

**CONSEIL DE L'EUROPE**  
**Conférence des OING**  
**Session 20-24 juin 2016**

**Commission Démocratie, Cohésion sociale et Enjeux mondiaux**

**Âge et santé :**  
**Un enjeu de santé publique et de cohésion sociale,**  
**L'urgence de coordonner les efforts**

**I – Ouverture**

**Gabriella BATTAINI-DRAGONI** Secrétaire Générale adjointe du Conseil de l'Europe »

« Je n'admets pas les caricatures simplistes, qui réduisent parfois les populations vieillissantes à un fardeau pour les vieilles générations ».

On vit beaucoup plus longtemps. En 2014 on estimait qu'un Européen de l'Ouest sur cinq était âgé de 65 ans et plus. En 2030, ce sera un sur quatre. C'est un grand avantage pour les sociétés où les enfants peuvent connaître leurs grands-parents, et aussi : les liens de famille, le maintien de la mémoire, l'accumulation du savoir et de la sagesse. Ne pas oublier que vivre longtemps signifie travailler plus longtemps, dans de nombreux endroits, une retraite tardive : de nombreux européens paient des impôts plus longtemps que ne l'ont fait leurs parents.

Les personnes âgées ont des défis – en particulier d'assurer que ceux qui vieillissent peuvent le faire dans la dignité et en bonne santé.

Cela a un coût en termes de pensions, de soins et de bien-être ; et ces coûts ont augmenté avec la crise financière, l'important chômage et la croissance molle de nombreux Etats membres. Des politiciens, des professions médicales et des militants se préoccupent d'assurer aux citoyens âgés d'avoir une vie décente. Par contraste, notre tâche est de prendre une approche basée sur les normes du Conseil de l'Europe ; la Convention européenne des Droits de l'Homme et la Charte Sociale européenne.

La Convention européenne des Droits de l'Homme ne fait pas explicitement référence à l'âge mais la Cour européenne des Droits de l'homme rend des arrêts de plus en plus fréquents en ce domaine : mauvaises conditions d'hospitalisation, accès insuffisant aux soins ou traitement inapproprié des personnes âgées aboutissant à des violations de l'article 2 concernant la vie, de l'article 8 relatif au respect de la vie privée ou de l'article 3 sur l'interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants.

La Charte sociale européenne contient une disposition pour protéger les personnes âgées : elles doivent rester « à part entière » membre de la société civile.

La Recommandation pour promouvoir les droits de l'homme des personnes âgées a insisté sur la nécessité de développer les équipements et les services de soins pour les personnes âgées, de leur fournir des soins abordables et, en cas de besoin, de leur octroyer une aide financière, de mettre en place des organismes d'inspection efficaces et indépendants.

**Lord Georges FOULKES**, Royaume Uni, membre de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, chargé du rapport « *Garantir les droits des personnes âgées, leur prise en charge intégrale, un engagement social européen* », Président de l'association AGE Ecosse.

Selon l'OMS, 4 millions de personnes sont maltraitées chaque année. Beaucoup en meurent ou sont exploitées par des organismes commerciaux, notamment des compagnies d'assurance ? Alors que les personnes âgées ont contribué à bâtir la richesse de nos sociétés, les contraintes budgétaires sont croissantes et les lignes directrices pour les soins aux personnes âgées, absentes.

Le rapport en préparation vise à produire une recommandation destinée à garantir les droits des personnes âgées face aux soins de santé. Le secteur médical et le secteur médico-social doivent travailler ensemble comme en Ecosse.

Appel aux ONG pour partager l'information sur les entorses aux droits de l'homme, pour faire connaître les bonnes pratiques, pour solliciter les hommes politiques et promouvoir les recommandations du

Conseil de l'Europe et de lancer l'initiative dans l'Union européenne. Cette action conjuguée n'a jamais été aussi grande.

**Jose MENDES BOTA** Chef de délégation adjoint, Délégation de l'Union européenne auprès du Conseil de l'Europe

La Convention d'Istanbul couvre toutes les violences domestiques contre les femmes et les hommes, les plus âgées dans les familles. L'espérance de vie actuellement dépasse 60 ans, un défi pour les systèmes de sécurité sociale car 20% de ses citoyens dépassent 60 ans et +.

Une autre situation préoccupante est l'abus des médicaments : il faut combattre les stéréotypes de l'âge chrono biologique et trouver un autre modèle que le curatif.

