

# Prévention précoce des risques liés à l'avancée en âge

## Actes du colloque

## Interventions et synthèses des débats

Région



Provence-Alpes-Côte d'Azur



colloque régional

09  
décembre  
2004

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur  
Hôtel de la Région  
27, place Jules-Guesde  
13002 Marseille

# SOMMAIRE

Allocutions d'ouverture P.4

Effets du temps sur la santé physique mentale et sociale

Pr Bernard MICHEL, AP-HM : Vieillesse cérébrale et capacités de réserve P. 10

Le passage à la retraite : projet de vie et prévention

Pr Philippe PITAUD, IGS, Université de Provence : La retraite, quel impact sur les individus ? P. 12

Dr Arlette PAROLA, IRIPS : Expérience des bilans de prévention effectués auprès des retraités par les centres d'examen de l'IRIPS P. 19

M. BERNABLE, Société de secours minière du midi : Les mineurs de Gardanne : une expérience de mise à la retraite ultra-précoce P.21

Bruno GARRIGUE et Marie-Jeanne VITALI, CRAM-SE : Les ateliers "Bienvenue à la retraite" de la CRAM Sud-Est P.22

Danièle BARANSKI, CoDES 04 : La préparation à la retraite des salariés dans les grandes entreprises, l'exemple de la Direction départementale de l'Équipement à Digne-les-Bains P.24



## L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE : DES JEUNES SPORTIFS AUX SUJETS ÂGÉS DEPENDANTS

Dr Xavier FLECHER, AP-HM : Les conséquences de l'arthrose de hanche et du genou sur la vie sportive du jeune senior P.27

Dr Jacques PRUVOST et Guy LAURENT, DRJS, DDJS 83 : La spécialisation des éducateurs sportifs territoriaux au sport chez les plus de 55 ans : l'initiative de la Direction départementale Jeunesse et Sports du Var P.29

Michel PEDROLETTI : L'exemple inédit des vétérans P. 30

## TABLE RONDE N°1 : LA PREVENTION DES CHUTES, L'EQUILIBRE NUTRITIONNEL ET LA MEMOIRE



### LA PREVENTION DES CHUTES

Pr Jean-Philippe AZULAY, AP-HM : Épidémiologie, déterminants de la chute, syndrome post-chute et dépistage de sujets à risques P.32

Dr Claude MARBLE, CH Edouard Garcin, Aubagne : Les ateliers équilibre de la Fédération française de gymnastique volontaire P.35

Dr Aline BISMUTH, Centre gérontologique départemental 13, Marseille : Le parcours rééducatif, un maillon de la prise en charge de l'autonomie, un travail spécifique de prévention des chutes P.37

Dr Yves REQUENA, médecin acupuncteur : La prévention des chutes par le Qi Gong P.39

Jacqueline CASALI, CHU de Nice : La prévention secondaire des chutes P.41



## L'EQUILIBRE NUTRITIONNEL

Pr Patrice BROCKER, CHU de Nice : Les déficits alimentaires liés à l'âge et à la diminution de la mobilité P.43

Pr Jean-Louis SAN MARCO, Laboratoire de santé publique, Marseille : L'équilibre hydrique des personnes âgées face à la chaleur P.45



## LA MEMOIRE

Pr P.H ROBERT, CU de Nice : Les consultations mémoire P.46

Ivane THOMAS, infirmière, 06 : Les problèmes auxquels sont confrontées les familles, témoignage d'une soignante P.47

Echange avec la salle P.49

## TABLE RONDE N°2 : LE LIEN SOCIAL ET LA QUALITE DE VIE

Pierre CHAUVIN, Conseil Régional : Quelles réponses à la solitude des personnes âgées ? P.52

Michèle HERMAND, JGS : Ecoute et accompagnement psychosocial des personnes âgées isolées : l'exemple d'Allo Service Personnes Agées à l'Institut de gérontologie sociale P.53

Françoise BAUDIN, Sabine SCHANG, CRAM-SE : Environnement social et qualité de vie des personnes âgées : la contribution de la CRAM-Sud Est P.55

Dr Arnaud CASTIGLIONI, Hôpital Valvert, Marseille : Le suicide de la personne âgée P.58

Martine CROCE, association ACSSQ : L'accès aux soins et le lien social des personnes âgées isolées du Queyras P.60

Dr JOSSERAN, CCAS de Nice : "Les causeries du mardi" et le programme "Bien Vieillir" P. 62

Clôture P.65

## Annexes :

Programme détaillé de la journée P.67

Sélection bibliographique du CRES P.68

# ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

Joël CANAPA, Vice-président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur :

Je suis heureux de participer au colloque sur "La prévention des risques liés à l'avancée en âge" organisé par le Comité Régional d'Education pour la Santé en partenariat avec les services du Conseil Régional. Je vous souhaite la bienvenue dans cet hémicycle ouvert à toutes les manifestations d'envergure régionale de qualité. Nous souhaitons voir ce temple de la démocratie s'ouvrir largement à la population. Les débats qui l'occupent doivent y trouver un écho.

Le vieillissement est un enjeu de société majeur pour l'ensemble des pays développés. C'est plus particulièrement le cas en Provence-Alpes-Côte d'Azur, région qui, par la qualité de vie qu'elle offre, attire un nombre croissant de retraités. L'enjeu du "bien vieillir" est partagé par tous. Cette notion de "bien vieillir" ne peut être abordée sans référence à la pauvreté observée dans notre région.

Les progrès de la médecine et de la santé publique, l'évolution de la famille et, plus globalement, le vieillissement de la population, nous obligent à repenser la place des personnes âgées dans la société. Le Conseil Régional souhaite voir s'assouplir les politiques d'accompagnement des personnes âgées. Les modes de prise en charge doivent faire l'objet d'une plus grande diversité : un encouragement du maintien à domicile, une plus grande ouverture des structures d'accueil sur le monde extérieur et une évolution des services à la personne.

