÉSULTATS OBTENUS

En conclusion, le programme :

- ▶ développe les capacités physiques sur une base multilatérale ;
- ▶ enseigne la régularité ;
- ▶ améliore la forme physique et le bien-être ;
- ▶ favorise l'intégration sociale.

CONTACTS

Wojewódzka Przychodnia Sportowo-Lekarska
Ul. Rejtana 1
85-032 Bydgoszcz
Dr Andrzej Rakowski – rakowska@interia.pl
Dr Gabriel Chęsy – gabrielchesy@poczta.onet.pl

Action 7 « Émission télévisée " ÊTRE SENIOR " »

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

VOIVODIE DE LODZ - POLOGNE

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

ÉMISSION TÉLÉVISÉE « ÊTRE SENIOR »

Les émissions « Être senior » sont présentées par la télévision de la région de Lodz depuis 2007. Elles ont pour objectif la diffusion et la promotion des actions entreprises en faveur de l'inclusion sociale des personnes âgées.

La réalisation du projet est possible grâce à l'accord conclu entre la Société de Télécommunication Nationale TVP S.A et la Voïvodie de Lodz. L'accord permet la réalisation de programmes télévisés entièrement destinés aux seniors. Chaque émission est consacrée à un thème différent.

Par ces émissions, les conséquences du vieillissement sont montrées, mais les activités des seniors et les réalisations possibles en terme de bénévolat ou de formation continue sont aussi mises en lumière. Des émissions ont eu pour thème les retraites, la santé, le régime alimentaire, la famille, etc. À ce jour, 29 émissions ont été réalisées.

Un des derniers sujets traités : celui d'un octogénaire qui organise des randonnées à vélo dans sa ville. Il est un exemple de poursuite d'une activité physique pour ses petits-enfants et arrière-petits-enfants.

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

- Autogestion de la Voïvodie de Lodz,
- ▶ Centre Régional de la Politique Sociale ;
 - ▶ TVP S.A /section régionale Lodz ;
 - ▶ ONG qui ont participé occasionnellement à la réalisation de l'émission en fonction du sujet traité.

Les moyens humains

Les mesures d'audimat ont chiffré 49 000 téléspectateurs en 2009 et 45 000 en 2010.

Les moyens financiers / le coût

2007-2010 : 131 278,30 PLN (32 691 €)

LA COMMUNICATION / SUPPORT / DIFFUSION

Le programme est diffusé par la télévision locale. Chaque émission est précédée par une présentation à l'antenne. Les programmes sont accessibles sur la page web de TVP S.A., section de Lodz.

DURÉE DU PROJET / DE L'ACTION

Action toujours en cours.

RÉSULTATS OBTENUS

Réduction du sentiment de solitude, accès facilité à des informations de tous types à destination des personnes âgées : tourisme, santé, institutions publiques, appui à la création des Universités du Troisième âge, action des ONG.

Ce programme télévisé a un public fidèle, qui réclame régulièrement de nouvelles émissions. Pour cette action, un prix délivré par le Ministère du Développement Régional a été remis.

Résultats attendus à terme :

Augmentation de l'offre de services destinés aux personnes âgées, y compris les actions mises en œuvre par les autorités locales et les ONG.

CONTACTS

**REGIONALNE CENTRUM POLITYKI SPOŁECZNEJ/
CENTRE RÉGIONAL DE LA POLITIQUE SOCIALE/
Ul. Snycerska 8
91-302 Łódź
Tel. 48 42 203 48 00
Mail : info@rcpslodz.pl**



Action 8 « Banque du temps »

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

VOIVODIE DE CUJAVIE POMERANIE - POLOGNE

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

« BANQUE DU TEMPS »

L'objectif du projet « Banque du temps » était d'élargir l'offre de programmation de l'université du troisième âge de Toruń (TUTA), d'intégrer les seniors actifs pour le bienfait de la communauté locale, de développer l'idée d'une vie active dans le troisième âge et d'améliorer la santé mentale, intellectuelle et physique des seniors.

Le projet impliquait la création de la section « Banque du temps et du bénévolat », formant pendant 1 an, 50 bénévoles au profit des organisations non-gouvernementales, des autorités locales et des individus de Toruń.

Il a été réalisé grâce à la formation des participants sur la théorie et la pratique du travail bénévole, notamment par des formations sur le montage de projets et le dépôt de candidatures pour recevoir des subventions. Quatre cours sur le sujet de la « société civile » pour les membres de l'université du troisième âge de Toruń ont été planifiés. Les personnes formées agissent ensuite en tant qu'agents pour organiser l'aide pour et par les seniors.

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

Le projet est cofinancé par la « Fondation de la liberté polonaise-américaine » et par deux organisations non-gouvernementales : l'université du troisième âge de Toruń et le centre de soutien aux initiatives non-gouvernementales de Cujavie Poméranie (Tłok).

Les partenaires ont développé le projet en commun et ont permis sa réalisation. L'université du troisième âge de Toruń était membre du partenariat. Ses membres ont coordonné et organisé des activités particulières, l'association étant également chargée de la comptabilité.

Le centre de soutien aux initiatives non gouvernementales de Cujavie Poméranie s'est occupé d'un site internet consacré au travail bénévole. L'organisation a également proposé des informations sur la rédaction de candidatures subventionnées et a diffusé des invitations pour des séminaires, des cours et des formations.

Les moyens humains

Nombre de personnes pour la mise en œuvre de la « Banque du temps » : 4

Les moyens financiers / le coût

Coût du projet : 51 060 PLN (~13 095€)

LA COMMUNICATION / SUPPORT / DIFFUSION

Des informations sont accessibles dans les journaux locaux, le site internet du projet, dans la vitrine de l'université du troisième âge de Toruń, au fil des cours, ainsi que par des contacts directs et des mailings.

DURÉE DU PROJET / DE L'ACTION

Période de mise en œuvre : 1.06.2006 – 31.05.2007
Les mesures décidées sont toujours maintenues.

RÉSULTATS OBTENUS

Grâce aux actions communes de la TUTA et de TŁOK, le fonctionnement de la « Banque du temps et du bénévolat » est assuré. Les participants ont acquis les informations et les compétences théoriques de base, au cours de différents séminaires. Les besoins d'aide des institutions et des personnes ont été identifiés, ainsi que les capacités et les souhaits individuels des participants. Les séminaires donnaient également un cadre pour l'échange d'expériences et de savoir, ce qui a permis à beaucoup de participants de trouver un secteur d'action. Depuis 5 ans (depuis la création de la « Banque du temps »), des nouvelles activités et formes de travail ont été développées. Les bénévoles travaillent dans des centres de communauté, des paroisses, des centres thérapeutiques, des urgences, des institutions d'éducation ainsi qu'au sein des écoles.

Ils aident les personnes malades. Ils aident aussi en organisant et en s'occupant d'événements qui ont lieu dans la ville ou font partie d'actions nationales. Les bénévoles occupent également un rôle important au sein des actions dans l'intérêt de leur propre organisation.

Suite à ces premiers séminaires, 14 projets ont été élaborés et mis en œuvre, soutenant les activités statutaires de la TUTA, la formation de bénévoles (p. ex. l'amélioration des formes de communication sociale, les formes d'apprentissage du travail pédagogique avec des enfants). Un site internet dédié à ces projets a été mis en place.

De très nombreux seniors sont membres de la « Banque du temps ». La communication initiale s'est faite par des appels : « Avez-vous besoin d'une rénovation de votre appartement ? Désirez-vous apprendre l'anglais gratuitement ? Ou peut-être n'avez-vous personne pour jouer aux échecs ? Adhérez à la « Banque du temps ». La seule monnaie est le temps ».

Action 8 « Banque du temps » suite

RÉSULTATS OBTENUS

Avec le temps, des étudiants et des élèves ont rejoint les seniors. Pendant les rencontres mensuelles (autour de café et de gâteaux !), les participants s'échangent les offres et les demandes d'aide. De nombreux besoins sont identifiés : apprentissage des compétences informatiques basiques, création d'une adresse e-mail, remplacement du lave-linge, travail jardinier, rencontres occasionnelles à travers le service de couture, apprendre à se connaître, parler. Les rencontres à l'occasion de Noël ou d'autres jours fériés donnent la possibilité de s'échanger des recettes.

L'objectif du projet est de jeter un pont entre les savoirs de plusieurs générations, d'améliorer l'intégration intergénérationnelle, de renforcer et développer le potentiel social, de dénoncer les préjugés attribués aux jeunes et aux personnes âgées, d'améliorer le degré de respect de soi, et de faire progresser les façons de passer du temps libre. Le projet contribue également à lutter contre l'exclusion sociale.

Au fil des activités communes, le savoir et la compétence ont pu être échangés. Les seniors sont heureux de pouvoir passer du temps avec des jeunes. En travaillant avec eux, les personnes âgées sont capables de transférer leurs connaissances et leurs expériences, ce qui leur donne un sentiment d'utilité, encourageant ainsi leur respect de soi.

CONTACTS

Toruń's University of the Third Age

Ul. Fosa Staromiejska 1 A

87-100 Toruń

Tel. +48 56 611 36 37

e-mail: tutw_torun@wp.pl

<http://utw.webd.pl>

Responsable de la "Banque du temps et du bénévolat" :

Mme Stanisława Zielińska.

Action 9 « Projet pilote gérontologie »

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

LAND DE STYRIE - AUTRICHE

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

« PROJET PILOTE GÉRONTOLOGIE »

Le « projet pilote gérontologie » est mis en œuvre depuis une dizaine d'années et a pour but le traitement géronto-psychiatrique des plus de 65 ans.

Ce projet fait suite à de nombreuses constatations : le système de soin actuel fait face à de nombreux problèmes que les médecins maîtrisent mal. Dans un contexte de contraintes budgétaires accrues, il semble que l'on ait besoin d'idées nouvelles, de courage politique et d'optimisme (notamment pour dépasser le couple domicile-hôpital). A ce jour, 20 à 30% des plus de 65 ans souffrent de problèmes psychologiques au moins une fois par an. Un quart d'entre eux a besoin d'un traitement psychiatrique.

Les éléments favorables sont à noter : les personnes qui auront plus de 75 ans dans 15 ans n'auront pas les mêmes besoins que les plus de 75 ans d'aujourd'hui. Elles seront en meilleure santé, mais il est difficile de dire si la démence suivra cette même tendance. Il sera également de plus en plus difficile de faire soigner les personnes isolées. Si le système actuel de soin à domicile en Styrie fonctionne bien, des questions se posent pour l'avenir. Les patients et les soignants auront besoin d'une meilleure coordination et aussi d'un meilleur soutien aux familles pour éviter l'épuisement et l'isolement.

Par ailleurs, d'autres constats ont été faits : le diagnostic et l'orientation des patients ne sont pas assez performants, les personnes ne souhaitent pas toujours qu'il y ait dépistage et analyse de la maladie, de peur des conséquences de ceux-ci.

Les paramètres qui sont à mettre en place pour une action globale au niveau de la démence des personnes âgées sont nombreux : les familles doivent être davantage soutenues, les soins à domicile encore développés et spécialisés, le bénévolat doit être soutenu, les techniques géronto-psychiatriques doivent être développées, les soins de jour doivent se multiplier. Il faut également bien distinguer la santé mentale de la santé physique d'un patient : la santé mentale des personnes âgées peut vraiment s'améliorer, même si la santé physique évolue différemment.

Tous ces constats ont amené le développement du projet « gérontologie » en Styrie. Celui-ci s'est basé sur une cellule de réflexion pluri-acteurs (ONG, hôpital, familles, patients, pouvoirs publics) qui vise le traitement holistique des problèmes de démence par un accompagnement personnalisé et adapté à domicile. L'objectif de l'assistance géronto-psychiatrique développée ici est d'améliorer l'état du patient, d'améliorer la coordination du réseau et l'interdisciplinarité, d'augmenter la capacité de rester à domicile.

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

Le projet nécessite une grande concertation des différents acteurs qui interviennent auprès des patients. Le lien avec la famille est particulièrement important.

Les moyens humains

Une équipe pluridisciplinaire psychiatres-infirmières-médecins-aides soignants-bénévoles a été constituée et formée aux problématiques spécifiques de la démence. Selon ce projet pilote, une personne est « référente » pour 8 à 12 malades. Cette personne effectue 3 à 4 visites par semaine au domicile des patients, des contacts téléphoniques sont maintenus en plus, un plan de prise en charge personnalisé est établi après diagnostic, et une relation de confiance entre l'équipe soignante et la famille est instaurée. Par an et par personne, le traitement équivaut à 78.2 heures de contacts réguliers, notamment par téléphone, 50h de visites à domicile, 3 heures « d'interventions de crise ».

Afin de tester scientifiquement les méthodes développées dans le cadre de ce projet pilote, deux groupes ont été formés : le « groupe pilote » composé de 30 malades et un « groupe test » composé de 30 malades avec des caractéristiques similaires mais non traités dans le cadre du projet pilote (soins classiques). Une première évaluation a été faite au bout de 3 mois.

Les moyens financiers / le coût

Le coût du traitement est évalué à 21 000€ par personne dans le groupe « test », 8 000€ par personne dans le groupe « pilote ». Cette différence de coût est due à une amélioration de l'état des patients et donc à une baisse du recours à l'hospitalisation.

RÉSULTATS OBTENUS

Chez les patients pris en charge dans le cadre du projet pilote, sont observées une augmentation de la qualité de vie, une baisse des cas de dépression, et une baisse des coûts d'hospitalisation.

Globalement, le coût des soins dans le cadre du projet pilote correspond à 40% des coûts d'un traitement normal de la démence chez la personne âgée.

M. Günter Klug a confirmé que l'augmentation de l'individualisation des protocoles, une amélioration qualitative et quantitative du suivi et une meilleure formation des soignants aboutissaient selon l'étude, à une baisse des coûts ! La question de la généralisation de ce projet pilote a été évoquée par les participants. M. Günter Klug a précisé qu'à ce jour, compte tenu du degré élevé de suivi, une telle généralisation nécessiterait une forte augmentation de la quantité et de la qualité de la formation.



Action 9 « *Projet pilote gérontologie* » suite

RÉSULTATS OBTENUS

Si un tel effort était fait au niveau national, quelques années de carence en spécialistes seraient malgré tout à passer, le temps de former de nouveaux psychiatres, notamment, spécialité dont manque l'Autriche.