L'UE et l'OMS travaillent sur la prévention, un programme novateur sur le vieillissement actif, d'où l'importance de la formation des médecins.

Jose Mendes Bota rappelle la « silver economy », le développement du tourisme, la création de nouveaux médicaments.

## **II – Introduction**

**L'approche de l'Union européenne par Radek MALY** Chef de l'Unité Modernisation des systèmes de protection sociale, DG Emploi, affaires sociales et inclusions de la Commission européenne.

Travail en partenariat avec l'OMS pour un vieillissement actif avec un programme de bien-être social, médical et mental : rester autonome et acteur de sa propre vie, contribuer à l'économie et à la société le plus longtemps possible. Tel est le souhait des personnes âgées.

En 2012, pour l'année européenne du vieillissement, a été réalisé un programme pour le vieillissement actif et la solidarité intergénérationnelle. Il est nécessaire de prolonger cette politique. Des initiatives ont vu le jour dans le secteur de l'emploi et des bases de la vie autonome : évaluer le potentiel inexploité des personnes âgées et tirer le meilleur parti des politiques qui existent déjà. Au niveau local : adoption d'un pacte de vieillissement, avec un réseau facilitateur au sein de la Commission.

Il appartient aux Etats membres de mettre en œuvre cette politique et à la Commission de les soutenir. L'accès aux soins et aux médicaments doit être pérenne pour un investissement qui favorisera le vieillissement actif en bonne santé et que « les vieux » puissent contribuer à la société.

**Anne NEGRE** Experte Egalité femmes/hommes

Quid des droits sociaux, une composante essentielle de la Commission ? Comment garantir les soins à long terme ?

**Réponse de Radek MALI** Il faudrait prolonger la vie professionnelle et l'égalité de sexes est importante. Un rapport a été rédigé sur l'égalité entre hommes et femmes. Les droits sociaux sont un problème d'envergure. Actuellement nous consultons pour rédiger, l'année prochaine, un rapport complet des droits sociaux. Cela fait partie du vieillissement actif.

## **Le rapport « Vieillesse et santé » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2015) |**

Intervention vidéo de **John BEARD**, Directeur du Département Vieillesse et qualité de vie de l'OMS  
Ce rapport mondial « Un brillant avenir en attente ! » comprend 3 importants champs d'action :

- Les personnes âgées jouissent de droits pour une vie agréable ; donc nécessité d'une Convention sur les droits des personnes âgées.
  - En matière de développement durable, veiller à ce que toute personne ait la possibilité de vieillir dans un environnement adapté à sa situation.
  - Une grande disparité entre les personnes âgées selon les pays, leur santé. Parfois une personne âgée de 80 ans a les mêmes capacités physiques qu'une personne de 20 ans.
- Prendre connaissance de la courbe sanitaire : les personnes avantagées sont les personnes aisées, en haut de la courbe ; celles en contrebas, sont désavantagées, en mauvaise santé et avec peu de ressources.
- Mettre l'accent sur une perspective fonctionnelle, les capacités fonctionnelles psychosociales, physiques (accéder aux transports publics : besoin d'aide). Du point de vue de l'environnement, exercer

une activité physique est très bon. Pour les personnes dont les capacités diminuent, il faut faire en sorte de ralentir le déclin sans forcément prendre en charge le cumul des problèmes de santé.

- Réaligner les systèmes de santé, mieux gérer les pathologies à long terme, un grand défi ! L'OMS met l'accent sur la nécessité pour les personnes âgées de pouvoir vieillir chez elles ou en institution, là où elles se sentent le mieux.

Comment financer la recherche ? L'OMS pense que ces coûts sont plus un investissement qui apporte un bénéfice à la personne et aussi à la société qui attend des retours : donc une meilleure santé et le bien-être des personnes âgées qui peuvent jouer un rôle plus actif dans l'économie (aux USA, les entrepreneurs les plus performants ont tous plus de 50 ans).

### **III – Le contexte européen : craintes et contraintes.**

**L'avenir des dépenses de santé face au vieillissement de la population** par Christine de LA MAISONNEUVE

Economiste, OCDE (Organisation de Coopération et de Développement économiques)

Il y a des déterminants démographiques, liés à la structure par âge de la population, de l'état de santé et des déterminants non démographiques. Les pays les plus riches dépensent plus. Il est difficile de mesurer, de quantifier les dépenses et les politiques.