Le vieillissement doit être préparé le plus tôt possible afin d'éviter, dans la mesure du possible, un sentiment de rupture sociale ou familiale qui, trop souvent, marque cette étape de la vie. Il convient d'examiner les conditions d'un "bien vieillir" et d'un "bien vivre", notions qui semblent se conjuguer grâce à une hygiène de vie adaptée à chacun et au maintien d'un lien social de qualité.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur s'est investie dans les politiques en faveur des personnes âgées bien que cette compétence ne relève pas de ses champs d'attribution légaux et habituels. Cette répartition des compétences a, d'ailleurs, été confirmée par la loi de décentralisation votée au mois d'août 2004.

En matière d'hébergement, deux données chiffrées permettent d'exposer les problèmes auxquels est confrontée la région. Alors qu'elle figure en deuxième position pour l'accueil des personnes de plus de 75 ans, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur occupe le 19ème rang en matière d'hébergement en maisons de retraite. Ce constat doit conduire les collectivités à prendre toute la mesure des difficultés qui se présentent. Dans ce domaine, l'Etat ne doit pas se désengager en s'appuyant sur la loi qui confère les prérogatives des départements. En effet, les départements subissent le poids financier de l'allocation personnalisée d'autonomie. L'Etat doit rester le garant de conditions de vie dignes pour l'ensemble des citoyens sur la totalité du territoire national.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la région intervient dans le souci d'harmoniser la qualité de l'hébergement sur l'ensemble du territoire régional. Il a ainsi inscrit au contrat de Plan Etat-Région 2000-2006 un programme de réhabilitation des maisons de retraite publiques. Ce programme vise 13 établissements (640 lits). Ce programme n'est pas, à ce jour, arrivé à son terme car l'Etat n'a pas tenu ses engagements au rythme où la région l'a fait. Les crédits du contrat de Plan ont subi des gels puis des ralentissements. C'est pourquoi le programme accuse deux années de retard.

Le maintien à domicile est certainement la solution la plus appréciable. Il permet à une population âgée de ne pas quitter son univers familial. Il convient alors de fournir les meilleures solutions d'accompagnement des personnes âgées tant en matière d'environnement social, de prévention que de services à la personne. Pour cette raison, la première priorité consiste à développer les emplois d'aides à domicile et d'auxiliaires de vie. Outre la multiplication du nombre de postes, il importe de contribuer à la professionnalisation des emplois. Leur statut et leur qualification doivent être impérativement revalorisés. Suite à la nouvelle compétence déléguée aux régions dans le domaine de la formation aux métiers du secteur sanitaire et social, la formation de ces personnels fera l'objet d'une attention particulière de la région dans les années à venir.

Dans le cadre du plan régional pour l'emploi récemment adopté par le Conseil Régional et dans le prolongement des engagements pris par la majorité au cours de la campagne électorale, mille emplois dans le domaine des services à la personne seront créés avant le terme de l'actuelle mandature. Une part importante de ces emplois concernera les personnes âgées. Dans cette perspective, nous ouvrirons un débat avec l'ensemble des partenaires concernés de manière à déterminer la nature des emplois à créer. Il appartiendra à la région de ne pas déborder sur les attributions des Conseils Généraux.

Comment vivre au mieux son avancée en âge ? Comment permettre aux personnes âgées de s'impliquer le plus longtemps possible dans la vie sociale ? Comment maintenir les liens sociaux autour des personnes âgées ? Comment développer les solidarités entre les générations ? Comment accompagner dans la dignité les situations d'invalidité et de fin de vie ? Ces questions se posent à nous tous. Ce colloque devra contribuer à y apporter des éléments de réponse.

Jean CHAPPELET, Directeur régional des affaires sanitaires et sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur :

Le retard de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en matière d'hébergement des personnes âgées n'est pas récent. Cette carence n'est que partiellement compensée par le nombre important de professionnels de la santé, notamment dans le domaine paramédical. Un tel retard ne saurait être rattrapé en quelques mois. Chaque année, des places en maison de retraite médicalisée et des places de services infirmiers à domicile sont ouvertes. Cet effort sera poursuivi, notamment grâce à l'effort de la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie.

Le secteur de l'aide à domicile exige un développement et une réelle professionnalisation. Il peut être créateur d'emplois. Une récente étude de l'INSEE a estimé que près de 2 000 postes d'aide à domicile pourraient être créés et solvabilisés grâce à la mise en place de l'APA. La prise en charge des personnes âgées exige les efforts conjoints de l'Etat et des collectivités locales. L'utilisation du dispositif de formation et du dispositif de validation des acquis d'expérience permettra de progresser dans cette voie.

Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 23 % de la population régionale. Celle-ci est plus âgée que le reste de la métropole. En outre, elle connaît un vieillissement constant. L'INSEE estime qu'en 2006, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur accueillera 1,6 million de personnes âgées de plus de 60 ans (500 000 de plus de 75 ans). Ces données chiffrées mettent en évidence la nécessité de prévenir les risques relatifs au vieillissement. Il convient de se demander si cette nécessité est perçue par les intéressés et par leur famille. Je crois qu'un chemin important reste à parcourir dans ce domaine. Ainsi, près d'un tiers des cas de dépression du sujet âgé ne sont pas diagnostiqués. La corrélation entre la dépression du sujet âgé et les risques accrus de suicide est pourtant avérée. Le risque de suicide d'une

personne âgée est dix fois supérieur au risque de suicide que présente un jeune de 15 à 25 ans. Il est donc regrettable que le suicide des personnes âgées soit un sujet trop peu souvent traité. Dans le cadre de la préparation du Plan régional de santé publique, des consultations locales dans les territoires de santé sont actuellement organisées. La prévention des risques liés au vieillissement n'est que rarement évoquée par le public. Seuls quelques aspects sont cités (prévention des chutes, maladie d'Alzheimer). Cela tient sans doute à la trop faible culture de la prévention en France et au sentiment qu'il est trop tard pour agir. Pour beaucoup, sénescence et maladie sont des notions très imbriquées. Il est également possible d'évoquer le rôle des politiques publiques de santé : celles-ci privilégient la lutte contre la mortalité prématurée et n'insistent pas suffisamment sur les risques relatifs au vieillissement.