CONTACTS

Dr Günter Klug

Land de Styrie

Amt der Steiermärkischen Landesregierung

FA 11A Soziales, Pflegemanagement, Arbeit und Beihilfen

Referat Planung, Bedarf und Entwicklung

A - 8010 Graz, Hofgasse 12

Tel: +43 316 877 3537

<http://www.soziales.steiermark.at>

Action 10 « *Projet SIP 50 +* »

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

LAND DE STYRIE (Service « marché du travail ») - AUTRICHE
en coopération avec **L'INSTITUT DE PROMOTION PROFESSIONNELLE ET
D'INSERTION PROFESSIONNELLE DE STYRIE (établissement public
indépendant du Land)**

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

Projet « SIP - 50+ »

Le projet « 50+ » a été créé en 2006, afin de soutenir les femmes de plus de 45 ans, et les hommes de plus de 50 ans à retourner vers l'emploi. Ils bénéficient d'un traitement prioritaire dans le cadre de ce projet. D'autres groupes-cibles ont été identifiés en Styrie : les chômeurs de longue durée dès 25 ans, les chômeurs avec un casier judiciaire dès 18 ans - projet « Chance 02 », le groupe-cible « intégration au poste de travail » pour les personnes en situation de handicap.

L'objectif du projet est l'intégration d'au moins 40% des personnes issues des groupes-cibles dans le marché du travail. L'accomplissement de cet objectif est évalué à partir du nombre des emplois/contrats de travail des salariés trois mois après avoir quitté le programme.

La mission du projet est d'améliorer la capacité d'intégration des personnes concernées et de les soutenir dans leur retour à un emploi régulier sur le marché du travail. Cela s'effectue par le biais de contrats de travail à durée déterminée dans le cadre d'un intérim ou des mesures de formations professionnelles. Des plans d'intégration sont développés pour chaque participant. L'accompagnement vise à transmettre stabilité, motivation, organisation et vise à aider l'orientation des personnes concernées.

En plus de cet accompagnement, les seniors peuvent choisir des séminaires, des formations et des cours, dans le cadre du « Productive Ageing » - du SIP (Service In Person)

« Productive Ageing » vise à soutenir un vieillissement sain, productif et ayant du sens, au sein d'entreprises ou d'organisations. Il s'agit d'une démarche d'accompagnement et de conseil, qui gère de manière prévisionnelle et adaptée l'organisation du travail et les mesures de développement du personnel liées à celle-ci.

Dans le cadre d'un accompagnement au sein du SIP, il est possible de bénéficier de l'offre de formation suivante :

Les thèmes de santé de « Productive Ageing » :

- ▶ Être en forme en bureau de vente ;
- ▶ Être en forme dans les emplois administratifs ;
- ▶ Être en forme dans l'emploi ;
- ▶ Être en forme dans les secteurs de production ;
- ▶ Forme et santé sur le lieu de travail ;
- ▶ Entraînement mental ;

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

- ▶ Yoga ;
- ▶ Entraînement pour le dos ;
- ▶ Ergonomie sur le lieu de travail ;
- ▶ Qigong (gymnastique chinoise) ;
- ▶ Séminaire de non-fumeurs ;
- ▶ Méditation ;
- ▶ Le dos en bonne santé sur le lieu de travail ;
- ▶ Gymnastique en groupe ;
- ▶ Technique de détente pour le corps et l'âme ;
- ▶ Pilates ;
- ▶ Alimentation et cuisine ayurvédique ;
- ▶ Alimentation et cuisine « d'après les 5 éléments ».

Les thèmes de spécialité de Productive Ageing

- ▶ La gestion saine et le contact avec les personnes âgées ;
- ▶ Le transfert de savoir dans l'entreprise/l'apprentissage réciproque ;
- ▶ Le lieu de travail adapté à l'âge ;
- ▶ Prendre de l'élan pour aborder le travail/anticiper le « burnout » ;
- ▶ Anticipation du « burnout »/management du stress ;
- ▶ « Burnout » : prévention et identification, mesures ;
- ▶ Management du stress (vivre avec énergie).

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

Land de Styrie (service " marché du travail ") - Institut de promotion professionnelle et d'insertion professionnelle de Styrie.

Les moyens financiers / le coût

Ce programme est financé par le service du marché du travail du Land de Styrie ainsi que par le Fonds social européen (FSE). Les coûts du projet 2011 sont de 960 734,79 € dont 440 742,01 € provenant du FSE.

LA COMMUNICATION / SUPPORT / DIFFUSION

Les personnes peuvent avoir accès à ce service de différentes façons :

- ▶ l'entrée des participants dans ce programme se fait principalement à travers des journées d'information ou des informations individuelles dans le cadre d'un entretien. La personne en charge du suivi est constamment informée des résultats pour chaque personne ;
- ▶ des chômeurs qui ont pris connaissance du projet à travers les dossiers sur le site www.sip.or.at ou par le bouche-à-oreille (programme rencontrant un certain succès). Les personnes peuvent alors se présenter directement aux services d'accueil du SIP ;
- ▶ les conseillers recrutent les personnes en fonction de profils de postes établis par avance au niveau local.

Action 10 « *Projet SIP 50 +* » suite

DURÉE DU PROJET / DE L'ACTION

Les personnes suivies dans le cadre de SIP ou de « 50+ » sont en général suivies pendant 17 semaines environ (formation et mission en entreprise).

RÉSULTATS OBTENUS

Le programme SIP fait entrer les chercheurs d'emploi et les entreprises dans une situation plus confortable : la recherche de travail est accompagnée et le SIP s'occupe d'une partie du recrutement et de certains aspects du calcul de revenu lors de l'emploi à durée limitée (réel avantage pour les entreprises et les salariés de transit en coopération avec le projet).

En général, le bureau du SIP et l'entreprise conviennent d'une période de soutien de 17 semaines, ce qui permet une formation initiale pour les seniors et d'autres personnes concernées dans un cadre de temps approprié.

Grâce à la subvention de 40% des coûts du travail, l'employeur voit ses charges salariales diminuer, ce qui représente un avantage important. Ensuite, l'entrepreneur n'a pas d'obligations relevant du droit du travail. En règle générale, le soutien à l'intégration est suivi d'une embauche sans interruption par l'employeur.

Le salarié bénéficie d'une relation de service pleinement assurée tout au long de la période de soutien ; étant rémunéré conformément aux dispositions salariales de la convention collective de l'employeur, le statut du personnel intérimaire est égal à celui du personnel, ce qui améliore considérablement l'estime de soi des personnes.

Ainsi, 108 intérimaires (60 hommes, 48 femmes dont 58 seniors) ont été accompagnés dans le cadre de ce projet et environ 60% des personnes suivies ont pu être intégrées sur le marché du travail en 2010. La durabilité est de 65%.

CONTACTS

Magnus NIEDERL, direction commerciale (Vertriebsleitung)
SIP Personalservice GmbH
Tel.Nr.:0664 84 56 893
niederl@sip.or.at

Action 11 « MAIA »

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

DÉPARTEMENT DU NORD - FRANCE
ASSOCIATION EOLLIS

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

Expérimentation de la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer dite « MAIA »

La MAIA est issue du plan national Alzheimer (2008-2012). C'est une instance de coordination qui a pour objectif d'assurer une prise en charge sanitaire et médico-sociale et un accompagnement, coordonnés et personnalisés pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et sa famille.

Elle vise la problématique spécifique Alzheimer afin de faire évoluer les pratiques et la coordination territoriale pour un meilleur accompagnement du parcours du patient Alzheimer. Il ne s'agit pas de multiplier les portes d'entrée par pathologie.

C'est un dispositif de proximité identifié et proche des personnes malades et des familles : un guichet unique accessible en plusieurs endroits rassemblant l'ensemble des dispositifs existants pour les usagers.

Il s'agit d'améliorer le dispositif actuel en s'appuyant sur l'existant sans ajouter de nouvelle structure, de se coordonner autour du malade, d'harmoniser les pratiques, et de diffuser des outils communs de diagnostic, d'orientation et de suivi de la personne. L'idée est de mobiliser tous les acteurs autour de la personne malade y compris lors de son parcours de soins.

Le territoire concerné par l'expérimentation comprend 46 communes et 135 013 habitants dont 22 519 personnes âgées de plus de 60 ans (7 109 ont plus de 75 ans). Le nombre potentiel de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et démences apparentées est de 1 900.

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

Dans la gouvernance française, il y a 3 niveaux de partenariat – concertation - coordination :

→ **1^{er} niveau** : les stratégies et financeurs au niveau départemental et régional : Agence Régionale de Santé, Département, Maison Départementale des Personnes Handicapées, Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale, représentant d'usagers. Ils permettent d'organiser le dialogue et la concertation à l'échelon politique et décisionnel, définissent les modalités de partenariat, valident les propositions, etc.

Les moyens humains

→ **2^e niveau** : des structures en local (hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile, services d'aide à domicile, médecins libéraux, centres communaux d'action sociale, professionnels paramédicaux, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, foyers logements, Département du Nord, Maison Départementale des Personnes Handicapées, consultations mémoire, centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), réseau de gérontologie, association de familles etc.). Ce niveau est animé par le pilote local, l'association EOLLIS qui gère notamment un CLIC.

Ce niveau doit faire connaître la MAIA auprès des structures locales. Il doit permettre de mettre en place une véritable coordination des différents acteurs par le dialogue et la concertation. Il doit analyser les ruptures dans le circuit de prise en charge de la personne malade, proposer des solutions aux dysfonctionnements du terrain et impulser leur mise en place.

→ **3^e niveau** : les acteurs de service et de soins autour de la personne. La composition de l'équipe varie en fonction du patient. Elle est animée par le « gestionnaire de cas ». Elle accompagne la personne dans un projet partagé. Elle prend la personne dans sa globalité et limite les ruptures de continuité de prise en charge. Elle travaille sur un projet commun où les actions de chacun sont renseignées et connues. La personne n'a pas à effectuer de multiples démarches auprès de divers acteurs, mais s'adresse à un seul acteur, à charge pour lui de se mettre en lien avec les structures dont a besoin la personne.

Deux « gestionnaires de cas » ont été recrutés spécialement pour la MAIA par l'association EOLLIS. Ce sont soit des travailleurs sociaux soit des professionnels paramédicaux qui interviennent dans les situations complexes, afin de coordonner le travail des différents intervenants.

Pour le Département du Nord, quelques agents de la DSPAPH participent aux réunions des niveaux de concertation 1 et 2 (cf. ci-dessus) et ponctuellement à des réunions de travail avec les « gestionnaires de cas » et l'association EOLLIS.

Les moyens financiers / le coût

Pas d'impact financier direct pour le Département du Nord.

L'association EOLLIS a recruté 2 « gestionnaires de cas » qui sont financés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Action 11 « MAIA » suite

LA COMMUNICATION / SUPPORT / DIFFUSION

En cours : la réalisation d'un dossier d'information « les coordinations gérontologiques » pour les médecins libéraux des départements du Nord et du Pas-de-Calais.

DURÉE DU PROJET / DE L'ACTION

*Début de l'expérimentation dans le Département du Nord : printemps 2009.
Durée : 2 ans, mais l'expérimentation vient d'être reconduite pour 15 sites en 2011 dont le site du Nord, avant une généralisation des MAIA en 2012 (nouvel appel à projets en 2011 au niveau régional sur la base d'un cahier des charges national).*

RÉSULTATS OBTENUS

Des groupes de travail conjoints EOLLIS – Département du Nord ont été constitués et ont mis en place :

- des visites conjointes entre les équipes médico-sociales de l'APA (agents du Département) et les « gestionnaires de cas » auprès des personnes âgées demandant l'APA pour développer une complémentarité dans les évaluations de situations et assurer un suivi de ces personnes. Les premiers résultats obtenus sont une adaptation des moyens dans la mise en œuvre des plans d'aide APA suite aux visites à domicile ;*
- un travail sur les échanges d'informations entre les deux structures.*

L'activité des « gestionnaires de cas » : 56 personnes malades en situation complexe ont été prises en charge dans le cadre de la MAIA depuis janvier 2010. Les « gestionnaires de cas » sont reconnus sur le territoire par les acteurs.

L'harmonisation des pratiques et des outils utilisés par les différents acteurs se poursuit. Le travail sur la définition des critères d'accès à la MAIA pour les personnes malades est en cours.

Une nouvelle base de données est en cours de mise en œuvre au niveau national.

CONTACTS

*Direction de la Solidarité aux Personnes Agées et aux Personnes Handicapées.
Hôtel du Département
51, rue Gustave Delory
59047 Lille Cedex
www.cg59.fr*



Action 12 « Programme Assistant Personnel »

PORTEUR DU PROJET / DE L'ACTION

MUNICIPALITÉ DE VARNA - BULGARIE
en partenariat avec l'AGENCE D'ASSISTANCE SOCIALE DU MINISTÈRE
DU TRAVAIL ET DE LA POLITIQUE SOCIALE

DESCRIPTION DU PROJET / DE L'ACTION

PROJET « ALTERNATIVES » DU SERVICE « ASSISTANT PERSONNEL »

Ce projet, financé par le Fonds Social Européen par l'intermédiaire du Programme Opérationnel bulgare « Développement des ressources humaines » a pour but d'améliorer l'efficacité, la qualité et la souplesse des services sociaux destinés aux personnes atteintes de handicaps lourds ou aux malades isolés, tout en optant pour un retour à l'emploi de soignants ou de personnes sans emploi.

Le service « Assistant personnel » est destiné aux personnes qui ont un besoin d'aide constant pour chacun des gestes de la vie quotidienne. Par les soins et l'accompagnement qu'il permet à domicile, il donne également la possibilité aux aidants naturels de trouver de l'aide et des temps de « respiration ».

Les services proposés sont des services médico-sanitaires spécifiques, ainsi que des services sociaux. Ils sont effectués par des spécialistes de différents domaines. L'intérêt du projet est de faire réaliser ces services par des personnes éloignées de l'emploi (contre formation bien sûr) ou par des soignants déjà diplômés mais sans emploi. Le projet mise également sur une augmentation de la « concurrence » entre les soignants pour une amélioration du service offert.

La durée du service est de 160 heures maximum par mois en fonction des besoins de la personne.