Dépenses par âge : à la retraite, les dépenses augmentent : la natalité est faible et les gens vieillissent mais en meilleure santé. Les calculs ont été faits entre les survivants et ceux qui vont décéder. Comment prévoir dans le futur ? Pour les soins de longue durée, il y a des déterminants démographiques – les gens âgés dépendants – et des déterminants non démographiques – facteurs de revenus. Un pays riche dépensera plus pour les soins de longue durée. Et ce sont souvent des personnes non qualifiées qui s'occupent des personnes âgées dépendantes. Il faut aussi évoquer les soins informels : famille et autres. La courbe de dépendance augmente après 70 ans mais le coût de la dépendance ne dépend pas de l'âge.

Augmentation des dépenses de santé l'avenir des dépenses de santé et de soins de longue durée continuera de peser sur les budgets publics au cours des prochaines décennies et devraient atteindre 9,5% du PIB en 2060. Dans les BRICS (Brésil, Russie, Inde, Indonésie, Chine et Afrique du Sud), les ratios actuellement faibles augmenteront également pour atteindre 10% du PIB. La pression sur les dépenses publiques pourra affecter les pensions. Pour Alzheimer et l'obésité, les coûts seront plus importants.

### **Une insuffisance de normes internationales dans la prise en charge sanitaire et médico-sociale**

par Michel BALLEREAU, médecin, Président du comité stratégique Santé et action sociale pour l'Agence Française de Normalisation (AFNOR), membre de l'Association Internationale de Recherche en Hygiène Hospitalière (AIRHH), OING membre de la Conférence des OING

L'espérance de vie augmente dans les différents pays d'Europe. Les classes d'âge augmenteront entre 2020 et 2050 et la population sera différente en 2050 par rapport à celle de 2020. « Bien vieillir » se prépare toute la vie ; le vieillissement des classes d'âge a une répercussion financière importante pour la société.

En ce qui concerne les normes, le référentiel européen normatif, il est à la charge du Comité européen de normalisation. Il est important que l'Union européenne, le Conseil de l'Europe et la société civile travaillent ensemble.

La Recommandation pour les personnes âgées Conf/PLE(2016)REC2 adoptée le 23.06.2016 :

- Droit à la dignité avec respect de leur volonté
- Droit de vivre dignement et de mourir dignement. Lutter contre la maltraitance de certains organismes financiers. L'OMS conseille la prise en charge à domicile.
- Importance pour la direction des établissements d'écouter les personnes âgées et leurs souhaits ;
- La « silver economy » : personnes âgées actives dans la société, télé assistance, géo-localisation par GPS, conception des produits : mieux faire parvient souvent à faire moins cher !

Quand on parle d'Europe, il faut des référentiels de haut niveau porteurs d'espoir. L'Union européenne structure des cas référentiels de soins médicaux et médico-sociaux d'où l'importance de faire des

inspections, des audits par les pairs pour construire des référentiels de haut niveau. Au niveau européen, un groupe de travail a été mis en place : ministères, Etats membres, à domicile ou en établissement.

**Anne-Marie CHAVANON** Présidente de la Commission Démocratie, Cohésion sociale et Enjeux Mondiaux.

Tout est inter-mêlé pour le groupe de travail mis en place, en partenariat avec la Commission européenne.

#### **IV – Tourmente budgétaire ou crise de valeurs ?**

**Dominique PREDALI** journaliste, auteur d'ouvrages et de reportages consacrés à la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées dans différents pays.

A participé à la rédaction de deux livres « On tue les vieux » et Douze gériatres en colère ».

Lors de la canicule en 2003, le France a découvert que la population était vieille et que certains vieux sont morts de déshydratation ou d'hypothermie. Mais dans les pays européens, aux USA, au Canada, en Australie...la situation est la même. Aux Urgences, un vieux attend plus qu'un jeune alors qu'il est bien connu qu'une personne fragile décèdera plus vite. Constat d'un professeur de médecine : « L'hôpital n'est pas un endroit pour les vieux. Moins ils y restent, mieux ils se portent, sauf en situation d'urgence ». Mais les lits manquent malgré l'augmentation de la population vieillissante. On envoie la personne là où il y a des places dans des services ne correspondant pas à leur pathologie.