Il est important de sensibiliser les personnes âgées et leur famille aux possibilités de vieillir sans maladie en limitant les effets de la fragilité due à l'âge. Il est également indispensable d'informer sur la nécessité de la prévention du vieillissement pathologique en vue de repousser la perte d'autonomie fonctionnelle.

A la demande de la Conférence régionale de santé qui s'est tenue en 2000, nous avons mené conjointement avec la CRAM, l'Union régionale des médecins libéraux, et sous le contrôle médical du régime général, une réflexion sur la prise en charge des personnes âgées. La prévention a été abordée. Pour prévenir le vieillissement pathologique, trois priorités ont été affirmées :

- la prévention de la malnutrition ;
- la prévention de la maltraitance ;
- la nécessité d'une médecine préventive.

Ces trois priorités ont fait l'objet d'un consensus auprès des différentes institutions. Elles ont été proposées aux Conseils Généraux. Seul un travail dans ces directions permettra de progresser dans le domaine de la prévention.

L'état de santé est fortement corrélé avec les déterminants sociaux. L'avancée en âge accentue les disparités de santé dues aux disparités sociales. Certaines populations doivent faire l'objet d'une attention particulière. C'est notamment le cas des personnes immigrées isolées dans les foyers de travailleurs, des personnes handicapées vieillissantes, des personnes sans domicile fixe et des détenus.

Dans le cadre du travail d'élaboration du Plan régional de santé publique, nous proposerons de placer la prévention des risques liés au vieillissement comme un axe prioritaire.

Max SOLLARI, Directeur Assurance maladie/actions sociales, Caisse Régionale d'Assurance Maladie Sud-Est, CRAM-SE, Marseille :

C'est avec empressement que la Caisse d'assurance maladie a pris part au comité de pilotage de ce colloque. Le terme de " prévention " n'est pas nouveau pour la CRAM. Cette dernière s'est investie, dès son origine, dans la prévention des risques parallèlement à la protection sanitaire et sociale.

La prévention des accidents du travail et des risques professionnels est une action qui précède le passage à la retraite. Elle garantit une veille dans les entreprises chantiers qui relèvent d'une activité particulièrement exposée. Il est notoire que certaines conditions de travail ont des effets sur la santé et provoquent une usure prématurée de l'organisme. Elles peuvent engendrer des situations d'invalidité et de perte d'autonomie. Ce phénomène est accentué par l'avancée en âge. Ainsi 136 contrats de prévention ont-ils été signés au niveau régional afin d'aider les entreprises à progresser en matière de prévention des risques professionnels.

Dans le domaine de la prévention du risque lié au vieillissement, la CRAM nourrit un dialogue permanent avec les retraités du régime général à travers son service retraite qui verse, chaque mois, plus de 800 000 pensions. L'action sociale vieillesse a versé, en 2004, 20 000 prestations. Le service social a accueilli, en 2004, 10 000 personnes âgées.

Il convient de souligner l'activité pionnière de la CRAM dans le développement d'une politique gérontologique orientée vers le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Les CRAM ont notamment créé, dès 1993, les réseaux gérontologiques CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse).

L'évolution du contexte social doit être prise en compte. Le partage des compétences induit par l'APA(1) a conduit la CRAM à recentrer son activité pour répondre aux besoins spécifiques des retraités relevant des GIR 5 et 6(2) afin d'éviter qu'ils n'entrent dans un processus de perte d'autonomie.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur compte actuellement près de 1,3 million de personnes âgées de plus de 60 ans. Parmi elles, les personnes âgées de moins de 75 ans sont 900 000, soit 17 % de la population totale. La volonté de ciblage sur les retraités fragilisés relevant des GIR 5 et 6(2) apparaît clairement dans la préparation des textes de la nouvelle convention d'objectifs de gestion 2005-2008 que doivent signer la CNAV et l'Etat. Les grandes lignes de ce document ont fait l'objet d'un accord de principe.

*(1) Aide Personnalisée à l'Autonomie*

*(2) Echelle du taux de dépendance, de 1 à 6. Les personnes non dépendantes sont GIR 6*

Il convient d'examiner le découpage du champ gérontologique dessiné par les derniers textes réglementaires contenus dans les lois de décentralisation. Ils induisent une nouvelle organisation dans les rapports avec nos partenaires (partage d'informations, mutualisation et complémentarité des moyens, transversalité des prises en charge, décloisonnement du sanitaire et social, coordination des politiques).

Dans ce contexte, la CNAM a tenté de définir une nouvelle politique d'action sociale ciblée essentiellement sur la prévention. La prévention gérontologique fait l'objet d'une plus large coordination des actions pilotées par la CNAM et la CNAV dans le cadre de la mise en œuvre du plan expérimental "Préservation de l'autonomie des personnes âgées". Conformément aux objectifs nationaux de santé publique, le plan se décline en cinq thèmes :

- la préservation de l'autonomie et la lutte contre les accidents de la vie courante ;
- la prévention de la malnutrition ;
- l'aide aux aidants ;
- la sortie de l'hospitalisation et le retour à domicile ;
- l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Cette démarche a été initiée au niveau régional avec le concours de nos partenaires. Quelques avancées ont été observées : coordination et suivi du plan d'aide personnalisée lors du retour à domicile, préservation et maintien des potentiels, mobilité corporelle et équilibre nutritionnel grâce à des campagnes de sensibilisation et des ateliers de prévention, amplification de l'aide aux aidants, hébergement temporaire, accueil de jour.