MOYENS MOBILISÉS Le partenariat

L'État met à disposition des Municipalités (qui sont les bénéficiaires de ce projet) les moyens financiers nécessaires pour le projet « Alternatives » du service « Assistant personnel ». Ces moyens proviennent du Fonds Social Européen, par l'intermédiaire du Programme Opérationnel « Développement des ressources humaines ». Sont donc concernés : le Ministère du travail et de la politique sociale, l'Agence d'assistance sociale bulgare, les Municipalités. L'Agence d'assistance sociale dépose avec les Municipalités un dossier de candidature de financement FSE.

Les moyens humains

Pour la période 2010-2012, ce financement a permis à la Municipalité de Varna d'embaucher 123 assistants personnels.

Sur le territoire de la Municipalité de Varna, 123 assistants personnels et 5 personnes de l'administration municipale travaillent sur ce projet. Les services pour les bénéficiaires (personnes grièvement malades, personnes handicapées et personnes isolées) sont gratuits.

Les moyens financiers / le coût

La somme totale allouée par le Programme Opérationnel « Développement des Ressources Humaines » (Fonds Social Européen) pour le projet « Alternatives » est de 35 000 000 levas (17 900 000 euros). Cette somme permettra de soutenir le programme dans au moins 180 municipalités réparties sur l'ensemble du territoire bulgare. Ce faisant, 9 000 personnes en situation de handicap ou de dépendance auront accès au service « Assistant personnel » pour la période 2010-2012.

Pour ce qui concerne la Municipalité de Varna, les moyens financiers accordés pour la période 2010 - 2012 sont de 424 000 leva (216 000 euros).

LA COMMUNICATION / SUPPORT / DIFFUSION

Le public est informé des services sociaux auxquels il peut avoir droit par des brochures, des affiches, des informations délivrées par la Mairie et les prestataires de service. La communication est également effectuée via la radio, les télévisions locales, les journaux. Les employés municipaux et le personnel social des services sociaux consultent et orientent les bénéficiaires vers les services.

DURÉE DU PROJET / DE L'ACTION

Le service « Assistant personnel » fonctionne depuis 2005 avec un financement des programmes nationaux. Depuis 2010, le financement est assuré par le Fonds Social Européen par l'intermédiaire du Programme opérationnel « Développement des ressources humaines »

RÉSULTATS OBTENUS

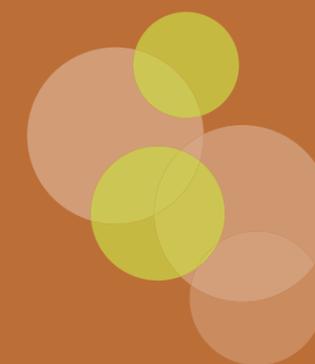
Des soins de qualité pour les personnes grièvement malades et les personnes en situation de handicap vivant en milieu familial.

- ▶ Un soutien à l'inclusion sociale, et une aide aux aidants familiaux ;
- ▶ Un retour à l'emploi pour les soignants.

CONTACTS

Fonds Social Européen
Ministère du travail et de la politique sociale
Programme opérationnel « Développement des ressources humaines »
Programme « Alternatives »
Agence d'assistance sociale
http://www.asp.government.bg/ASP_Client/jsp/main.jsp

Municipalité de Varna



8

CONCLUSIONS

Conclusions

Le projet « Mieux vieillir en Europe : regards croisés de collectivités locales » a représenté, à bien des égards, une opportunité. Croisant les savoir-faire et les connaissances de différents services (action sociale - relations internationales) et de différentes cultures, législations, problématiques, enjeux, il a donné l'occasion d'un échange riche et constructif.

Ce projet nécessite a fortiori une bonne volonté d'échange, d'écoute (notamment par la mise en place d'une traduction simultanée permanente - ou presque) et une réelle curiosité des pratiques de l'autre. Si la méthode de travail développée a pris beaucoup de temps à tous les acteurs du projet, elle a cependant été la garantie d'une connaissance plus fine des actions de tous et d'un apport réel lors des ateliers.

Ainsi, à l'issue du projet, deux types de conclusions peuvent être tirées :

● 1 / Les propositions globales du groupe projet afin de se préparer au vieillissement de la population

Pour chacun des thèmes, des convictions communes ont été développées. Parmi elles, se trouvent des sollicitations récurrentes, déjà anciennes et connues partout à travers l'Europe (améliorer la formation des soignants à domicile, consacrer davantage de moyens à la vieillesse, etc.) et des formulations plus innovantes (développer des programmes de formation au bien vieillir, accorder davantage d'attention aux personnes âgées vivant dans les quartiers en difficulté, etc.).

D'un point de vue plus global, et pour toutes les thématiques, les partenaires ont également listé

toute une série de solutions à envisager pour l'avenir :

- ▶ *augmentation des numerus clausus pour les soignants ;*
- ▶ *augmentation de la formation ;*
- ▶ *création « d'agences régionales » ou « locales » du vieillissement ;*
- ▶ *développer le droit en faveur des personnes âgées ;*
- ▶ *renforcer les capacités des professionnels à domicile ;*
- ▶ *créer un statut d'entreprise de services de proximité ;*
- ▶ *favoriser et encourager le bénévolat ;*
- ▶ *revoir le soutien aux aidants familiaux en créant notamment de nouveaux droits « congés pour soutien familial » (au même titre qu'un congé maternité par exemple) disponible pour hommes et femmes qui souhaiteraient prendre à charge une personne âgée ;*
- ▶ *garantir l'accès des personnes âgées aux prêts, emprunts, etc. ;*
- ▶ *créer des encouragements, notamment fiscaux, pour les entreprises qui accordent une attention particulière aux personnes âgées, qui emploient des seniors, qui pratiquent des tarifs préférentiels à leur égard, etc.*

● 2 / Les apports du projet

Au delà des enseignements théoriques et pratiques du projet, des conclusions doivent être tirées sur ses apports en termes de coopération.

Le projet « Mieux vieillir en Europe : regards croisés de collectivités locales » a permis la création d'une logique de réseau avec pérennisation des contacts pour d'éventuels autres projets (des propositions sont actuellement à l'étude). Au bout de deux ans de coopération, le groupe a acquis une confiance et une méthode de travail connue et partagée. Les parties prenantes ont réussi à créer et à maintenir une bonne entente, une bonne dynamique de travail dans le respect de la différence de l'autre.

Certains partenaires ont l'intention d'essayer de transposer certaines « bonnes pratiques » observées, ou vont s'en inspirer pour travailler sur les futurs schémas locaux d'action pour les personnes âgées.

Le projet a permis une reconnaissance des actions des partenaires, notamment comme cela avait été le cas lors de sa présentation au Forum franco-polonais de Poznań. À noter d'ailleurs que grâce au projet, et aux déclinaisons qui en ont été données au niveau local, la Voïvodie de Cujavie Poméranie a été élue « territoire ami des aînés » en 2010 par le Sénat de Pologne.

Le projet a été l'occasion, pour plusieurs des partenaires impliqués, d'améliorer la gouvernance locale et les liens entre administrations, associations, ONG ou même collègues. Ceci a été particulièrement soulevé par les partenaires polonais, notamment via les formations qui ont été mises en place sur le territoire après chaque atelier (les participants aux ateliers réalisaient ensuite des sessions locales de formation).

En développant des habitudes de travail différentes, le projet a permis de fédérer des équipes

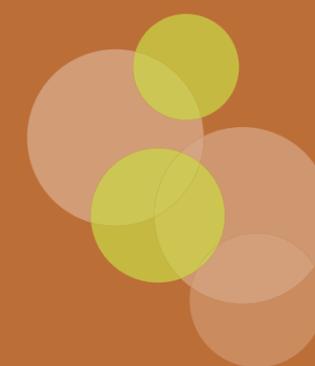
et a pu être utilisé comme un outil de management et de reconnaissance professionnelle.

Il a mobilisé les directions en charge des personnes âgées dans la préparation des ateliers (réponses aux grilles de lecture), dans les formations qui ont suivi et dans les retours qui ont ensuite été faits.

Ce projet a permis un temps de respiration qui a été très apprécié par tous, les collègues travaillant au sein des Directions pour « personnes âgées » étant très souvent soumis à de lourdes charges de travail et de responsabilités.

La publication de ce livret est le point d'orgue de ce travail collectif...

En attendant, d'autres actions concrètes à mener ensemble !



9

ANNEXES

Conférence de lancement organisée par le Département du Nord (France)

La journée de lancement du projet « Mieux vieillir en Europe : regards croisés de collectivités locales » s'est déroulée le 11 septembre 2009, à Lille en présence de 170 personnes. Réunissant des spécialistes et des représentants politiques issus de 8 pays différents, cette journée a permis à tous de mieux connaître le projet, d'en mesurer les enjeux, de s'engager dans une démarche fédératrice sur les deux années à venir.

La journée de lancement s'est divisée en deux parties : une matinée technique de présentation du projet, une après-midi plus politique présentant les enjeux des politiques « personnes âgées » dans les territoires impliqués dans le projet.

La présence d'experts extérieurs, notamment de la Commission Européenne, de l'association AGE, ou encore du Département du Hyōgo (Japon) a permis de donner une autre dimension au projet.



Atelier 1

ATELIER ORGANISÉ PAR LE DÉPARTEMENT DE BARANYA (Hongrie)

ATELIER n°	1
Organisation	DÉPARTEMENT DE BARANYA
Date	16 et 17 février 2010
Lieu	Pécs
Participants	25 personnes (Styrie, Varna, Nord, Cujavie Poméranie, Lodz, Baranya)
Thèmes	Logement des personnes âgées Infrastructures
Experts extérieurs	<p>Mme Beate Pentek, Experte au Ministère hongrois des affaires sociales et de l'emploi : présentation de la politique sociale en Hongrie.</p> <p>Mme Farkasné Farkas, Institut social de l'emploi : présentation des prestations d'aide sociale dans le cas du maintien à domicile en Hongrie.</p> <p>M. Gyula Szalay, Juriste spécialiste de la protection des droits des patients : présentation du développement des droits des patients en Hongrie.</p> <p>Mme Rideg Lászlóné, Directrice de l'association « Hospice » : présentation des activités de son association d'aide à domicile.</p> <p>Mme Klára Csörsz, Présidente du « Réseau des Hameaux de la solidarité » : présentation de cette pratique. Cf. p 66.</p>
Visites effectuées	<p>L'institution sociale intégrée de Mohacs. La Directrice de l'Établissement, Mme Veronika Kiss Varga, en a présenté le fonctionnement.</p> <p>La résidence pour personnes âgées de Görcsöny. Mme Evelyn Zórol, Directrice de l'établissement a accueilli les participants. M. István Koncz, Maire de Görcsöny a également présenté la résidence pour personnes âgées.</p> <p>L'institution sociale intégrée de Pécs, où le groupe a été accueilli par sa Directrice, Mme Horváth, par des soignants mais aussi par des patients qui assistaient, eux aussi, à la présentation de leur établissement.</p>

Atelier 1 en photos...



Accueil des participants et présentation du Département de Baranya par **M. Zoltan Horvath**, Vice-président du Département de Baranya.



Présentation des informations recueillies par les grilles de lecture pour le thème logement.



Extraits du débat entre les participants : **M. Hristo Bozov**, Maire adjoint de Varna, a approuvé l'analyse présentée par le Département du Nord. Le rôle des familles évolue et des solutions alternatives doivent être trouvées. Le type de logement dit « kangourou » (présenté par la Province de Hainaut dans la grille de lecture) est similaire à ce qui se fait à Varna : des personnes jeunes assurent le maintien à domicile d'une personne âgée. En contrepartie, celles-ci peuvent ensuite garder le logement. La Municipalité de Varna n'intervient pas dans ce type de système.



Selon **Mme Dorota Wroblewska**, Responsable du centre régional de politique sociale de Cujavie Pomeranie, l'Europe est déjà en retard pour ce qui concerne le vieillissement de la population. L'analyse a bien démontré un problème commun à toutes les collectivités partenaires du projet, à savoir une paupérisation de la population âgée.

M. Czeslaw Dalewski, Expert en affaires sociales, Voïvodie de Cujavie Pomeranie, a ajouté une autre bonne pratique en matière de solutions alternatives pour le logement des personnes âgées. Le programme « plus seul » permet en effet à des personnes de plus de 55 ans d'avoir accès à des appartements neufs avec la possibilité d'y recevoir des services particuliers et bien sûr au besoin, des soins. Ce programme permet également une aide financière pour l'installation de moyens techniques dans l'appartement, en cas de handicaps particuliers. Les locataires ont également accès à des espaces communs (cuisine commune, salle internet), ainsi qu'à certains loisirs. En Cujavie Pomeranie un système de téléalarme est également développé.



Mme Lidia Krolikowska, Expert à l'université du troisième âge de Torun, a insisté sur l'importance du voisinage et sur les politiques qui doivent être mises en place pour favoriser la solidarité dans les quartiers. L'urbanisme ne doit pas uniquement se concentrer sur la construction de logements mais aussi sur le positionnement dans le quartier, les liens sociaux qui peuvent se construire via une architecture globale, pensée dès le départ, à l'échelle du quartier.

Les participants



Atelier 1 en photos... suite



Accueil à l'Institution Sociale Intégrée de Mohacs par **Mme Veronika Kiss Varga**, Directrice.

L'établissement fournit différents types de services : les services de base (170 à 180 repas par jour servis au sein de l'institution ou livrés à domicile), l'aide à domicile (sauf les soins), la téléalarme (4 personnes à plein temps pour 80 équipements en marche), un club des aînés, un accueil de jour, un accueil spécialisé pour les malades Alzheimer et un accueil permanent (145 places, avec 30 à 35 personnes par section, réparties sur deux bâtiments).



La création des institutions telles que l'Institution Sociale Intégrée de Mohacs est décidée par les villes ou les communes. Avant de se doter d'un tel équipement, la ville doit donc vérifier la rentabilité de l'établissement (entre le nombre de personnes à accueillir et la dotation de l'État). Le personnel est rémunéré par la Municipalité, ce qui freine certaines collectivités locales à ouvrir ce type de structure. À ce jour, seuls l'aide à domicile et les services de base sont une compétence obligatoire des communes. Ceci dit, comme le précise **Mme Veronika Kiss Varga**, ces obligations ne sont malgré tout pas toujours respectées.



Visite des locaux.