Il y a parfois abus de médicaments, de calmants provoquant la déshydratation, une constance dans tous les pays, dans toutes les maisons de retraite avec un personnel restreint (1 aide-soignante pour 80 personnes et parfois un personnel non qualifié). A cela s'ajoute parfois la malnutrition, surtout à l'hôpital avec le repas mal adapté. Comment gérer les priorités ? En Italie, on fait souvent appel à des personnes d'Europe de l'Est pour s'occuper des personnes âgées alors qu'elles-mêmes laissent leurs parents ?

Dans les pays occidentaux, il y a une industrialisation des soins : pour un meilleur rapport financier des prises en charge des personnes âgées, on réduit les coûts des soins : en conséquence : dénutrition, malnutrition, escarres, trop de médicaments. Il ressort des études canadiennes et australiennes que plus le profit est grand, plus le taux de maltraitance est important.

Un criminologue anglais affirme que la criminologie s'est désintéressée de la maltraitance des personnes âgées : par manque d'intérêt, il n'y a aucun financement pour une étude. Pourtant, il existe des établissements de non droits où l'on ne fait pas d'autopsie et, au décès d'une personne, on répond : « C'est l'âge ! » - Cause du décès ? Dans tous les pays sauf aux USA, on répond : « arrêt cardiaque ! ».

Il y a peu de poursuite judiciaire. La maltraitance des vieux est l'un des derniers tabous du 21<sup>ème</sup> siècle. Une américaine rapporte qu'il a été dit en public que le décès d'une personne âgée est moins important que celui d'un enfant !

**Markus BREITSCHIEDL**, journaliste, auteur d'un ouvrage sur les personnes âgées dans différentes maisons de retraite en Allemagne.

Il a rédigé, en indépendant, cette enquête sur 2-3 ans. A Munich, par le biais de l'équivalent de Pôle-emploi, il a travaillé, sans formation, dans 5 maisons de retraite et un établissement de soins. Pour chaque personne, il avait une minute pour l'aider à aller aux toilettes, la laver : comme dans les premières usines de voitures où le travail était épuisant. Il courait après le temps pour donner des soins de qualité. Le personnel devient des robots ; il est impossible d'assurer une qualité de soins et de respecter la dignité de la personne. Le personnel quitte la maison au bout de quelques années.

En réalité, cela relève de l'économie car, dans l'avenir, les besoins de prise en charge des personnes âgées ne seront que plus importants. Il ne consacrait aucun temps pour améliorer le bien-être des personnes âgées ; pour le faire, il y consacrait son temps libre et on lui a demandé d'arrêter car il leur faisait perdre de l'argent au point de vue économique.

En conséquence, il faut revoir les conditions de travail dans ces établissements, les prises en charge : veiller à ce que chaque euro investi puisse servir au bien-être des personnes âgées et à la qualification du personnel.

Durant un an et demi, on a refusé de publier son ouvrage ; mais, ensuite il est devenu un best-seller, ce qui ne plaisait pas aux politiques. A chaque conférence, il était accompagné par un agent de l'état. Malgré de nombreuses menaces, il a gagné tous les procès. C'est seulement un problème d'économie, d'actionnaires qui veulent gagner et de lobbying à Bruxelles. Ce qui le motive ? C'est le fait inacceptable de cette situation de profit.

**Jozsef GABANYI** gériatre, successivement praticien en Hongrie et en France.

Qui sont nos patients âgés aujourd'hui ?

Ils ont vécu une ou deux guerres mondiales, des crises économiques et ne sont pas morts de maladie. Ils sont les survivants du 20<sup>ème</sup> siècle, devenus les fragiles du 21<sup>ème</sup>.

Il faut dire « les vieillissements ». Il existe une très grande variété chez les personnes âgées, à 80 ou 85 ans.

Parlons des valeurs :

- **La dignité** qui revêt plusieurs définitions : l'autonomie de la personnes âgée et, en cas de perte de l'autonomie, il y a différentes approches : physique, cognitive ou psychologique. La dignité de la personne dépendante serait-elle le simple reflet de l'opinion de la personne qui la soigne ?
- **L'indignité**, mais de qui ? De la personne âgée ou des ayants droit ?
- **La sécurité ou la qualité de vie ?** La sécurité, surtout dans les maisons de retraite ou les hôpitaux, peut se traduire par une contention physique ou chimique...La qualité de vie est liée à des risques et il faut l'accepter.
- **Le respect**, c'est ce qui manque le plus. Un ménage sur deux est composé d'une personne seule, plus de famille, pas d'enfants. Quelle solution quand arrivera la dépendance ? L'importance de la famille a été démontrée dans plusieurs pathologies liées à l'âge. L'espérance de vie aujourd'hui rejoint celle des femmes, on voit des couples arriver à un grand âge. L'accès aux droits de la personne âgée est très limité : coût du notaire, d'avocat, services de conseils...En Belgique, c'est gratuit.
- **Argent : qui paie pour qui ?** Les transferts intergénérationnels, dons, héritages, selon des études, atteignent des sommes exorbitantes.