Par sa légitimité dans les domaines de l'action sociale et de la santé, la CRAM est un acteur pivot de l'axe prévention. Elle est appelée à développer l'éducation à la santé notamment avec le CRES. Les orientations du plan expérimental "Préservation de l'autonomie des personnes âgées" renforcent le rôle de la CRAM en matière de prévention gérontologique. Des initiatives dans ce domaine sont encore attendues. Elles devront être développées dans une démarche globale en dépassant les clivages du sanitaire et du social, et en évitant le morcellement tant au niveau du financement que dans la multiplicité des acteurs qui intervien-

ment. Cela requiert une clarification des responsabilités et des orientations au nom de la cohérence et de l'efficacité.

La loi d'août 2004 relative à la politique de santé publique ainsi que la circulaire de septembre 2004 relative à la mise en place du plan régional de santé publique guideront notre démarche commune.

Les aînés sont le reflet de la promotion de la santé organisée par notre société. Ils transmettent un art de vivre à travers les générations. C'est donc à la fois un capital héréditaire et culturel qui est ainsi légué aux plus jeunes. Il est de notre devoir de conduire et d'accompagner cette démarche de prévention. Il en va de la santé et du dynamisme de notre société.

Jean-Marc GARNIER, Président du Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES PACA) :

Je tiens, en premier lieu, à remercier le Conseil Régional et notamment son Président Michel Vauzelle, son Vice-président Joël Canapa, le Président de la commission solidarités - santé - prévention, René Giorgetti, de nous donner, cette année encore, la possibilité d'organiser dans ce lieu prestigieux un colloque relatif à la prévention.

Voici bientôt cinq ans que, soutenu par le contrat de Plan, le CRES, avec la DRASS et la Région, apporte son concours aux professionnels de notre région engagés dans une démarche de santé publique et notamment d'éducation pour la santé.

Je saisis également cette occasion pour adresser mes remerciements au directeur régional des affaires sanitaires et sociales, M. Chappellet et au directeur de la CRAM-SE, M. Thierry, pour la confiance qu'ils témoignent au CRES et pour la bonne organisation de cette journée.

Au cours de ces dernières années, nous avons pu organiser dans ce lieu trois colloques concernant la santé des enfants et des jeunes - le premier portait sur le mal-être et le suicide des jeunes, le deuxième sur la prévention et la communication auprès des jeunes et le troisième sur les troubles du comportement alimentaire.

Association à caractère généraliste, le CRES a souhaité s'intéresser, cette année, à une tranche de la population de plus en plus nombreuse pour laquelle la santé est souvent prioritaire : la santé des moins jeunes.

Avec le Conseil Régional et les membres du comité d'organisation que je tiens à remercier, nous avons organisé cette journée, qui comme vous pourrez le constater, est très riche de contributions régionales : de Gap à Nice, en passant par Marseille, les compétences dans notre région sont très nombreuses et jouissent d'une reconnaissance souvent nationale.

Je tiens à remercier tous les professionnels qui interviendront à cette tribune et notamment les deux animateurs de la journée : le Pr Bernard Michel et le Pr Philippe Pitaud. Vous avez été nombreux à répondre à notre invitation : près de 350 participants inscrits à cette journée, issus d'horizons professionnels différents (hospitaliers, libéraux, collectivités, institutionnels, universitaires).

# EFFETS DU TEMPS SUR LA SANTE PHYSIQUE, MENTALE ET SOCIALE

## *Vieillesse cérébrale et capacités de réserve*

Pr Bernard MICHEL, coordinateur fédération neuro-géronto-psychiatrie, Assistance publique Hôpitaux de Marseille :

La région est l'échelon adéquat pour traiter les problèmes liés à la santé. L'importance de la prévention a été rappelée. Face aux maladies terribles qui sont la conséquence de l'accroissement de la longévité et des progrès de la médecine, il est important de développer une véritable politique de prévention. Un travail de fond a été mené par la DRASS afin d'établir un rapport sur la prise en charge des personnes âgées dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Celui-ci a mis en évidence le rôle décisif de la médecine préventive. La neurologie, la gériatrie et la psychiatrie sont les trois disciplines les plus impliquées dans les problématiques liées au vieillissement. Le cerveau reste, en effet, l'organe principal concerné par la longévité et le vieillissement. Un réseau régional de santé nommé " vieillissement cérébral " a été créé afin de coordonner les aspects relatifs aux soins, à la recherche et à l'enseignement dans ce domaine.

La capacité de réserve est un concept important en matière de prévention : les premiers symptômes n'apparaissent qu'après la survenue de lésions importantes. Il s'agit d'un concept de nature neuro-psychologique et neuro-pathologique. L'évolution est constatée avec l'âge.

L'apparition de la maladie d'Alzheimer présuppose l'existence de lésions. La plaque sénile est la lésion mise en cause dans la maladie d'Alzheimer. Les modalités de sa formation sont bien connues ; la lésion entraîne la destruction de neurones. Ce n'est qu'à partir du stade où les neurones sont atteints que les symptômes apparaissent. Il est nécessaire que la mort neuronale touche 60 % des neurones d'une structure pour pouvoir constater les symptômes. La maladie se décompose ainsi en plusieurs phases :

- le développement des lésions ;
- la phase muette ;
- la phase infra clinique (au cours de laquelle doit intervenir la prévention) ;
- la phase clinique.