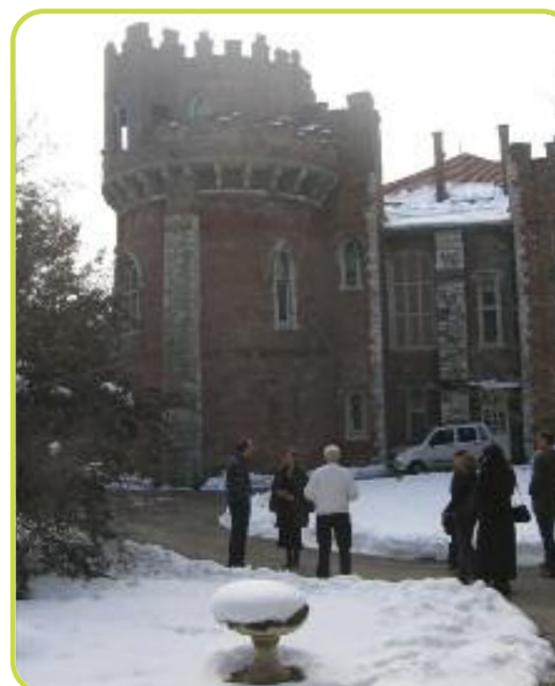
Atelier 1 en photos... suite



Accueil à la résidence pour personnes âgées de Görcsöny, par la Directrice de l'Établissement, **Mme Evelyne Zárol** et **M. István Koncz**, Maire de Görcsöny

La résidence de Görcsöny se compose du château de Görcsöny et d'une autre antenne pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La résidence reçoit chaque année une dotation par patient de la part de l'État pour couvrir une partie de ses frais de fonctionnement, mais les problèmes financiers actuels empêchent un fonctionnement normal de l'institution.

Auparavant toute personne qui le désirait pouvait entrer dans ce type d'établissement. Aujourd'hui l'entrée est décidée par des experts en fonction de l'état de santé de la personne et de son degré d'autonomie.



Visite de l'institution

Accueil à l'Institution Sociale Intégrée de Pécs par la Directrice de l'établissement, **Mme Horváth**, par des soignants et quelques patients qui assistaient à la présentation.

Celui-ci est le plus grand de la région avec 452 places réparties dans 8 sections différentes en fonction de la prise en charge à assurer pour les patients. Une de ces sections, celle pour les personnes les plus handicapées, ne compte que 28 personnes.

L'établissement emploie de nombreux médecins, infirmières, aides-soignantes, masseurs, kinésithérapeutes, et développe des méthodes précises pour continuer à faire participer les personnes âgées et handicapées à la vie de l'établissement. La Directrice a notamment présenté des méthodes développées pour observer la personne, lui faire exercer sa mémoire, etc.

À l'issue de cette présentation, une animation a été proposée par un groupe de personnes âgées. Une animation à destination des personnes atteintes d'un handicap mental était également présentée.

Enfin, l'analyse des résultats des grilles de lecture sur les « infrastructures » a été présentée.



Atelier 1 - Zoom sur les experts

Mme Beate Pentek, Experte au Ministère hongrois des affaires sociales et de l'emploi, a présenté un aperçu de la politique sociale en Hongrie. La loi de 1993 régit le soin des personnes âgées et les conditions qu'une personne est en droit d'attendre pour sa prise en charge.

À ce jour, 16% de la population hongroise a plus de 65 ans, soit 1,6 million de personnes. Les services développés pour les personnes âgées ne touchent que 244 000 personnes, soit 15% de la population potentiellement concernée. 3 millions de personnes sont employées dans le secteur de l'aide/du soin à la personne âgée. L'espérance de vie est de 78 ans, et l'âge légal de la retraite est fixé à 65 ans.

Mme Beate Pentek a précisé les différents types d'acteurs publics qui interviennent pour les personnes âgées : État, collectivités locales, intercommunalités (d'autres organes, comme l'Eglise par exemple, jouent également un rôle incontournable). S'il est indéniable que les dotations d'État aux institutions baissent, il n'en reste pas moins que ceci reste une dépense importante.

Les services « sociaux » sont assurés par des organismes qui doivent au préalable obtenir une licence par les autorités. Cette licence vise à garantir la qualité de service et permet d'obtenir les dotations étatiques.

À ce jour, il existe 347 services sociaux en Hongrie (le nombre de services sociaux est créé en fonction des besoins territoriaux). Les objectifs de ces services : maintenir à domicile, aider au quotidien.

Les dotations étatiques représentent 50 à 60% des budgets des organismes.

En fonction des strates démographiques, des services de base plus ou moins nombreux sont à assurer obligatoirement par les collectivités locales :

Services de base pour les municipalités de moins de 3 000 habitants :

- ▶ service de plateaux repas (1 repas chaud au moins une fois par jour) ;
- ▶ service d'aide à domicile.

Le personnel de ces services doit avoir un diplôme spécial pour exercer (formation organisée par l'État et des entreprises publiques accréditées). Le suivi d'une formation est obligatoire tous les 5 ans par le personnel.

Un acte est rémunéré à l'heure à domicile et en fonction du type de prestation. 1 h à domicile est égale à plusieurs actes (= prestations). Une heure de transport correspond à moins d'actes.

Services de base pour les municipalités de plus de 3 000 habitants :

- ▶ service de plateaux repas (1 repas chaud au moins une fois par jour) ;
- ▶ service d'aide à domicile ;
- ▶ clubs de 3^e âge ;
- ▶ accueil de jour (les personnes peuvent venir laver leur linge, ...).

Services de base pour les municipalités de plus de 10 000 habitants :

- ▶ service de plateaux repas (1 repas chaud au moins une fois par jour) ;
- ▶ service d'aide à domicile ;
- ▶ clubs de 3^e âge ;
- ▶ accueil de jour (les personnes peuvent venir laver leur linge, se doucher, avoir un repas chaud, écouter la radio, ...) ;
- ▶ accueil de jour pour personnes désorientées (Alzheimer, etc.) permettant aux familles de travailler. En 2008, ceci représentait 542 prises en charge.

Services de base pour les municipalités de plus de 30 000 habitants :

- ▶ service de plateaux repas (1 repas chaud au moins une fois par jour) ;
- ▶ service d'aide à domicile ;

- ▶ clubs du troisième âge ;
- ▶ accueil de jour (les personnes âgées peuvent venir laver leur linge, ...) ;
- ▶ accueil de jour pour personnes désorientées (Alzheimer, etc.) ;
- ▶ hébergement temporaire pouvant aller jusqu'à 2 ans. Depuis 1999, date de création de ce type de service, 3 500 places ont été créées (liste d'attente). Les personnes âgées peuvent intégrer ces services 4 ou 5 mois durant l'hiver et ainsi éviter les dépenses de chauffage. (Elles restent souvent plus de 2 ans en réalité).

Les Départements assurent également un rôle très important. Ils prennent en charge l'hébergement de longue durée, c'est-à-dire supérieur à deux ans pour les personnes âgées dépendantes. Depuis 2008, c'est un organisme indépendant qui évalue la dépendance de la personne âgée, juge de ses besoins en nombre d'heures, de sa capacité à rester à domicile ou de la nécessité de son placement en institution. En 2008, 46 531 personnes étaient placées dans ce type de structure en Hongrie.

Mme Farkasné Farkas, de l'institut social de l'emploi a présenté les prestations d'aide sociale dans le cas du maintien à domicile. Il existe en Hongrie 347 services d'assistance sociale. Ces services sont ouverts gratuitement aux personnes atteintes de maladies graves. Ils sont également ouverts à d'autres personnes, mais ils sont, dans ce cas, payants. Chaque service d'assistance sociale comporte 4 personnes (1 responsable, 2 chauffeurs et 1 soignant ou 1 respon-



sable, 1 chauffeur et 2 soignants, en fonction des besoins du territoire) et est doté d'un véhicule.

Ces services ont donc plusieurs objectifs : pallier l'absence des services publics de proximité, aider à la vie quotidienne, aider à l'apprentissage du handicap, aider à la réalisation de projets personnels, etc. Par exemple si une personne perd la vue, le service d'assistance peut intervenir pour l'aider à modifier son logement, à avoir de nouvelles habitudes, l'informer sur ses droits, etc.

Les services d'assistance sociale ont connu un grand bouleversement de leur organisation en 2008.

Avant cette date, chaque service recevait de façon systématique 8 millions HUF par an (environ 30 000€). Des services d'assistance pouvaient se créer par initiative privée ou publique sans contrôle régional ou national et de fait, l'équité territoriale n'était pas maintenue.

Depuis la réforme, le financement des services est réalisé « sur services faits ». Les services reçoivent une autorisation d'ouverture valable 3 ans à condition d'embaucher des professionnels qui peuvent justifier de leurs capacités (diplômes requis). Au bout des 3 ans, chaque service doit justifier de son activité pour recevoir une nouvelle accréditation.

Depuis la réforme, la Hongrie a assisté à une homogénéisation de la répartition géographique des services d'assistance. Ils sont répartis de façon plus égalitaire sur l'ensemble du territoire. Les Départements surveillent la réponse donnée par ces services aux besoins de la population et peuvent, si besoin, susciter la création de nouvelles entités (programme de création et programme de développement).

Aujourd'hui, chaque service reçoit de l'État 3 millions HUF par an pour son fonctionnement de base (11 000€). Si le service réalise plus de 3 000 actes par an, il reçoit une subvention supplémentaire de 1 800 HUF par acte (environ 7€).

Atelier 1 - Zoom sur les experts suite

Afin de compléter cette présentation sur l'accès aux soins et le maillage de territoire par les infrastructures, **Mme Klára Csörsz, Présidente du « Réseau des Hameaux de la solidarité »** a présenté les travaux de son association. Selon la loi, un village peut être classé « Hameau de la solidarité » quand il est isolé et compte moins de 600 personnes (ou quand il compte plus de 600 personnes mais que plus de 70 d'entre elles vivent dans des hameaux isolés). Le but de ce classement est de mettre en place des services qui pallient l'isolement du village, de ses habitants et l'absence de services publics sur place.



À ce jour, il existe plus de 1 200 « Hameaux de la solidarité » en Hongrie (70% sont des villages, 30% sont des hameaux). Une fois classé « Hameaux de la solidarité » deux types d'actions sont mises en place :

- ▶ un mode de transport (la plupart du temps un minibus de 8 personnes) est alloué ;
- ▶ une personne de confiance, la plupart du temps issue du village, est employée pour assister les personnes dans diverses tâches quotidiennes.

Depuis 1999, la demande de « labellisation » « Réseau des Hameaux de la solidarité » doit être faite auprès du Gouvernement. En 2000, la loi a d'ailleurs listé les services à délivrer dans les « Hameaux de la solidarité » : il peut s'agir de petits travaux à domicile, courses, aide dans les

démarches administratives, transport chez le médecin, etc. En moyenne, sur un village de 600 personnes, environ 200 d'entre elles demandent à bénéficier de services.

La personne employée pour travailler dans le village doit suivre une formation de 260 heures (cours de communication, droit, économie, etc.). Son poste est financé par l'État (une fois attestation faite du suivi de la formation).

Cette démarche de « Réseau des Hameaux de la solidarité » connaît un vrai succès et aide de très nombreuses personnes. Il s'agit d'une infrastructure de mise à disposition de services, de création de lien social. Ceci dit, les personnes employées ne restent pas longtemps en poste (travail intense, soumis à des tentatives de récupération au niveau local - par les maires par exemple).

C'est pour cette raison que le « Réseau des Hameaux de la solidarité » apporte soutien et réseaux à ces personnes, défend leurs intérêts, etc.

Le Directeur de la société **SAN-AT Bt**, entreprise de transport a présenté le système de transport des personnes âgées qui est financé de différentes manières en Hongrie. L'État finance une partie des services. Les entreprises privées peuvent librement se créer et évoluer.

Pour les personnes malades ou socialement isolées, le financement du service est pris en charge par le Ministère de la santé et la Caisse nationale de santé. Celle-ci verse une allocation annuelle aux services locaux de transport (même privés) et quand cette subvention est épuisée, le service s'arrête.

Pour les cas où cette subvention est versée à des entreprises privées, celles-ci ont des obligations de service public à respecter. En cas de demande de la part d'un patient ou d'une personne qui



peut bénéficier du service de transport pour raison sociale, l'entreprise de transport a l'obligation de répondre entre 6h à 24h après la demande.

Pour 1 km effectué, la caisse de santé verse 0.5€. Le coût du transport est gratuit pour une personne malade (sous réserve de la demande faite par ordonnance par le médecin) et pour les personnes sans ressources. En dehors de ces cas, le prix est fixé en fonction des revenus de la personne.

En Baranya, 5 services de transport sont établis. Ils possèdent (tous ensemble) une flotte de 21 véhicules. Au niveau national ceci représente 470 véhicules, soit une moyenne de 1 véhicule pour 15 000 personnes.

M. Gyula Szalay, Juriste spécialiste de la protection des droits des patients, est intervenu pour présenter le système développé en Hongrie. La Hongrie a commencé à développer ces droits à la demande de l'Europe et de la nécessaire transposition de l'acquis communautaire (charte sociale de l'UE, Convention Européenne des Droits de l'Homme, etc.).

Plusieurs lois ont donc été votées afin de développer les droits de l'enfant, la protection des personnes âgées et des personnes handicapées, afin de déve-

lopper des autorités de défense de ces droits. De fait, différentes vagues successives de droits ont été perçues :

- ▶ le droit des personnes ;
- ▶ le droit pour la qualité des établissements, l'accès aux services, la connaissance de la loi, etc. ;
- ▶ le droit « d'accès au droit » (développement de juridictions, de cellules de médiation, etc.).

L'État fournit une aide juridique gratuite pour ceux qui ne sont pas en mesure de payer le coût du recours en justice. Dans chaque Département hongrois, 3 lieux sont ouverts où ce service juridique gratuit est accessible. Dans ces cas, les avocats sont rémunérés par l'État.

Il existe aussi aujourd'hui une association qui observe l'accessibilité et l'application de l'égalité d'accès sans discrimination (association publique indépendante).

En cas de problèmes au sein des institutions, des médiateurs sont accessibles afin de les régler avec la direction des établissements. Dans chaque établissement, une commission de protection des droits et des intérêts des patients a été créée. En cas de problème ou de maltraitance, un signalement doit obligatoirement être fait à cette commission dans les 48h.

Mme Rideg Lászlóné, Directrice de l'association « Hospice », a complété les informations reçues jusqu'à présent en présentant les activités de son association d'aide à domicile.