**c**

**Les dépenses de santé :** Qui est responsable de ces dépenses ? Qui est le consommateur dans un processus de prise en soins ? La personne âgée ? Les médecins ? La famille ? La société ?...La gériatrie est la spécialité médicale la plus jeune : 1948 en Angleterre, 1970 en France, 2001 en Hongrie. Le gériatre a un rôle variable d'un pays à l'autre : disparition des maladies bactériennes en maladies chroniques, diabète, hypertension... Mais cette spécialité est encore sous utilisée, la formation des médecins est encore insuffisante.

Il existe de bonnes pratiques : l'évaluation systématique du processus du vieillissement, l'observatoire des maladies liées à l'âge, l'expertise loco-régionale pour des problèmes gériatriques.

On a besoin des ONG pour mettre la pression sur les professionnels et les politiques et les ONG ont besoin de gériatres dont le savoir faire est à un stade précoce. Les Etats membres du Conseil de l'Europe doivent créer des cadres juridiques.

**Alain KOSKAS** psycho-gérontologue, Président de la Fédération International des Associations de Personnes Agées (FIAPA)

Travail sur les signalements de la maltraitance en générale et de la maltraitance financière. En 2015 : 33.000 appels de maltraitance, 17.000 dossiers suivis, 6.000 dossiers préoccupants, maltraitance grave nécessitant un traitement judiciaire, abus sexuels sur personnes âgées, abus financiers.

En tant que gérontologue, j'ai pu noter un océan de culpabilité de la part des aidants, peur de ce qui pourrait arriver avec le fantasme du risque 0. Le soin est secondaire. Nécessité d'accompagner les aidants confrontés à des situations complexes.

Concernant la maltraitance financière, il faut parler d'emprise. Il y a une certaine désertification, une solitude des personnes âgées qui ouvrent la porte au voisin ou à un truand et à des gens qui savent que l'abus est très faiblement puni

**Une protection est nécessaire.** Pourquoi la loi n'est-elle pas appliquée et pourquoi n'est-elle pas applicable ?

**Sur les 30 recommandations, aucune n'a été appliquée**, la loi d'adaptation à la maltraitance des personnes âgées, la souffrance éthique.

On parle de projet de vie mais on est dans le soin. Il faut changer de paradigmes et avoir un respect du rythme, 17h – 23H. Il faut chercher la singularité de la prise en charge en ayant conscience qu'il y a une différence entre la ville et la campagne, voir la complexité.

**Laurence WOLF** Secrétaire du Comité Bioéthique du Conseil de l'Europe (DH-BIO)

Robert BADINTER a dit : « Dans le sort de chaque être humain se joue l'idée de l'humanité toute entière »

Les Droits de l'Homme s'appliquent déjà aux personnes âgées ; aussi il est inquiétant de ne considérer que les aspects économiques. Pour les droits de l'homme, on a l'impression de revenir en arrière, on ne pense plus qu'aux aspects technologiques et scientifiques. Les jeunes voient les générations anciennes comme un obstacle alors que l'avenir, ce sont les générations ensemble. Il y a un principe fondamental : la primauté de l'être humain.

Dans la Convention pour les Droits des Enfants et des Hommes, il serait approprié de se préoccuper des personnes âgées. La question de l'assurance est importante.

La sécurité n'étant pas conçue au moment où se pose le problème de la dépendance, ce sera un marché pour le secteur privé donc une discrimination.

Le Comité de bioéthique se penche sur la façon dont les assurances doivent garantir une équité d'accès.

Les évolutions technologiques déresponsabilisent les soignants. Indicateurs de bénéfice pour qui ? Qui doit être interrogé ? La personne concernée ? Les soignants ? La famille ?