Le travail des épidémiologistes consiste à mettre en évidence les facteurs déclenchants de la maladie (génétiques et nutritionnels) ainsi que les facteurs favorisants (l'âge).

La notion de réserve s'applique également dans le domaine neuro-psychologique. Plus les réserves sont engagées dans un problème, plus celui-ci est traité en profondeur. Un traitement superficiel de l'information requiert, a contrario, un moindre engagement en termes de capacités. La neuro-psychologie reste le meilleur moyen d'apprécier l'évolution clinique normale ou pathologique. Elle constitue un témoin des lésions neuro-pathologiques.

Les niveaux socioculturels ne sont pas sans conséquence sur l'observation. Les personnes appartenant à un niveau socioculturel élevé disposent d'une capacité de réserve plus importante. Le diagnostic sera donc retardé. Les tests doivent donc tenir compte, non seulement de l'âge, mais également du niveau socioculturel.

La perte de mémoire, lorsqu'elle suscite une plainte de la personne qui en souffre, n'est pas anodine. En effet, les personnes qui se plaignent présentent dix fois plus de risques de maladie d'Alzheimer que les personnes qui n'ont pas conscience d'avoir des troubles de la

mémoire. Cette observation doit conduire à accroître la prévention : il est important que les individus qui se plaignent accèdent à un dépistage.

Les troubles cognitifs légers affectent des personnes qui mènent une vie quotidienne normale mais dont les tests de mémoire sont perturbés. Ces personnes présentent de réels risques. A l'échéance de 10 ans, 90 % d'entre eux seront atteints par la maladie d'Alzheimer. Lorsque le malade atteint un stade grave, le sujet garde conscience de son état alors que d'autres fonctions cognitives sont perturbées. Les conséquences sur la vie quotidienne sont alors observées. Il ne s'agit néanmoins pas de démence.

Un test destiné aux médecins généralistes a été mis au point : l'épreuve des 12 mots. En effet, les médecins généralistes doivent disposer d'instruments pour faire face à la plainte mnésique et dépister les sujets qui doivent faire l'objet d'un examen approfondi. Il appartiendra alors à un neuropsychologue de réaliser un bilan spécifique et, le cas échéant, de diagnostiquer les troubles cognitifs légers. Face à un cas plus grave, le patient peut être pris en charge au niveau régional par un centre de mémoire et de ressources. Ainsi, la neuro-imagerie est-elle capable de constater l'atrophie d'une structure impliquée (hippocampe).

# LE PASSAGE A LA RETRAITE : PROJET DE VIE ET PREVENTION

*La retraite, quel impact sur les individus ?*

Pr Philippe PITAUD, Directeur de l'Institut de g erontologie sociale, professeur à l'Université de Provence, Faculté Saint-Charles (DESS AGIS), Marseille :

Le phénomène du vieillissement de la population et d'occupation du temps libéré du travail est, avec celui de l'allongement de la durée de la vie, le fait le plus important de l'histoire contemporaine. Son ampleur a provoqué l'accroissement des populations de retraités, de préretraités auxquels les conditions économiques particulières de notre temps ont imposé jusqu'alors un âge de retraite et de préretraite qui contredit les progrès réalisés dans le domaine de la santé en matière de vieillissement. La vie en cessation d'activité rétribuée par une pension est devenue un phénomène massif englobant des générations hétérogènes, aux caractéristiques, aux moyens et aux comportements souvent différents. La retraite s'inscrit donc dans l'idée d'un parcours de vie profondément marqué, dans notre pays, par les conquêtes syndicales et les acquis sociaux. Elle met fin au travail qui représente un élément fondamentalement structurant dans le quotidien de nos vies. Le mariage, la naissance d'un enfant ainsi que les grandes étapes de l'existence, ont demandé des accommodements souvent ou toujours positionnés dans le cadre de vie imposé par la vie professionnelle. Le bouleversement des repères temporeux liés à la retraite est une expérience inédite pour la majorité des personnes qui prennent leur retraite.

L'arrêt définitif de l'activité professionnelle n'est pas assimilé à un déclin comme c'était le cas auparavant. Cependant, avant d'avancer plus loin sur le thème de la retraite, il faut aborder la vieillesse, d'autant que retraite et entrée dans la vieillesse se sont trouvées assimilées.

Rappelons que dans une société humaine en perpétuel mouvement, les modèles se développent de plus en plus vite et la vieillesse éclatée devient presque informe.

Il n'y a désormais plus une vieillesse, mais des vieillesse. Cela complique d'emblée la situation et l'approche première que pourrait en faire le néophyte.

Les multiples informations qui nous arrivent de tous horizons et de la grande médiatisation du phénomène actuel du vieillissement contribuent à perturber la plupart de nos repères en la matière. Les vieux sont-ils maintenant tous des grabataires déshydratés, abandonnés par les familles et les pouvoirs publics ?

"La vieillesse n'est plus ce qu'elle était" entend-on dire, et les qualificatifs juxtaposés au terme "vieux" ne sont pas là pour nous faciliter les choses : jeunes vieux, vieux toujours jeunes, jeunes déjà vieux, encore jeunes, ou tout simplement "retraités". Que choisir, qu'en penser, mais surtout, finalement : qui sont-ils ?

Au cours du XXème siècle, avec l'av nement des retraites, puis de la Sécurité Sociale, des préretraites, aujourd'hui de l'allongement de la durée des cotisations et donc, de la vie de travail, notre société a contribué à rendre plus complexe le labyrinthe du parcours de la vie. On pourrait d'ailleurs, de façon plus précise, parler d'un parcours des âges strié de chemins parfois très étroits, voire même souvent de chemins sans lendemain, faute d'une politique suivie et homogène dans le domaine.