Celle-ci a débuté ses activités en 1996 pour couvrir aujourd'hui l'ensemble du territoire de Baranya et effectuer environ 450 visites par mois. L'association travaille également sur le développement de soins palliatifs à domicile.

Atelier 2

ATELIER ORGANISÉ PAR LA VOIVODIE DE ŁÓDŹ (Pologne)	
ATELIER n°	2
Organisation	VOIVODIE DE ŁÓDŹ
Date	28 et 29 juin 2010
Lieu	Łódź
Participants	40 personnes (Styrie, Varna, Nord, Cujavie Poméranie, Lodz, Baranya, Suceava)
Thèmes	Inclusion des personnes âgées. Le défi éthique de « l'apprendre à bien vieillir ».
Experts extérieurs	<p>M. Zerzy Krzyszkowski, Université de Lodz : présentation des problèmes et aspects éthiques relatifs au soin des personnes âgées en Pologne.</p> <p>Mme Zdzislawa Kawak, Université de Lodz : présentation des questions éthiques et sociologiques autour du vieillissement.</p> <p>M. Krzysztof Rosa, Enseignant à l'IUFM de Lodz : présentation de ses recherches sur la question du suicide chez la personne âgée et de ses causes.</p> <p>Mgr inż. Agnieszka Trzupiek, Présidente de l'Université du troisième âge de l'école polytechnique de Lodz a dû se faire remplacer. Elle a chargé une des étudiantes de l'école de présenter leurs travaux</p>
Visites effectuées	<p>Visite du « foyer d'aide mutuel » de Sławno (commune située dans la Voïvodie de Lodz) par M. Tadeusz Wojciechowski, Maire de Sławno, et Mme Jolanta Kubiak, Présidente de l'association qui dirige le foyer d'aide mutuelle.</p> <p>Visite de la « maison du peuple » de Sławno par M. Tadeusz Wojciechowski, Maire.</p>

Atelier 2 en photos...

Accueil et présentation de la Voïvodie de Łódź, par **M. Darius Klimczak**, Vice-Maréchal de la Voïvodie de Lodz. La question du vieillissement de la population est cruciale pour ce territoire. Łódź a une population plus âgée que le reste de la Pologne et le projet permet de pouvoir parler d'un sujet relativement sous estimé au niveau de la Voïvodie.



Mme Anna Mroczek, Directrice du Centre Régional de Politique Sociale a, à son tour, précisé l'importance du projet « Mieux vieillir » pour sa structure et présenté les deux journées de travaux.

Présentation des grilles de lecture pour la thématique « inclusion » et débat avec la salle.



À l'issue du débat, **Mme Brygida Butrymowicz**, Directrice de l'Université du troisième âge de la Voïvodie de Lodz et Docteur en Sciences Humaines a remercié les organisateurs et demandé que la parole soit davantage donnée aux personnes âgées car elles sont les mieux placées pour

parler de leurs besoins, d'où l'utilité des structures comme les Universités du troisième âge. À Lodz, l'université du troisième âge est ouverte aux plus de 60 ans, mais les participants sont très âgés.

Atelier 2 en photos... suite

Le temps de la retraite n'est pas suffisamment préparé, alors que cette période de la vie a des caractéristiques très particulières, qui n'existaient pas auparavant.

Les Universités du troisième âge sont une des possibles réponses à l'isolement que peuvent entraîner la retraite et la vieillesse en permettant aux personnes âgées de participer à la vie sociale, culturelle etc. et en leur permettant de s'exprimer. Elles doivent être encouragées par les collectivités locales.

*Accueil au foyer d'aide mutuelle de Sławno par **M. Tadeusz Wojciechowski**, Maire de Sławno, et **Mme Jolanta Kubiak**, Présidente de l'association qui dirige le foyer d'aide mutuelle*



Via ce centre et d'autres initiatives, la Commune de Sławno accorde beaucoup d'attention aux personnes isolées, handicapées ou âgées. Le but du foyer d'aide mutuelle est d'aider à l'inclusion de ces personnes, de mieux les intégrer. Il a été créé en 2007 sur la base d'un contrat passé entre la commune de Sławno et l'association. À ce jour, une soixantaine de personnes venant principalement de Sławno sont accueillies dans le foyer. Le personnel de l'accueil est rémunéré par la commune à partir d'un fonds gouvernemental redistribué par la Voïvodie.

Les principaux objectifs du foyer sont l'apprentissage d'une vie plus autonome, la lutte contre la discrimination, et la mise en valeur des compétences de chacun. L'intégration sociale (ou la réintégration pour les personnes atteintes de dépendance, comme la dépendance à l'alcool par exemple) est le but principal. Une approche individuelle du soin est donnée à chaque patient, l'idée est de se concentrer sur les points forts de chaque personne.

L'aide à l'autonomie se fait par l'apprentissage de petites tâches de la vie quotidienne. Un des éléments importants de la thérapie mise en place par le centre est la prise des repas en commun. Par ailleurs, la musique, le sport, l'informatique, mais aussi l'art sont largement utilisés. Des conseils psychologiques pour les résidents et leurs familles peuvent être organisés.

*Selon **M. Tadeusz Wojciechowski** le foyer d'aide mutuelle constitue la clé de voute de toute la politique d'intégration développée sur le territoire de la commune. À l'origine personne ne pensait voir autant d'enthousiasme et de soutien de la part de la population (7 800 personnes habitent sur le territoire de Sławno). Rien ne se serait fait sans l'élément déclencheur : l'incitation du Centre régional de politique sociale. Le partenariat et la gouvernance sont particulièrement importants pour les actions en faveur de l'inclusion.*



Visite du foyer d'aide mutuelle.



Accueil par les résidents du foyer.



Visite des locaux.

Atelier 2 en photos... suite



Le groupe s'est ensuite rendu à la « maison du peuple » de Sławno, salle polyvalente à disposition des habitants de la commune.

M. Tadeusz Wojciechowski y a présenté ce qui est organisé dans sa commune pour le « bien vieillir ». En 1983, la commune a créé son club des seniors, dont est aujourd'hui issu le groupe folklorique qui a accueilli les participants.

Les premières rencontres de seniors ont été organisées sous l'impulsion de la Voïvodie de Łódź. Voyant les résultats de ces rencontres et leurs bénéfices sur les relations intergénérationnelles, la commune a décidé de s'investir davantage à partir des années 1990. De fait, l'inclusion et le bien vieillir sont devenus des priorités pour Sławno : 18 « clubs de fermières » existent aujourd'hui, ainsi que 11 salles « polyvalentes » comme celle-ci.



Un programme financé par la Banque Mondiale a ensuite été présenté. Dans 37 communes de la Voïvodie de Łódź et 39 communes de Cujavie Poméranie, un programme spécifique pour les personnes exclues en territoire pauvre est en cours. Ce programme permet le développement de certains services pour les personnes âgées. C'est notamment le cas du club d'intégration intergénérationnel de Gabrow.

Mme Anna Mroczek a ainsi présenté la politique sociale développée par la Voïvodie de Łódź. La Voïvodie compte 2 548 861 habitants. 18,31% de cette population est à la retraite, ce qui place la Voïvodie de Łódź comme le territoire le plus « âgé » de Pologne.



Pour entamer le débat sur la thématique « défi éthique de l'apprendre à bien vieillir » : présentation par **Mme Marie-Aude Gourand**, adjointe au pôle gestion de la Direction de la Solidarité aux Personnes Âgées et aux Personnes Handicapées (Département du Nord) d'un diaporama sur « le bien vieillir » réalisé par deux personnes de 70 et 72 ans. Leur recette pour bien vieillir : prendre son temps, accepter les choses, se simplifier la vie, rester actif, etc.



Présentation de l'analyse des grilles de lecture « apprendre à bien vieillir » par **Mme Isabelle Damblin**, Directrice Adjointe de la Solidarité aux Personnes Âgées et aux Personnes Handicapées, **Mme Aline Parent**, chargée de mission responsable du projet « Mieux vieillir en Europe » et **Mme Nathalie Perilleux**, responsable de la cellule Programmes européens, Direction des Relations internationales et des Programmes européens au Département du Nord et débat avec la salle.



Atelier 2 - Zoom sur les experts

M. Zerzy Krzyszkowski, de l'Université de Łódź a balayé les problèmes et aspects éthiques relatifs au soin des personnes âgées en Pologne.

Tout d'abord, selon lui, la loi d'assistance sociale de 2004 manque d'éléments de diagnostic et de tableaux de suivi. Il n'y a pas de lois sociales tournées uniquement vers les personnes âgées.

Il existe un problème important par rapport à la fixation des seuils de revenus, seuils qui déclenchent l'aide sociale. En effet, ces seuils ne prennent pas en considération l'ensemble des dépenses que doivent prendre en charge les personnes âgées. De fait, de nombreuses personnes âgées n'atteignent pas les seuils d'ouverture de droit à l'aide sociale alors qu'en mettant toutes les dépenses bout à bout, elles y auraient droit. Ceci fragilise et précarise de nombreuses personnes. Par ailleurs, nombre d'entre elles seraient actuellement en droit de recevoir ces aides mais par manque d'information ou méconnaissance, elles n'entreprennent pas les démarches nécessaires (on estime que 25 % des personnes âgées seraient actuellement dans ce cas).

Un autre problème est soulevé par **M. Zerzy Krzyszkowski** : celui de la formation des soignants. La Pologne manque de spécialistes formés et ceci est en partie dû au manque de reconnaissance notamment salariale et aux difficiles conditions de travail inhérentes au travail de soignant. À noter également que de nombreuses personnes formées partent aujourd'hui à l'ouest de l'Europe pour avoir de meilleures conditions salariales.

Par ailleurs, il est nécessaire d'aboutir à une meilleure coordination entre les soins prodigués dans les institutions publiques et les soins prodigués en milieu familial. Les aidants naturels sont isolés et n'ont aujourd'hui pas assez de soutien.

La Loi de 2004 donne aux collectivités locales l'obligation de prendre en charge une partie du fi-

nancement du placement des personnes âgées. En conséquence et par manque de moyens les collectivités se sont retournées vers les familles, qui elles aussi sont souvent dans l'incapacité de participer aux coûts des placements. De fait, les familles essaient de garder les personnes âgées à domicile, bien que certaines d'entre elles aient besoin d'un placement et aujourd'hui certaines institutions ont même des lits inoccupés du fait de l'incapacité financière des familles et des collectivités !

Il existe aujourd'hui en Pologne un manque de structures d'observation de la violence, des maltraitances et des abus. Les établissements privés sont dotés de bureaux d'observation ce qui n'existe pas à un niveau plus global, pas même au niveau local, en partie en raison d'un manque de moyens accordés aux politiques en faveur des personnes âgées. À noter que la situation en milieu urbain est meilleure que la situation en milieu rural.

M. Zerzy Krzyszkowski a ensuite formulé quelques recommandations, pour ce qui concerne la Pologne :

- ▶ faire évoluer la législation en faveur des personnes âgées (inscrire dans la loi les devoirs des personnes travaillant avec les personnes âgées, calculer autrement le seuil de revenus déclenchant l'aide sociale) ;
- ▶ spécialiser davantage le personnel qui travaille pour les personnes âgées ;
- ▶ changer d'attitude par rapport à ces personnes et par rapport à la vieillesse de manière générale, former et éduquer ;
- ▶ développer des politiques de soutien aux aidants naturels ;
- ▶ réorganiser le système social en favorisant une meilleure coordination entre le secteur sanitaire et le secteur social.

Mme Zdzislawa Kawak, de l'Université de Lodz, a quant à elle, abordé les questions éthiques et sociologiques autour du vieillissement. Elle a précisé qu'en 1999, les personnes de plus de 60 ans représentaient 1/10^e de la population mondiale. En 2020, ils en représenteront 1/6^e et 1/3 de la population des pays industrialisés. La part des personnes âgées sur la part des personnes actives augmente rapidement.

La société européenne est marquée par un phénomène de « gérontophobie », c'est-à-dire un rejet des personnes âgées, un culte de la jeunesse qui trouve son fondement dans de nombreuses raisons :

- ▶ des causes fonctionnelles : les personnes âgées « ne sont plus en activité », phénomène d'exclusion ;
- ▶ des causes politiques : le pouvoir politique est « confisqué » par des élites âgées ce qui est source de rejet pour les plus jeunes qui doivent attendre longtemps pour atteindre le pouvoir ;
- ▶ des causes morales : le rejet de la vieillesse, la peur de la mort ;
- ▶ des causes esthétiques : aversion pour la dégradation, la perte de capacité, la peur de la maladie ;
- ▶ des causes philosophiques : la peur du devenir.

Afin de mieux inclure les personnes âgées et de favoriser l'apprendre à bien vieillir, le regard sur les personnes âgées doit impérativement être changé. La dimension éducative est énorme, les stéréotypes très lourds. Le processus du vieillissement doit être abordé dans les écoles, dès le plus jeune âge. La vieillesse doit être pensée positivement, vue différemment.

M. Krzysztof Rosa, enseignant à l'IUFM de Lodz a abordé la question du suicide chez la personne

âgée et de ses causes. Il a tout d'abord dressé une typologie des comportements suicidaires :

- ▶ les idées suicidaires ;
- ▶ le geste « para suicidaire », qui appelle une réaction ;
- ▶ la tentative de suicide ;
- ▶ le suicide accompli.

Souvent il n'y a pas qu'un seul objectif à la mort par suicide mais de multiples. Différentes causes sont à l'origine de ces comportements : une intention d'automutilation, l'idée que l'acte suicidaire va faire évoluer la situation, une ambivalence des sentiments (la personne ne veut pas seulement mourir mais se soulager), une souffrance, un renoncement, un manque de perspective, un manque de communication.

L'idée du suicide chez la personne âgée est beaucoup moins visible que chez les autres personnes. Elles n'en parlent pas souvent mais pourtant les tentatives de suicide chez la personne âgée ont un caractère particulier : une personne âgée qui arrive à l'acte suicidaire, n'appelle pas à l'aide mais souhaite mourir. Chez les jeunes, on dénombre 1 suicide accompli pour 200 essais. Ce ratio tombe à 1 suicide accompli sur 4 essais pour la personne âgée.