### **Echange avec la salle**

**Dominique Guilbert** Association européenne pour la défense de Droits de l'Homme.

Cela existe dans des EHPAD, mais la maltraitance des vieux s'est déplacée. Il n'y pas de définition idéale de population, c'est un rapport entre groupes d'âge. Le groupe de jeunes est plus important. Quelles sommes d'argent faut-il consacrer à ces différents groupes ? 138 pays sont en dessous de la moyenne. Tenir compte de la vulnérabilité dans les dépenses de soins.

**Alliance Mondiale des Marocains de Bruxelles** Quid des immigrés ? Approche caritative et paternaliste ? On doit prendre en compte le vieillissement culturel et la question multiculturelle.

**Plate-forme personnes âgées et Europe** Risque de commercialiser les personnes en manque d'autonomie, ainsi que les services. L'Union européenne a développé un cadre sur les soins et un accompagnement de longue durée : on doit s'appuyer sur ce cadre et mettre en exergue la responsabilité des politiques.

**Léon Dujardin** Secours populaire Français : L'encouragement à la participation à la vie sociale nécessite l'engagement de bénévoles avec une formation adaptée et des moyens. Qui prend en charge l'accompagnement des ONG et des OING ? Malgré les problèmes négatifs, il faut citer des exemples positifs tels que celui de l'association COS (Association humanitaire d'entraide sociale)

**Jean-Pierre Richerie** : question à Alain KOSKAS : quelle est la procédure pour porter plainte quand il y a maltraitance ? Comment se faire soigner si on est né en Tunisie ? 65% de personnes sont victimes de maltraitance financière.

**Joseph CAVANI** travaille dans une clinique post-aigüe pour des hospitalisations après des interventions chirurgicales. 90% des personnes sont dénutries après les interventions. Le concept de fragilité est un sujet émergent en gériatrie mais en gérontologie ?

**Dominique PREDALI** Nous avons un modèle universel basé sur le profit. Aujourd'hui, on délocalise la prise en charge en Pologne et au Viêt-Nam ; ce sont des compagnies d'assurances chères et du style 4 étoiles qui vous reprochent de ne pas avoir lu les clauses.

Laurence WOLF Si les personnes étaient en mesure de faire valoir leurs droits, on ne verrait pas certaines situations

Anne NEGRE Experte Egalité femmes-hommes.

Comme avocate, elle est outrée de voir la malignité des esprits humains pour détourner les fonds. Sur la surmortalité en 2003, le rapport de Paris la chiffre à 65%. Mais il y a eu des manipulations en 2003 et certaines personnes mortes n'ont pas été prises en compte. On a évalué 15.000 personnes, en fait, il s'agit du double.

Réponse d'Alain KOSKAS Sur le plan national, la Fédération compte 3977 Ong sur tout le territoire, quelques dizaines de professeurs et de bénévoles formés.

Tout ce qui concerne la maltraitance des personnes âgées, se trouve dans l'article 3 de la mise en œuvre de la Convention contre la torture. Il existe aussi une motion contre les situations d'emprise.

## **V – Quels outils pour mobiliser en Europe ?**

Introduction et modération par Thierry MATHIEU, médecin de santé publique, Président de l'AIRHH (Association Internationale en Hygiène Hospitalière), Vice-président de la Commission Cohésion sociale et Enjeux mondiaux.

Les maladies liées à l'âge ne sont pas transmissibles. Il s'agit d'incapacité fonctionnelle, de chutes, d'incontinence, ... Réponse holistique en ce qui concerne les diagnostics, les traitements. Les différences socio-économiques expliquent les différences parmi les personnes âgées, chaque individu est unique.

Mise en place d'un programme de 6 millions d'euros en 2010 quand il a été décelé des mauvais traitements et des atteintes à la dignité dans les hôpitaux et les maisons de retraite. Le personnel pensait que certaines personnes âgées n'avaient rien à faire à l'hôpital. Or des personnes qui souffrent de démence ont bien leur place à l'hôpital. Les comportements portaient atteinte à leur dignité. Cela concerne tous les personnels médicaux.

Une personne âgée admise à l'hôpital pour sa « fragilité » est un outil conçu par les experts et les non experts qui reconnaissent ce qu'ils voient. Le délire, il est nécessaire de le reconnaître et de faire ce qu'il faut. Outil Humbert. Les chirurgiens ne reconnaissent pas « la fragilité » et il y a des lacunes en matière de formation. Nécessité d'une assistance de gérontologie pour former les responsables des personnes âgées, une section européenne destinée à tous les diplômés. Les diplômés en médecine donnent le droit d'exercer dans tous les pays européens, mais cela est insuffisant. Seuls quelques pays ont publié des programmes d'études envers les personnes âgées.