Toutefois, chacun a trouvé dans ce labyrinthe des repères auxquels il s'est identifié. Ces repères ont joué un rôle de limites aux différentes étapes de la vie. Ainsi, les modes et lieux

de vie ainsi que les références culturelles ont-ils largement accrédité l'idée d'une identité et de fonctions spécifiques aux âges successifs de la vie.

Tout ce parcours est extrêmement cohérent si l'on se réfère aux "capacités à faire" inhérentes à chaque période de notre vie. Il est tout à fait réel que pour des raisons physiques, nous perdons une part d'efficacité fonctionnelle en prenant de l'âge. Les "capacités à faire" ne sont cependant pas les seules frontières qui repèrent les différents âges de la vie. Parfois institutionnelles, parfois sociales, parfois culturelles, très souvent psychologiques, les frontières ont fini par constituer des cloisonnements difficiles, voire impossibles à transgresser, d'autant qu'elles puisent leur logique dans les conceptions très "économistes" de notre société. C'est sur cette idée fonctionnelle de la réduction de la "capacité à faire" que notre société a donné des repères faciles à observer pour définir la vieillesse : il s'agit des différents régimes de retraites, des lieux de vie parfois spécifiques, une gestion de l'emploi basée sur l'exclusion, un régime de protection sociale particulier. Dans le même temps, ces repères ont isolé la vieillesse.

Ceci pose alors le problème contradictoire de l'insertion sociale des personnes vieillissantes comme celui d'un statut social pour la vieillesse ou plutôt, pour des vieilleses et pour les populations inscrites en leur sein.

Face à de nouveaux repères, à une histoire fonctionnaliste de la vieillesse et à une démographie galopante, le problème du statut social de la personne âgée tient une place centrale dans les débats actuels. Le statut social de la personne âgée est, dans nos pays, ambigu et peu homogène. Ainsi, depuis quelques années, nous assistons à une véritable rupture entre deux vieilleses : la vieillesse autonome et la vieillesse dépendante.

La vieillesse autonome se subdivise elle-même en deux sous-groupes :

- la vieillesse autonome, capable de tenir encore un rôle social si elle le désire, voire dans certains cas un rôle économique actif, c'est-à-dire autrement qu'en étant simplement consommatrice - et que nous appellerons l'âge intermédiaire ;
- la vieillesse autonome qui, bien qu'atteinte par le grand âge, peut encore vivre à domicile (individuel ou collectif) sans aide extérieure majeure.

La vieillesse dépendante se caractériserait, quant à elle, par une incapacité fonctionnelle, physique ou psychique, à assumer sans aide importante les gestes de son quotidien.

A tout cela s'adjoint l'évidence d'un monde où les modèles sociaux évoluent rapidement, ce qui se traduit pour les personnes âgées, pour les retraités par un manque de repères pour continuer à avoir une place sociale. Cela pourrait signifier que la personne âgée devient rapidement dépendante, en raison du mode de fonctionnement de notre société. Dès lors, cette rupture entre ces deux vieilleses nous permet de conclure que la notion de vieillesse au sens strict du terme n'existe plus sur la base de la seule approche biologique. Désormais, on est aussi vieux sur la base de l'exclusion : dans un premier temps, l'exclusion du monde économique à 60 ans, dans un second temps, l'exclusion du monde social, à un âge variable suivant l'individu mais que, sur la base de nos enquêtes, nous situerons entre 75 et 80 ans. La question du statut social ne peut donc être posée de façon globale dans la mesure où notre société a tendance à n'accorder un statut qu'aux groupes ayant un rôle ou une fonction, soit social, soit économique, éventuellement culturel.

En matière économique, il apparaît sans ambiguïté que la vieillesse, qu'elle soit autonome ou dépendante, tient une place spécifique. Bénéficiaire de retraites, consommatrice, redistributrice de biens à des descendants, elle joue un rôle économique irréfutable. Toutefois, il ne sert à rien de nier que, même prolongée de quelques années, la cessation de l'activité professionnelle marque une étape importante, un tournant parfois vécu brutalement, même si attendue, voulue ou espérée, dans la vie de chacune et chacun.

Plus spécifiquement et pour prendre en compte le thème de ces journées et bien que nous n'ayons pas de recul sur les incidences à venir sur le vécu des personnes, il faut rappeler que la perspective d'un allongement de la durée du temps de travail et donc de cotisation s'inscrit dans un brouillage des repères sociaux en même temps qu'elle va à contre-courant des aspirations des individus. Les nouvelles formes revêtues par les conditions de travail ne motivent pas particulièrement pour poursuivre une activité plus longtemps lors de l'avancée en âge.

Actuellement, l'individu sait, en effet, qu'il cessera son activité professionnelle à l'âge dit légal de la retraite, âge qui s'enracine comme limite temporelle et va déterminer à la fois le parcours de vie comme l'organisation des différentes séquences de son existence sociale. Aujourd'hui, une telle perspective de report brouille les repères déjà fragilisés et génère une réelle indétermination et, partant, une forme d'instabilité. Un tel phénomène avait d'ailleurs déjà été observé pour les préretraités.

Pour revenir à la cessation d'activité professionnelle, on dira qu'à " un certain moment un lourd portail se ferme derrière vous, il se ferme et est verrouillé avec la rapidité de l'éclair et l'on n'a pas le temps de revenir en arrière... la route ne s'achève jamais, les journées se font toujours plus courtes, les compagnons de voyage toujours plus rares, aux fenêtres se tiennent des personnages apathiques et pâles qui hochent la tête ". Ce passage tiré de l'œuvre de Dino Buzzati ne peut-il s'appliquer à ceux qui, tout à coup, se trouvent confrontés avec le problème de la retraite ? L'être se trouve face à face avec lui-même, souvent sans aucun point d'appui.