La Hongrie, la Bulgarie et la France ont le plus haut taux de suicide de la personne âgée en Europe. Il semble que les femmes y pensent plus que les hommes mais qu'elles passent moins à l'acte. En 2006, 5 805 suicides ont été dénombrés en Pologne, parmi ces personnes, 1 163 étaient des personnes de plus de 60 ans.

Le suicide de la personne âgée tient à différents facteurs :

- ▶ l'état de santé (pathologies avec douleurs chroniques, maladies psychiques, etc.) ;
- ▶ les facteurs psycho-sociaux : troubles affectifs, rejets, acceptation de soi, manque d'ouverture, ...

Atelier 2 - Zoom sur les experts suite

- ▶ les facteurs démographiques : isolement social, événement de la vie (ex. perte du conjoint) qui provoque un déséquilibre de l'appui social et parfois un déséquilibre financier ;
- ▶ les facteurs extérieurs : passage à la retraite, placement en établissement (perte de liberté), mauvais traitements, perte de position dans l'organigramme familial, etc.

Il a également plusieurs caractéristiques :

- ▶ les personnes âgées préparent davantage leur suicide. Le suicide est planifié.
- ▶ il y a moins de signes avant-coureurs, moins de discours sur leurs intentions suicidaires.
- ▶ la motivation est la mort, plus qu'un appel au secours ou un changement de situation.
- ▶ des suicides « passifs » existent beaucoup pour les personnes âgées dépendantes ou en établissement : refus de soins, refus d'alimentation, qui peuvent être considérés comme une certaine forme de suicide (conduite semi autodestructive). Ces personnes ne peuvent souvent pas se suicider d'une autre manière. Elles renoncent à la vie.

La prévention du suicide de la personne âgée doit être renforcée et considérée comme une priorité à l'égal du suicide des plus jeunes. Les soignants, médecins généralistes compris, pour cela doivent être davantage formés à reconnaître et identifier les processus suicidaires, les facteurs, etc. Les personnes âgées doivent avoir un meilleur accès aux traitements des dépressions, le traitement de l'alcoolisme et de la dépendance aux médicaments doit également être mieux considéré.

Mgr inż. **Agnieszka Trzupiek**, Présidente de l'Université du troisième âge de l'école polytechnique de Lodz a dû se faire remplacer. Elle a chargé une des étudiantes de l'école de présenter leurs travaux.

L'université du troisième âge a pour but de créer du lien social. La Voïvodie de Lodz a 7 Universités du 3ème âge sur son territoire, elles se tiennent dans des endroits spécialement sélectionnés pour leur facilité d'accès. Dans chaque université, ce sont les participants qui décident des cours qui leur seront donnés, des sujets qui seront abordés. Tous les cours sont gratuits, ainsi que certaines des activités connexes mises en place par les organisateurs : sorties, cours d'informatique, cours de sport, cours d'auto défense, cours d'arts plastiques, de photos ...

Atelier 3

ATELIER ORGANISÉ PAR LE LAND DE STYRIE (Autriche)

ATELIER n°	3
Organisation	LAND DE STYRIE
Date	4 et 5 octobre 2010
Lieu	Graz
Participants	30 personnes (Styrie, Varna, Nord, Cujavie Poméranie, Lodz, Baranya)
Thèmes	Emploi des seniors Réponses aux populations spécifiques
Experts extérieurs	<p>M. Günter Klug, Psychiatre, Neurologue et Psychothérapeute : présentation du projet pilote Gérontologie. Cf. p 86.</p> <p>M. Martin Kurz, Psychiatre et responsable de la lutte contre la toxicomanie à l'hôpital Sigmund Freud de Graz : présentation des addictions chez les personnes âgées</p> <p>M. Helmut Willegger, Responsable à l'agence pour l'emploi de la Styrie : présentation des bonnes pratiques pour l'emploi des seniors en Styrie. Cf. p 90.</p> <p>Mme Sabine Oswald, Psychothérapeute : présentation des caractéristiques des personnes atteintes de démence, et propositions de réponse par l'architecture et une autre conception de l'accompagnement.</p>
Visites effectuées	<p>Centre de santé gériatrique de Graz. Intervention du Directeur M. Gerd Hartinger</p> <p>Centre de retraite médicalisé « Haus am Rucklerberg » de Graz. Intervention de la Directrice, Mme Claudia Locker-Tucek</p>

Atelier 3 en photos...



Accueil et présentation des deux journées de travail sur les thèmes « emploi des seniors » et « réponses aux populations spécifiques » par **M. Ludwig Rader**, Directeur des relations extérieures du Land de Styrie et **Mme Barbara Pitner**, Directrice des services d'action sociale du Land de Styrie.



En guise d'introduction, **M. Günter Felbinger**, Chef de la division « planification sociale » du Land de Styrie, a présenté le système d'organisation sociale en Styrie.



Présentation des réponses faites par les collectivités partenaires à la grille de lecture « emploi » et débat entre les participants, **Mme Aline Parent**, chargée de mission et **M. Grégory Blin**, Directeur des Relations internationales et des programmes européens, Département du Nord.



M. Hristo Bozov, Adjoint au Maire de Varna, a précisé qu'il est actuellement question d'établir, en Bulgarie, un système de subvention pour les personnes n'ayant pas assez cotisé pour leur retraite. L'idée serait de permettre, notamment, un rachat des années d'étude. Ceci serait mis en place via un fonds spécial géré par l'État.



Mme Monika Kampfl-Kenny, du Département de la santé du Land de Styrie et infirmière, a présenté l'organisation des soins mobiles et soins à domicile du Land.



Accueil au centre de santé gériatrique de Graz par **M. Gerd Hartinger**, Directeur. Il a présenté les hôpitaux Albert Schweitzer, hôpitaux publics de Graz consacrés au soin des personnes âgées, dont les développements sont issus de plusieurs constats : les diagnostics sont trop tardifs, les patients pâtissent du manque d'interdisciplinarité entre les soignants, le travail avec la famille n'est pas assez développé, la société n'est pas assez sensibilisée aux personnes âgées, il manque du personnel formé aux situations de démence.

L'hôpital compte 650 lits sur 3 sites, et reçoit environ 20 000 personnes par an. Il est financé par la ville de Graz et le Land de Styrie. Le prix journalier est fixé par le Land pour la partie hôpital. Les patients financent en partie, ainsi que l'assurance maladie et l'aide sociale si besoin.

Atelier 3 en photos... suite

Le « centre de santé gériatrique de Graz » (Geriatrische Gesundheitszentren Graz - GGZ) se compose de plusieurs bâtiments (plusieurs « hôpitaux »), dotés de différents types de services :

→ Les hôpitaux Albert Schweitzer I et Albert Schweitzer II qui proposent différents services :

- un service de gériatrie d'urgence (centre de soins intensifs). Le centre de soins intensifs pour personnes âgées est un service récent, ouvert aux personnes qui sortent d'une opération, etc. C'est un hôpital uniquement réservé aux plus âgés, les personnes y restent en moyenne 3 semaines. Les chambres fonctionnent comme de petits appartements, toutes les chambres sont orientées vers l'ouest, tous les espaces sont ouverts (sauf les chambres et la pièce contenant les médicaments).

- un centre de rééducation pour personnes âgées ;

- un service spécialisé pour le traitement des personnes démentes (la « memory klinik »). D'une capacité de 22 places, ce service est également conçu pour rappeler le plus possible le domicile, le mobilier est en bois, les espaces sont ouverts (sauf les chambres et la pièce contenant les médicaments). Dans ce service certaines technologies sont utilisées : au pied du lit de chaque malade se trouve un tapis qui prévient les soignants si une personne se lève la nuit. Les patients de ce service sont également porteurs d'une puce qui, en contact avec les bornes positionnées à la sortie du service, prévient le personnel s'ils sortent.

Le principe est de toujours laisser le plus de liberté possible aux patients, cette mesure n'est utilisée qu'en cas de nécessité pour la protection de la personne. Le « jardin de la mémoire » permet aux patients d'être seuls dehors tout en ne risquant rien (parcours en forme de « 8 »), une cabine téléphonique est installée dehors (elle permet aux patients d'entendre la radio s'ils décrochent afin de les rassurer), des stimulations olfactives et visuelles sont installées dans le jardin.

- un centre de soin de jour pour personnes âgées ;

- un centre pour personnes gravement handicapées et dépendantes souffrant de lésions du cerveau du fait d'un accident vasculaire cérébral par exemple, etc. (« wahrcoma » ~ coma éveillé). Ce service n'est pas uniquement réservé aux personnes âgées.

→ L'hospice Albert Schweitzer est un service de soins palliatifs.

Le service de soins palliatifs a une capacité de 12 lits. Il accueille des personnes d'en moyenne 70 ans pour, en moyenne, 52 jours (des personnes plus jeunes peuvent aussi y être admises). Il possède également un service de soins palliatifs « de jour » où les personnes peuvent venir se ressourcer, bénéficier de soins, de massages, etc.

Enfin des appartements avec un suivi médicalisé léger sont également disponibles (« betreutes Wohnen »).

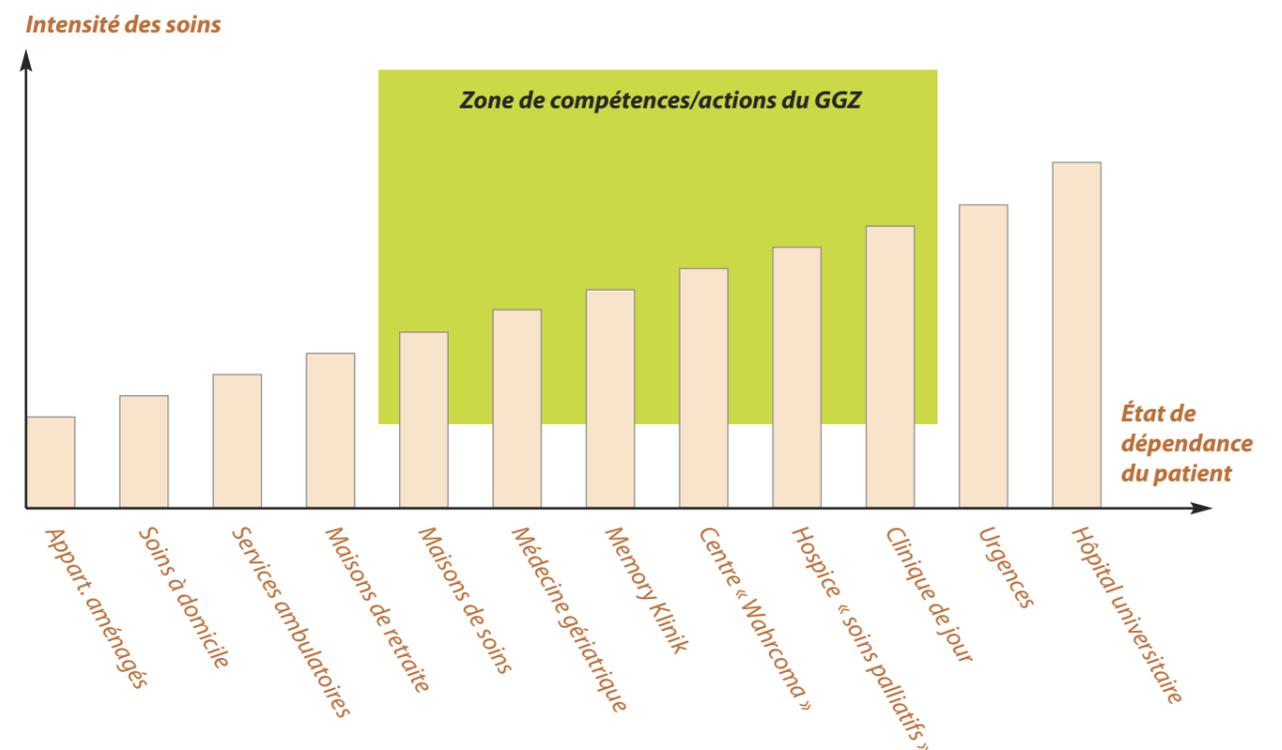
Les soins et l'accompagnement prodigués dans les services des hôpitaux Albert Schweitzer suivent les préceptes d'Erwin Böhm, spécialiste autrichien, fondateur de la théorie de soins psycho-biographiques et du modèle de soins psycho-biographiques. M. Böhm a créé une approche globale, axée sur la pratique pour la gériatrie, la psychiatrie gériatrique et la gériatrie psychologique.

Tous les soignants des cliniques (330 personnes) sont formés à cette théorie, qui vise une augmentation du bien-être, le développement de l'empathie et l'amélioration continue des soins. Après quelques semaines de soins selon ces préceptes, une nette amélioration des patients est observable.

M. Gerd Hartinger insiste également sur la nécessité de renforcer la prévention :

- prévention primaire : reconnaître les troubles de la santé, notamment par rapport à la nourriture ;
- prévention secondaire : empêcher les maladies en les diagnostiquant rapidement ;
- prévention tertiaire : empêcher la détérioration de la maladie.

M. Gerd Hartinger a également présenté un graphique de l'organisation des solutions pour personnes âgées en Autriche. Classés par ordre d'accompagnement / de soins des plus légers au plus intenses :





Atelier 3 en photos... suite



Visite de l'hôpital au sein du jardin du service de « memory klinik »
une cabine téléphonique où les patients peuvent se réfugier - s'ils décrochent, la radio fonctionne



Le centre de soins palliatifs de jour et son médecin en chef



Des balcons ouverts vers le bas pour permettre
aux personnes en fauteuil d'observer la rue



Le « jardin en 8 » de la memory klinik

Atelier 3 en photos... suite

Les visites se sont poursuivies à la maison « **Haus am Rucklerberg** », centre de retraite médicalisé pour personnes âgées dirigé par **Mme Claudia Locker-Tucek**. Celle-ci a accueilli les participants et a présenté l'établissement. Il regroupe :

- ▶ 9 appartements de 12 personnes ;
- ▶ 3 appartements de 14 personnes ;
- ▶ un service de jour pour personnes atteintes de démence (accueil de 12 personnes maximum par jour, du lundi au vendredi. Les fréquences de visite sont irrégulières, des personnes viennent tous les jours, d'autres une à deux fois par semaine) ;
- ▶ un centre de conseil pour l'aide à la vie quotidienne (conseils sur les équipements informatiques et/ou techniques qui visent à aider les personnes handicapées, notamment pour mieux communiquer avec autrui).