## **Une formation extensive et repensée des médecins et des personnels de santé**

Finbarr MARTIN professeur de gériatrie, Président de la Société de médecine gériatrique de l'Union européenne.

Il y a une grande disparité dans la formation des gériatres, précisée dans la Charte des spécialistes. La directive exige 4 ans de formation post-grade ; il existe une grande disparité qui va de 4 ans dans 6 pays à 9 ans dans d'autres. Protocole d'accord avec l'Association européenne sur un projet de formation : conseil interdisciplinaire sur le vieillissement et dans certaines spécialités. L'accent est mis sur les soins à long terme. Aux Pays-Bas, l'étude aboutit à des formations essentielles pour les maisons de retraite comme pour les infirmiers en traumatismes et en ostéoporose.

Pour améliorer les soins aux personnes âgées, il faut une collaboration entre plusieurs types d'experts, les décideurs et les personnels de santé.

## **Une gestion reconsidérée des moyens techniques et humains**

Hein RAAT Professeur de santé publique, Département de santé publique, Centre médical Erasmus, Rotterdam (Pays-Bas, membre du Conseil scientifique de l'ONG ELISAN (European Local Inclusion And Social Action Network). La santé publique est un défi pour la cohésion sociale. Un changement de paradigme est nécessaire. Dans 25 ans, la population de personnes âgées va doubler et tripler sous peu. La vieillesse est une partie de la vie intéressante pendant laquelle on a droit aux soins.

Les prestations sociales sont importantes mais souvent ce sont des solutions de santé publique. Le projet, axé sur toute la population, met l'accent sur la prévention : activités de groupe, entretiens avec les personnes âgées, la famille, le voisinage, l'environnement urbain. L'intégration est essentielle en

raison de la morbidité. Il faut dépister les maladies, inspecter le domaine sanitaire et social, noter l'importance des exercices physiques, être attentif à la solitude, travailler sur le logement adapté à une société inclusive.

Les techniques peuvent aider, les données sont améliorées par les technologies de l'information, mais la mise en œuvre est difficile. Il faut se doter de généralistes, d'assistants confirmés et d'infirmiers. La formation s'impose.

Le mélange de professionnels de santé et de professionnels du social semble judicieux pour apprendre les uns des autres. Il existe un projet urbain dans 5 pays européens : la question de la solitude, la prévention des chutes.

Un changement de paradigme en allant vers le patient, en appliquant un processus de décisions partagées, sera positif à long terme.

### **La mise en place d'un environnement favorable au maintien des capacités des personnes âgées : le rôle des collectivités locales et des ONG**

Lorella MOLteni sociologue, experte auprès de l'ONG ELISAN et du Réseau ENSA (European Network of Social Authorities), responsable scientifique du projet « Active Ageing Going Local) pour 3 régions italiennes (Vénétie, Marches, Pouilles).

Le Réseau ELISAN a créé une plate-forme d'échanges entre les collectivités locales, régionales et européennes, avec des solutions basées sur les faits et des réponses globales.

En ce qui concerne la démence, solutions pour obtenir de l'autonomie :

- Projet basé sur la création de centres de secours quelques heures par jour
- Interaction sociale bénéfique : dans les centres, au stade précoce de la maladie, les capacités résiduelles doivent être maintenues le plus longtemps possible
- En 2015, création de centaines de centres répartis dans toute la région
- Pourquoi est-ce novateur ? Parce que conçu et mis en œuvre dans une unité locale et de santé, dans la région de Trévise. Les critères sont formalisés pour définir le financement du centre.
- Un autre aspect : le capital social des organisations à but non lucratif, avec des bénévoles, la plupart âgés de plus de 60 ans : un vieillissement actif, une participation à la société. Développement de réseaux intégrés où l'on travaille avec des acteurs de la société civile.
- Nouvelle stratégie, nouvelle orientation pour créer des politiques intégrées qui concernent les personnes âgées
- Le but est la santé, la vie autonome, la participation sociale, l'emploi et le bien-être avec pour objectif la valeur du vieillissement actif. La loi régionale comprend toutes les composantes : santé, vie sociale, technologies, soins. Participation au processus politique du Conseil régional pour le vieillissement actif. Possibilité pour les aidants d'avoir avec ces centres des moments pour respirer.