Pour Anne-Marie Guillemard, "la retraite est le moment de la restructuration du système de rôles et, peut-être, le début du vieillissement sociologique, par opposition entre l'âge physiologique et l'âge sociologique". Cette restructuration va être à l'origine d'une nécessaire adaptation à de nouveaux repères dont certains seront à inventer voire à réinventer. Cette adaptation à une nouvelle situation entraînera nécessairement une rupture avec la vie professionnelle quel que soit le lien des individus à l'emploi. A ce stade, il convient de s'interroger sur la terminologie des mots "rupture" et "changement". En fin de compte, il existe toujours une rupture à la période de retraite du simple fait qu'il y a réorganisation du rythme de vie, même chez ceux ou celles qui ne sont pas identifiés étroitement à l'emploi (ou dont l'identification sociale ne repose pas uniquement sur l'activité professionnelle).

Dans ce sens, il n'y aura pas d'état de non-rupture puisqu'un changement s'opérera toujours dans la vie des individus. On peut simplement envisager de conserver le terme non-rupture, ces précautions étant prises pour qualifier un changement, une modification du rythme et de l'organisation de la vie ayant entraîné un traumatisme peu profond au niveau du comportement psychologique de l'individu (non-état dépressif, soulagement de ne plus travailler, etc.).

Rapidement et d'un point de vue plus théorique, la rupture est à la fois changement et durée, elle se produit dans un "temps" très court, mesuré dans l'ancien temps propre du système considéré ici du système social propre à l'individu.

Plus globalement, on rappellera qu'en raison de la nécessité de tenir compte à la fois d'un référent et d'une durée, il y a une infinité de ruptures à chaque moment de l'histoire, mais il est permis de reconstruire des classes de ruptures qui auraient chacune un sens sociologique particulier. La rupture sur le plan sociologique doit, ainsi être aussi entendue comme crise, une crise qui rend manifeste l'irruption dans le champ du présent d'un ensemble de conflits qui se déroulaient dans des temporalités différentes. En effet, je rappellerai ici que la personnalité de l'individu, donc sa structure psychique, est soumise à une série d'ébranlements majeurs au cours du vieillissement. Il y a ainsi, un paradoxe à dire que la personne s'adapte

mal, voire ne s'adapte pas du tout au changement, alors que le vieillissement la soumet à la nécessité de se réadapter, je dirais, de façon continue, à de profondes modifications de son milieu interne et externe dont la perte d'un certain nombre de repères.

Toutes ces modifications, ces réaménagements, doivent se faire à peu près en même temps, ou sur une période qui ne cesse de se raccourcir en raison de l'accélération des transformations économiques et technologiques.

Voyons en premier lieu, la perte des rôles sociaux. Le psychisme de la personne vieillissante est marqué tout d'abord par la perte des rôles. Les rôles, on le sait, conditionnent très fortement la personnalité, au point que certains ont cru pouvoir réduire celle-ci à l'ensemble des rôles. Que la personnalité soit la somme des rôles ou qu'elle soit une construction plus ou moins consciente, il est certain que les différents rôles qu'un individu est amené à tenir, au cours de son existence, modèlent fortement sa personnalité. Avec l'avance en âge, certains rôles vont disparaître totalement, alors que d'autres vont être notablement modifiés et transformés.

Le rôle qui disparaît généralement le premier est celui de parent. Les enfants, devenus de jeunes adultes, quittent le foyer de leurs parents. Puis, vient la perte du rôle professionnel avec la retraite ou la préretraite. De nombreux rôles qui s'articulaient à celui-ci peuvent se perdre également pour former une constellation plus ou moins dense. En effet, pour certains, le rôle professionnel s'accompagnait de divers engagements syndicaux, sociaux et politiques. Avec la retraite et la diminution des ressources qui s'ensuit, le rôle économique perd également de son intensité. On consomme moins, mais également on ne peut plus jouer le même rôle auprès de son entourage. Enfin, si le veuvage survient, c'est la perte du rôle conjugal, et, bien souvent, celle du rôle de partenaire sexuel, ceci étant vrai, surtout pour les femmes. Dans le même temps intervient un facteur très important qui est une des conséquences de la perte des rôles, c'est l'atteinte à "l'idéal du Moi". Celui-ci s'est constitué par des apports multiples qui ont pu évoluer au cours du temps en référence à des personnes réelles ou imaginaires. Si les références ont pu changer et ce que l'on appelle le dialogue avec l'idéal du Moi, se modifier, ce dialogue a été vécu dans une perspective dynamique. D'une manière plus générale, l'écart entre la personne et son idéal du Moi, pouvait toujours être comblé. Le problème qui se pose donc aux sujets âgés consiste à retrouver une fonction sociale. Le modèle que nous ont laissé les sociétés où "l'ancien" était respecté en fonction de son expérience et de son savoir, n'est pas transposable. Cette expérience et ce savoir étaient utilisables dans un type de société qui évoluait très lentement, et où le petit-enfant vivait dans le même cadre technique et culturel que les grands-parents. Dans nos sociétés, l'accélération des changements est telle que l'expérience passée, devenue caduque et périmée, n'est plus utilisable.