Chaque appartement est géré par une équipe de soignants. Toutes les activités se font au sein de l'appartement, ainsi que les repas (pris en commun dans l'appartement et cuisinés sur place également). Il n'existe donc pas de cuisine collective ou de suivi centralisé des patients, tout se passe individuellement dans chaque appartement qui fonctionne comme « une institution au sein de l'institution ».

Mme Claudia Locker-Tucek a précisé qu'une telle organisation n'est pas simple, car chaque appartement doit respecter les lois et obligations dévolues aux institutions pour personnes âgées, alors que dans le même temps, ils essaient de reproduire au plus possible le milieu familial.

L'idée est de donner une grande qualité de soin dans un espace qui se veut avant tout un lieu de vie. La coopération avec les familles est très importante.

Chaque appartement a été construit autour de la pièce de vie commune avec une cuisine ouverte. La construction s'est également faite en fonction de la lumière du jour : toutes les pièces communes des 12 appartements disposent d'ouvertures sur chacun des murs, et d'un espace extérieur. Les services dans les appartements commencent à 7h et sont assurés jusqu'à 21h30 (un premier service est mis en place de 7h à 14h, puis un second assure les services de 14h - 21h30). En plus des équipes d'aides-soignants en place dans chaque appartement, une personne diplômée est responsable de trois appartements.

Comme les patients évoluent toujours avec les mêmes personnes dans les appartements, des liens très forts sont tissés entre les soignants et les personnes, et les personnes entre elles. De la sorte, chaque décès prend beaucoup d'importance. À l'inverse, chaque entrée d'un nouveau résident dans un appartement est préparée par un protocole précis (mise en relation, présentation, etc.).

Une liste d'attente existe pour cette institution, ce qui n'est pas le cas de toutes les institutions pour personnes âgées en Styrie (forte offre de logements aménagés ou de placements, et haute qualité des soins à domicile). Le prix de jour varie en fonction du degré de dépendance et des revenus de la personne.



Présentation des réponses faites par les collectivités partenaires à la grille de lecture « besoins des populations spécifiques » et débat entre les participants



La délégation hongroise

Atelier 3 - Zoom sur les experts

Suite à cette présentation, **M. Günter Klug, psychiatre, neurologue et psychothérapeute** a présenté un projet pilote développé en Styrie. Le « projet pilote gérontologie » dure depuis une dizaine d'années et a pour but le traitement géronto-psychiatrique des plus de 65 ans. Voir p 86.



M. Helmut Willegger, responsable à l'agence de l'emploi de la Styrie, a ensuite présenté les caractéristiques de l'emploi des seniors en Styrie. En Europe, on parle « d'emploi senior » pour les plus de 45 ans, voire les plus de 50 ans. Depuis 2004, en Styrie, la progression du chômage senior est plus importante que pour les autres catégories d'âge. Cette progression a particulièrement touché les hommes à cause de la fermeture d'usines et d'industries. Les hommes de plus de 50 ans ont globalement un taux d'emploi supérieur à celui des femmes.

Un institut de recherche en Styrie a produit un document de projection pour les années à venir (projection entre 2009 et 2012).

Sur cette période, le taux d'occupation des plus de 50 ans va augmenter de plus de 11%. Il devrait augmenter de 18.4% entre 2012 et 2018. L'étude dévoile également les branches qui vont perdre des emplois seniors (fabrication, finance, production, transport), ou au contraire en créer (santé, économie, soin, enseignement, gastronomie, entretien, maintenance).

M. Helmut Willegger a également noté que les sociétés vieillissantes vont créer des emplois dans le secteur de l'accompagnement, de l'aide et du soin des personnes âgées.

L'objectif de l'agence pour l'emploi de Styrie est de développer des outils de promotion de l'emploi des seniors :

- ▶ développement de l'intérim senior ;
- ▶ aide à la création d'entreprise ;
- ▶ requalification de certains groupes cibles via le FSE ;
- ▶ développement de programmes de formation continue ;
- ▶ coaching.



En 2009, environ 72 000 personnes étaient inscrites à l'agence pour l'emploi de Styrie, dont 17 000 avaient plus de 45 ans. En 2009, 35 millions d'euros ont été investis en Styrie pour l'emploi des plus de 45 ans.

Atelier 3 - Zoom sur les experts suite

M. Helmut Willegger a ensuite présenté deux « bonnes pratiques » développées en Styrie par l'agence pour l'emploi :

→ **le programme « l'expérience compte 45+ »** (mené de concert par l'agence pour l'emploi et le Land de Styrie). Il s'agit d'un programme qui fonctionne par « paquet » de mesures autour de la formation, de l'orientation et des perspectives d'emploi. Entre 1999 et 2010, cela représente 3 615 seniors impliqués, dont 60% ont eu un retour effectif à l'emploi. L'avantage de ce programme est qu'il permet d'intervenir très vite auprès des seniors en situation de chômage, ce qui est une condition sine qua non de leur retour à l'emploi.

→ **le programme « SIP 50+ »**. Il s'agit d'un programme mis en place par l'agence pour l'emploi dans lequel les travailleurs seniors sont « prêtés » aux entreprises pour réaliser une tâche particulière. En retour, les entreprises permettent ainsi un retour à l'activité, une formation, etc. Le temps en entreprise dure environ 6 mois. Grâce à ce programme, 60% des personnes ont ensuite retrouvé un emploi régulier. Voir p 90.

M. Martin Kurz, Psychiatre et responsable de la lutte contre la toxicomanie à l'hôpital Sigmund Freud (Graz) a présenté les caractéristiques des addictions chez les personnes âgées.



Selon **M. Martin Kurz**, trois notions sont à dissocier : la « consommation sociale », c'est-à-dire la consommation de substances soumises à des règles sociales, aux us et coutumes (notamment le cas pour l'alcool : la consommation dépend des habitudes des sociétés et la notion d'abus sera définie en fonction du niveau de cette « consommation sociale »). La notion « d'abus », c'est-à-dire un comportement de consommation qui entraîne des dégâts physiques, psychiques et sociaux. Enfin, la notion de « dépendance » est un syndrome caractérisé par au moins 6 critères, dont au moins 3 doivent être observés chez un patient pour qu'il soit considéré comme « dépendant » (à savoir la pulsion, la perte de contrôle, la dépendance physique, le développement de tolérance à la substance, l'occupation unique du temps libre, la consommation malgré la nuisance).

M. Martin Kurz a affirmé que selon lui, des traitements spécifiques à chaque stade de la maladie devraient être développés. Il faut aussi garder à l'esprit que les personnes ne sont pas égales face aux situations de dépendance car l'on sait aujourd'hui que des facteurs génétiques jouent un rôle important.

M. Martin Kurz a ensuite abordé la problématique « alcool et personnes âgées ». En Europe centrale, selon des études récentes, 15% des hommes de plus de 60 ans ont des problèmes d'alcool, 5 % des femmes du même âge. Sur cette même catégorie de population, 3% des hommes sont dépendants, 1% des femmes le sont également. L'alcool a une incidence forte sur les personnes âgées, car compte tenu de leur âge, même une faible quantité peut avoir de lourdes incidences. Ce phénomène est amplifié par le fait que les pathologies liées à l'alcoolisme de la personne âgée sont souvent confondues avec les problèmes classiques liés à l'âge (déficiences cognitives, incohérences, chutes et fractures, déshydratation, lésions neurologiques, désorientation, dépression, etc.).

Deux tiers de ces personnes étaient dépendantes avant 60 ans, mais 1/3 le deviennent après cet âge. Pour le traitement, il est nécessaire de distinguer deux groupes :

- ▶ le sevrage des personnes de 60 à 70 ans qui peut se faire sur une plus longue durée avec des médicaments adaptés ;
- ▶ le sevrage des plus de 70 ans qui est plus complexe, les objectifs doivent être moins ambitieux.

Dans de nombreux cas, contrairement aux idées reçues, il est bénéfique de mettre des mots sur la consommation d'alcool chez la personne âgée, car des résultats peuvent être atteints, les conduites à risques peuvent réellement être réduites.

M. Martin Kurz a ensuite présenté le cas des dépendances des personnes âgées aux tranquillisants type benzodiazépines (BZD). Ils forment une classe de médicaments psychotropes utilisés dans le traitement de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation psychomotrice, etc. Jusqu'à 25% des personnes consomment ces tranquillisants de manière régulière. Deux tiers d'entre elles sont des consommateurs sur le long terme, ce taux passe à 40% en institution. A ce jour en Europe, 50% des tranquillisants sont consommés par les plus de 65 ans (et pour beaucoup aussi s'ajoute la consommation d'antidépresseurs).

Certains facteurs augmentent le risque de consommation de BZD : l'isolement social, les troubles du sommeil, la mauvaise santé, les contacts réguliers avec le système de santé (même si les docteurs font de plus en plus attention aux prescriptions), les dépressions ou les douleurs.

Le problème avec ce type de tranquillisants est qu'ils ne traitent pas la maladie mais qu'ils traitent la plainte. Les personnes cessent donc de se plaindre mais restent isolées par rapport à l'entourage ou aux soignants. Par ailleurs, la consommation de BZD augmente le risque de chutes, de pertes

cognitives et de pertes de réactivité. Des thérapies existent également contre la consommation abusive de BZD :

- ▶ une régulation du sommeil par d'autres préparations est une condition absolument nécessaire. Les médicaments sont souvent prescrits parce que l'entourage n'arrive plus à gérer les symptômes liés au vieillissement ;
- ▶ des discussions ouvertes avec les personnes âgées doivent avoir lieu. Il ne faut pas essayer de supprimer les médicaments d'un seul coup, ce qui effraie beaucoup la personne, mais il faut essayer de mettre des mots sur la consommation. Le sevrage doit être très prudent et très lent.

Aujourd'hui, compte tenu du vieillissement de la population, les médecins de la dépendance sont confrontés au vieillissement des « premières vagues » de dépendants qui ont explosé dans les années 60-70 (les traitements des hépatites, sida, etc. amènent de plus en plus de personnes à vivre longtemps avec leur dépendance). Les institutions pour personnes âgées ne sont pas préparées à gérer et à soigner ces personnes qui souvent, ne s'adaptent pas dans les institutions « classiques ».

Le grand défi amené par le vieillissement des populations atteintes de dépendances est :

- ▶ de limiter les dégâts ;
- ▶ de développer des démarches individualisées ;
- ▶ de tenter la réintégration des personnes.

À l'avenir, la mise en réseau et la coopération des soignants et des équipes multidisciplinaires doivent être renforcées. Des structures d'accueil de court séjour doivent être renforcées.

Atelier 3 - Zoom sur les experts suite

Mme Sabine Oswald, Psychothérapeute, qui a présenté aux participants ses travaux avec les personnes âgées atteintes de démence, notamment d'Alzheimer. La démence aura besoin, à l'avenir, de plus en plus de personnel et de ressources pour être soignée. Il est nécessaire de voir ces personnes sous un nouveau jour, de les accompagner telles qu'elles sont.



Mme Sabine Oswald a tout d'abord présenté certaines caractéristiques de la maladie :

1 / La démence amène les personnes à utiliser leurs reflexes « primitifs ».

Si de nombreuses parties du cerveau sont endommagées, les reflexes de survie « de cueilleurs et de chasseurs » subsistent. Les hommes préhistoriques vivaient dans les grottes, et l'on observe que les malades aiment rester dans des endroits clos, où ils se sentent en sécurité. Les hommes étaient habillés de peaux, et l'on observe que les malades préfèrent de loin sentir des couvertures sur eux plutôt que d'être lourdement habillés. À l'époque préhistorique les hommes vivaient en groupe pour se protéger, notamment lors de la prise de repas. Les personnes atteintes de dé-

mence sont rassurées par le groupe, elles ont besoin de sentir la présence de l'autre, de toucher, d'entendre des voix. Il est donc important de pouvoir les soigner dans des endroits où elles se sentent en sécurité, mettre de la lumière, respecter leur rythme, et surtout ne pas les isoler dans des chambres, mais autant que possible de les installer dans des pièces de vie commune avec si besoin des paravents ou des systèmes de séparation. Une personne atteinte de démence peut avoir trois types de réponses : attaquer, faire le mort, s'enfuir.

Quand on les empêche d'attaquer (pour la sécurité des autres), quand on les empêche de s'enfuir (pour leur propre sécurité), reste la possibilité de faire le mort, d'abandonner. Il est primordial que l'entourage, famille et soignants, se mobilise pour éviter le plus possible cette situation d'abandon.

2 / Les personnes atteintes de démence font, pour de nombreux points, penser aux enfants de 3 à 6 ans.

Les enfants de cette tranche d'âge s'entendent très bien avec les déments. **Mme Sabine Oswald** a donné un exemple concret : « eux aussi voient des brigands et des sorcières et eux aussi crient quand ils ont peur ». Les enfants ont des objets pour se rassurer, les malades apprécient beaucoup d'avoir un objet familier avec eux tout le temps. Les enfants peuvent jouer pendant des heures à faire des choses que l'on juge inutiles, et pourtant on les laisse faire. C'est également ce qu'il faut faire avec les personnes atteintes de démence.

3 / La notion d'espace et de temporalité est perturbée chez une personne en situation de démence.

Quand une personne affirme vouloir rentrer chez elle, elle ne parle pas de son domicile mais de retrouver l'endroit où elle a eu le plus d'amour, où elle s'est sentie le plus en sécurité. Ces personnes ont un besoin d'affection sans restriction, il est important de leur faire ressentir l'amour inconditionnel qu'ils ont connu étant jeunes.

Mme Sabine Oswald a ensuite présenté, à l'inverse, les aspects qui disparaissent avec la démence. Les malades perdent la mémoire, l'orientation temps-espace, la signification des objets, le centre de la parole est touché, tous les apports culturels disparaissent également.

Il reste aux patients toutes les sensations (les malades sont très instinctifs) et les émotions. Les personnes démentes apprécient beaucoup la musique et tout spécialement le chant. Les traits de la personnalité demeurent, ainsi que les goûts développés pendant la vie (pour ces raisons, il est important pour les soignants d'avoir des détails sur la vie des malades).

Pour aider ces personnes au mieux, il faut renforcer leur identité, renforcer ce qu'ils ont été, leur parler de leur passé. Il faut s'adresser aux sentiments et ne pas hésiter à les toucher, à leur faire sentir une présence humaine.