Marie-Pascale MONGAUD Directrice de 3 EHPAD publics autonomes de la Région de Rouen (Maronne, Notre Dame de Bondeville et Montville), France, membre de la FIAPA (Fédération Internationale des Personnes Âgées)

L'EHPAD, à Rouen, est une maison médicalisée avec l'ambition de favoriser ou de restaurer les liens intergénérationnels.

Pour elle, la maltraitance sociale, c'est l'absence de bancs en ville, le regard de rejet et de représentation sur le grand âge avec les maladies neuro-dégénératives, la construction de maisons dans des endroits reculés, dans des zones d'activités. Quel sens de mettre des personnes âgées dans des lieux clos, quand il y a déjà altération des liens ? Il faut travailler sur les peurs du vieillissement et de la mort.

Pour la maison de Rouen qui devait fermer, il y a eu mobilisation des familles, des résidents et du personnel pour défendre leur établissement : création d'un café de discussion même avec les personnes de la ville. Cet établissement est une plate-forme de répit avec la mise en place « d'un baluchonnage » = de remplacement temporaire pour les aidants.

Le défi de l'architecture est un vecteur de citoyenneté important. Si les personnes âgées ne vont plus en ville, la ville doit venir chez elles ; ne pas copier l'hôpital. Donc créer des commerces, sorte de place du village avec un centre d'information, un coiffeur, une esthéticienne..... Les commerces sont loués à des



commerçants et sont ouverts aux gens de la ville et de la maison de retraite. Pourquoi créer des commerces du style « spécial vieux » ?

Création d'une brasserie « Chez Maman », un point phare, où on a l'autorisation de boire des bières pression dans une maison de retraite. Les résidents peuvent déjeuner avec leurs parents ou avec d'autres personnes de la ville. Le week end, cette brasserie est tenue par des bénévoles.

Dans cette maison, on a donné des noms aux différents endroits ; on a baptisé les lieux : « rue des promeneurs ou place des amours » ; on donne des adresses, on emménage et on ne « place » pas, le restaurant : « Les toqués ». Les personnels sont banalisés dans leurs vêtements. On ne parle pas de chambre, mais de logement avec boîte aux lettres, un balcon entretenu par la famille, une kitchenette. Il y a des chambres d'hôtes pour les familles éloignées. Il existe aussi un espace pour les enfants. Regard sur les couples : parfois ils sont séparés. Nos logements sont communicants : d'un côté la chambre avec un lit de couple, de l'autre côté, un lieu de vie

Pour conclure les lieux de vie doivent être beaux, ce n'est pas plus cher : on a eu la reconnaissance des professionnels.

Vieillir n'est pas une maladie, mais fait partie de la vie. Vieillir concerne tous les citoyens. Parfois il y a des difficultés cognitives, des pertes de mémoire, mais il faut faire ensemble. Par exemple : exposition des œuvres des personnes âgées dans le centre commercial.

### **Echange avec la salle**

Daniel PARENT Association COS

Expérience analogue en plein Paris : un serrurier a créé un bracelet avec lequel la personne âgée ne peut entrer que chez elle. Dans nos OING, il faut faire connaître toutes les expériences positives. Des bourses aux expériences devraient être créées.

Jean-Claude GONON Alliance Européenne des Enseignants

Expérience avec le centre de musique de Sélestat (France). La musique crée du lien entre les personnes. Jeunes musiciens, professionnels engagés dans le spectacle vivant interviennent en gériatrie, dans les soins palliatifs ou de néo-natalité. Ce n'est pas de la musicothérapie, mais l'objectif est d'éclairer le regard et de faire chanter leur vie. Prix « Solidarité » des Brasseries de Kronenbourg.

Jean-Philippe DURENBERGER Souhaite que l'intergénérationnel entre dans la vision globale de l'éducation des jeunes.

### **VI – L'engagement de la Conférence des OING**

Adoption de la Résolution Rec/CONF/PLE (2016) présentée par Thierry MATHIEU, coordinateur du Groupe de travail sur l'Economie de la santé.

**VII – Clôture par Anne-Marie CHAVANON** Présidente de la Commission Démocratie, Cohésion sociale et Enjeux mondiaux, Déléguée de la FIHUAT (Fédération Internationale pour l'Habitation, l'Urbanisme et l'Aménagement des Territoires).

Merci de continuer le combat.

**Brigitte LE GOUIS**  
**Joëlle Haeusser**