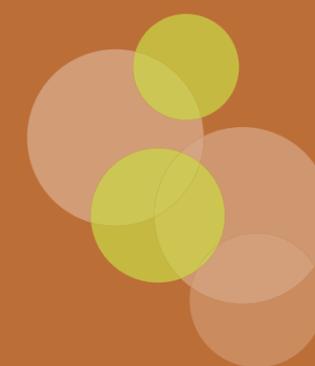
En Styrie, il existe 3 types d'hébergement pour les personnes atteintes de démence :

- ▶ des appartements type colocation de 6 à 8 personnes malades avec quelques personnes qui s'en occupent ;
- ▶ des maisons type foyers, qui rassemblent environ 12 personnes, avec des équipes qui s'en occupent également ;
- ▶ des institutions, « îlots », qui accueillent les malades.

L'idée de base est toujours de réduire la peur, de faire sentir une présence. Il est important, dans tous les cas, d'avoir une pièce commune, les repas doivent, le plus longtemps possible être pris en commun. Au delà des repas, ces pièces communes servent à sentir la présence de l'autre, à entendre du bruit, etc. Il faut stimuler le mouvement des personnes, même malades les êtres humains sont faits pour bouger. En plus des pièces communes, les personnes doivent pouvoir être isolées du reste du groupe et s'isoler des autres pour s'en protéger. Les pièces doivent être très éclairées

avec beaucoup de couleurs car les malades n'aiment pas les ombres. L'architecture des institutions doit être au service du malade, notamment en créant des espaces qui les empêchent de fuir (ceci est aussi vrai dans les jardins : exemple donné des jardins « en 8 »). L'accessibilité doit bien sûr être maximale, et en même temps, il faut des « niches », des espaces à l'abri des regards où les malades se sentent protégés. La présence d'animaux peut aider.

Mme Sabine Oswald a ensuite présenté aux participants plusieurs exemples de bonnes pratiques architecturales au service des malades déments. (Cf. livre « Heimat für Menschen mit Demenz - Aktuelle Entwicklung im Pflegebau - Beispiele und Nutzungserfahrungen » par Sibylle Heeg et Katharina Bäuerle / Demenz Support Stuttgart Zentrum für Informationstransfer)



10

RÉFÉRENCES

Références

Pour approfondir sur les thématiques :

LOGEMENT

→ <http://www.cecodhas.org/>

► Comité européen de coordination de l'habitat social.

► Livret « Housing and ageing in the European Union » du Cecodhas : exemple de bonnes pratiques en Europe.

→ http://www.developpement-durable.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=1160

CADRE BÂTI

- National Disability Authority, *Guidelines for Access Auditing of the Built Environment* ("Éléments méthodologiques pour réaliser un diagnostic d'accessibilité du cadre bâti")
- CAWAB, *Guide d'aide à la conception d'un logement adaptable*, 2009
- US Department of Justice, *ADA Standards for Accessible Design* ("Prescriptions techniques pour une conception accessible de la loi sur les personnes américaines avec incapacité")
- US Access Board, *ADA Accessibility Guidelines for Buildings and Facilities* ("Lignes directrices pour l'accessibilité des bâtiments et des installations")
- National Disability Authority, *Building for Everyone*, 2002 ("Construire pour tout le monde")
- GILL John, *Accessibility for Visitors*, 2007 ("Accessibilité pour les visiteurs")
- NASAR Jack, EVANS-COWLEY Jennifer, *Universal design and visitability. From Accessibility to zoning*, 2007 ("Conception universelle et visitabilité")

► National Disability Authority, *Promoting Safe Egress and Evacuation for People with Disabilities*, 2008 ("Promouvoir une évacuation en sécurité des personnes handicapées")

CONCEPTION UNIVERSELLE

- Commission canadienne des droits de la personne, *International Best Practices in Universal Design*, 2006 ("Les meilleures pratiques en conception universelle")
- SNIDER Harold, TAKEDA Nazumi, *Design for All : Implications for Bank Operations*, Banque Mondiale, 2008 ("Conception universelle : impact sur les politiques de la Banque Mondiale")
- *Build for All Reference Manual*, 2006 (en anglais : "Manuel de construction pour tous")
- UniAccess, *Understanding the Evolution From Accessibility to Universal Design : a Reference Guide* ("Comprendre l'évolution de l'accessibilité à la conception universelle : un guide de référence")

→ <http://www.lamaisondesbabayagas.fr>
Expérience française d'habitat autogéré pour personnes âgées.



INFRASTRUCTURES

→ http://www.developpement-durable.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=1160

Présentation de ressources internet pour les possibles évolutions des infrastructures publiques

- 2010 : *une Europe accessible à tous*, Rapport du groupe d'experts constitué par la Commission européenne, 2003
- CFHE, *Agenda 22. Planification des politiques en matière de handicap. Instruction à l'intention des autorités locales*

TRANSPORTS

- CEMT, UITP, *Améliorer l'accès aux transports pour tous. Guide de bonnes pratiques*, 2006
- CEMT, UITP, *Améliorer l'accès aux transports publics. Principes directeurs pour le personnel des entreprises de transport*, 2006.
- TRL, *Enhancing the mobility of Disabled people. Guidelines for practitioners*, 2004 ("Accroître la mobilité des personnes handicapées. Guide pratique pour les professionnels")
- National Disability Authority, *Recommended Accessibility Guidelines for Public Transport Operators in Ireland*, 2005 ("Guide sur l'accessibilité à destination des opérateurs de transports publics")
- Easter Seals ProjectAction, *Toolkit for the Assessment of Bus Stop Accessibility and Safety*, 2007 ("Outil pour l'évaluation de l'accessibilité et de la sécurité des arrêts de bus")
- Transport for London, *Accessible Bus Stop Design Guidance*, 2006 ("Guide pour la conception d'arrêt de bus accessible")
- RICKERT Tom, *Bus Rapid Transit Accessibility Guidelines*, Banque Mondiale, 2006 ("Lignes directrices pour les bus à haut niveau de service")
- EasterSeals ProjectAction, *Status Report on the Use of Wheelchairs and Other Mobility Devices on Public and Private Transportation*,

2008 ("Utilisation des fauteuils roulants et autres aides à la mobilité dans les transports publics et privés")

- Department for Transport, Transport Scotland, *Accessible Train and Station Design for Disabled People : A Code of Practice*, 2008 ("Concevoir des gares et des trains accessibles aux personnes handicapées : un guide de bonnes pratiques")
- Office des Transports du Canada, *Guide d'accessibilité des gares de voyageurs*
- Department for Transport, *Access to Air for Disabled Persons and People with Reduced Mobility - Code of Practice*, 2008 ("Accessibilité aux voyages aériens des personnes handicapées ou à mobilité réduite : un guide de bonnes pratiques")
- Office des Transports du Canada, *Guide pour l'élimination des entraves à la communication avec les voyageurs ayant une déficience*, 2004
- RTIG, *Meeting the Needs of Disabled Travelers. A Guide of Good Practice for Real-Time Informations Systems Providers*, 2007 ("Satisfaire les besoins des voyageurs handicapés. Un guide de bonnes pratiques pour les fournisseurs de systèmes d'information en temps réel")
- EasterSeals ProjectAction, *Universal Design & Accessible Transit Systems : facts to consider when updating or expanding your transit system*, 2009

VOIRIE

- Department for Transport, *Guidance on the Use of tactile pavement surfaces* ("Guide sur l'utilisation des bandes podotactiles")
- Federal Highway Administration, *A resident's Guide for Creating safe and Walkable Communities*, 2008 ("Guide pour créer des communautés de vie sûres et propices à la marche")
- Federal Highway Administration, *Designing Sidewalks and Trails for Access*, 2001 ("Concevoir des trottoirs accessibles")

Références

- ▶ TRB's National Cooperative Highway Research Program (NCHRP), *Accessible Pedestrian Signals : A Guide to Best Practice*, document n°117a, 2007 ("Signalisation pour piétons accessible : un guide de bonnes pratiques")
- ▶ Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale, *Vademecum personnes à mobilité réduite dans l'espace public*, 2008
- ▶ Salt Lake City, *ADA Compliance Guide. Pedestrian Accessibility in the Public Way during Construction*, 2005 ("Maintenir l'accessibilité des piétons lors de la réalisation de travaux sur voirie")

ACCÈS À L'INFORMATION

- ▶ Office for Disability Issues, *Producing better Information for Disabled People. A Toolkit for local Authorities* ("Donner une information adaptée aux personnes handicapées. Un guide pour les collectivités locales")
- ▶ Office for Disability Issues, *Five Principles for Producing Better Information for Disabled People*, 2007 ("5 principes pour donner une information adaptée aux personnes handicapées")
- ▶ National Disability Authority, *First Steps in Producing Accessible Productions*, 2005 ("Produire des publications accessibles")

→ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=429&langId=fr&furtherPubs=yes>
Présentation de documents UE

- ▶ Garantir l'accessibilité et la non-discrimination aux personnes handicapées - Guide d'information sur l'utilisation du Fonds de cohésion et des Fonds structurels européens (13/05/2009) N° de catalogue : KE-78-09-651-FR-C
- ▶ Equal opportunities for all - Delivering the Lisbon Strategy through social innovation and transnational cooperation. (16/02/2009) N° de catalogue : KE-81-08-421-EN-C
- ▶ L'inclusion des personnes handicapées - La stratégie de l'Europe en matière d'égalité des chances (19/02/2007) N° de catalogue : KE-75-06-211-FR-D

→ <http://www.urbanaudit.org/>
80% de la population européenne vit en ville. Les institutions chargées de l'urbanisme doivent répondre à l'évolution de la demande croissante des personnes âgées en termes de transports publics, logement, service de santé, offre culturelle, etc. Créé en 2003 par la DG politique régionale de la Commission européenne (en partenariat avec Eurostat), l'audit urbain permet de comparer plus de 250 villes en Europe. (L'audit ne concerne pas que la démographie, mais celle-ci est un des aspects de l'étude).

→ <http://www.senioractu.com/Espagne-Carte-senior-50-des-personnes-agees-andalouses-en-beneficent-deja-a910.html>
Carte magnétique développée par l'Andalousie pour simplifier l'accès des personnes âgées aux infrastructures (carte à puce individuelle, gratuite et multi-usages).

INCLUSION

Pour les actions sur le logement et les infrastructures visant à favoriser l'inclusion : cf. la documentation proposée dans les analyses de l'atelier n°1.

→ <http://www.cnle.gouv.fr/Une-revue-par-les-pairs-sur-la.html>

« Revue par les pairs » PROGRESS : mesure de l'impact des politiques d'inclusion et autres mesures de lutte contre la pauvreté

→ http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/measuring-the-impact-of-active-inclusion?set_language=fr
Rapport final + réactions de spécialistes belges et bulgares.

→ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=637>

Page internet de l'année de lutte contre les exclusions
Commission Européenne DG emploi, affaires sociales et égalité des chances.

APPRENDRE À BIEN VIEILLIR

▶ Éloge de la lenteur (Broché), de *Carl Honoré*

▶ Freddy Klopfenstein (Humanitude, essai, Genève, Ed. Labor et Fides, 1980).

→ <http://www.age-platform.eu>

→ http://ec.europa.eu/employment-social/spsi/elder_abuse_fr.htm

Conférence européenne, Bruxelles, 17 mars 2008
Protection de la dignité des personnes âgées – Prévention de la maltraitance et de la négligence envers les personnes âgées

→ <http://www.seniosphere.com/index.php?action=seniosimulation>

À propos du simulateur d'âge

→ http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=39

À propos de l'humanité
La Méthodologie des soins Gineste-Marescotti est protégée en France et à l'étranger. Marques déposées : "Toucher tendresse", "Gineste-Marescotti", "Philosophie de l'humanité", "Capture Sensorielle", "Manutention Relationnelle", "Mourir Debout".

Références

EMPLOI DES SENIORS

→ <http://www.share-project.org/>
SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement
in Europe

→ <http://www.share-project.org/austria/>
Pour l'Autriche

→ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/SHARE/EnqueteSHARE.html>
Pour la France

→ <http://www.cenea.org.pl/share/index.html>
Pour la Pologne

→ http://ec.europa.eu/employment_social/mis-soc/db/public/displayResults.do

▶ Cette base de données contient les tableaux MISSOC, qui sont régulièrement actualisés et couvrent tous les domaines de la protection sociale. Les utilisateurs peuvent aisément sélectionner le ou les pays de leur choix et spécifier les champs d'information à afficher ou imprimer. La base de données permet également de télécharger les informations sélectionnées sous la forme d'un document Microsoft™ Excel standard, ce qui permet d'effectuer des comparaisons plus élaborées et de modifier la présentation des tableaux et des impressions.

→ <http://www.senior-competence.eu/spip.php?rubrique15>
Projet européen « seniors compétences »

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

→ <http://www.alzheimer-europe.org/>

▶ Wancata J, Musalek M, Alexandrowicz R, Krautgartner *Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050*. M. Eur Psychiatry. 2003 Oct ; 18(6):306-13

▶ C, Pasquier F, Dartigues JF. *Epidemiology of Alzheimer disease and related disorders Helmer* Med Sci (Paris). 2006 Mar ; 22(3) : 288-96

▶ Bruxelles 22.07.2009 - COM (2009) 380 final - « *communication concernant une initiative européenne sur la maladie d'Alzheimer et les autres démences* »

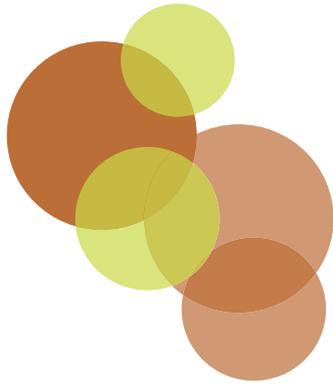
→ http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/alzheimer/index_en.htm
Pages web de la commission européenne consacrées à la maladie d'Alzheimer.

→ <http://www.active-ageing-of-migrant-elders.com/index.php>
Projet européen sur les personnes âgées issues de l'immigration

→ <http://www.enpp-boehm.com/fr/enpp-boehm-sarl/erwin-boehm.html>
Concept de Böhm

Heimat für Menschen mit Demenz - Aktuelle Entwicklung im Pflegebau - « *Beispiele und Nutzungserfahrungen* » par Sibylle Heeg et Katharina Bäuerle / Demenz Support Stuttgart Zentrum für Informationstransfer





Année européenne du **vieillessement actif**
et de la **solidarité entre les générations** 2012