Cette série de rôles perdus va affecter l'équilibre psychique de la personne et peut se traduire fréquemment par une désadaptation accompagnée d'un sentiment de dévalorisation de soi, qui peut même confiner à la déchéance pour peu que des infirmités physiques accompagnent la perte des rôles. Il y a donc de nouveaux rôles à trouver, à imaginer et c'est à partir de ces nouvelles fonctions que pourront se reconstruire peu à peu des images d' " idéal du moi " positives et dynamiques. Le vieillissement est un balancement entre investissement et désinvestissement qui prend sa source en grande partie dans l'environnement socioculturel. Ce qui est en question ici, c'est l'économie du narcissisme. La présence de la mort amène chaque transformation du corps à être vécue comme une atteinte de soi accompagnée d'un sentiment d'irréparable. Dès lors, le choix fondamental se répète à chacun des événements du vieillissement.

Ainsi, certains vivent la retraite comme une véritable "mort sociale", alors que d'autres la vivent comme une période qui permet de se tourner vers d'autres centres d'intérêts et d'autres investissements. L'exemple de certains retraités, voire préretraités, au moment de la ces-

sation d'activité professionnelle est éloquent.

On a pu constater dans nos travaux que cette période correspond à une phase de doute profond qui amène les sujets à consulter plus souvent leur médecin et à avoir recours à des thérapies appropriées qu'ils n'avaient, par le passé, généralement pas utilisées. Le choc, ici réel, est accompagné de signes physiques (asthénie générale et injustifiée, perte d'appétit, recours systématique au repos post-prandial) et névrotiques (émergences maniaques, symptômes habituels de la dépression).

Dans ces cas "types", l'identité est mise en question. Le sujet arrive au bout de son histoire sociale parce qu'il est socialement contesté dans ses savoirs théoriques, techniques, pratiques, sociaux. Il devient l'homme d'un autre environnement, un homme dépassé, un homme du passé.

Cependant, il s'est opéré depuis une vingtaine d'années d'importantes mutations qui ont contribué à normaliser cette étape :

- la valeur historique du travail a considérablement changé. La vie professionnelle est de moins en moins perçue comme l'unique source de satisfaction et comme le fondement de l'identité de l'individu ;
- le désengagement du monde du travail, du fait des nécessités économiques est parfois progressif. Ceci permet aux futurs retraités d'anticiper et, ainsi, d'éviter la confrontation avec une cessation d'activité brutale dès le moment où la vie professionnelle s'arrête.

Le changement de statut est moins culpabilisant. Autrefois le passage à la retraite s'accompagnait d'une perte importante d'identité car on quittait une fonction professionnelle bien déterminée pour un statut sans fonction précise, considéré comme nettement moins valorisant. L'arrêt de l'activité professionnelle était fréquemment vécu de manière douloureuse. Le plaisir étant considéré comme la récompense d'un travail accompli : les aspirations hédonistes des retraités étaient souvent teintées d'une forte culpabilité. Depuis quelques années la tendance qui se renforce avec les 35 heures est celle de la valorisation des loisirs et de la vie relationnelle. Ce phénomène social est favorable aux néo-retraités. Ce phénomène les encourage à développer des ressources dissociées du travail à un moment où il faut reconstruire une identité.

Une majorité d'individus traverse sans dommages physiques et moraux importants cette phase délicate de la vie. Il n'en demeure pas moins que l'arrêt de l'activité professionnelle contribue parfois à déclencher ou à maintenir des difficultés psychologiques pouvant atteindre la santé physique et psychique de certains.

La retraite est à la fois une rupture et un état sans retour. Elle est assortie d'une crise existentielle qui pour être résolue oblige à un certain renoncement. C'est pourquoi il est nécessaire de créer de nouveaux repères.

La cessation d'activité entraîne un certain nombre de pertes sur le plan matériel et sur le plan de l'identité. La baisse des revenus exerce d'après la plupart des études une influence négative sur le moral des retraités. Néanmoins, c'est en général le renoncement sur le registre de l' "être" qui demande le plus grand effort d'adaptation. De nos jours, la confusion entre ce que l'on fait et ce que l'on est génère aisément chez le néo-retraité un sentiment de vide et de perte d'identité.

Le vide de la retraite s'impose souvent douloureusement aux personnes qui ont pratiqué la fuite en avant professionnelle afin d'éviter la confrontation avec ses propres difficultés. Cette conduite d'évitement va souvent de pair avec le renoncement à certaines valeurs personnelles, familiales ou conjugales. Arrivé au seuil de la retraite, on découvre un peu tard que réussir dans la vie n'est pas toujours réussir sa vie.

Il est important de réfléchir à un nouveau rapport au temps. Après avoir été contraint pendant des années par des horaires et des obligations, il est difficile de se réinvestir du jour au lendemain dans un aussi vaste espace de liberté. Beaucoup d'actifs en fin de carrière imagi-

nent la retraite comme un moment bénéfique et stimulant, où l'on est libéré de très nombreuses contraintes. La réalité peut s'avérer très différente. En effet, en reprenant possession de son emploi du temps, le jeune retraité est souvent confronté pour la première fois à ses véritables désirs ainsi qu'à sa capacité à se consacrer dans la durée à de nouveaux projets. Tôt ou tard, il est possible de se heurter au décalage entre ce que vit le retraité et ce qu'il aurait espéré vivre.

Si l'on reste confiné dans l'univers professionnel, il est difficile de porter son regard vers de nouvelles perspectives. Heureusement, la capacité à élaborer des projets n'est pas une question d'âge chronologique mais de jeunesse d'esprit.

Quelques conseils pour organiser ce nouveau départ :

- préparez-vous à l'avance. Il est bon de réfléchir deux ou trois ans avant l'arrêt de la vie professionnelle aux activités qui prendront le relais, de manière à éviter un passage à vide brutal après la prise de retraite ;
- prévoyez un bilan de vos compétences. Pour rester actif et engagé il est nécessaire de connaître son potentiel et d'identifier ce que l'on croit aimer et ce que l'on aime vraiment ;
- accordez-vous six mois à un an d'adaptation. Le changement de vie réclame de nouveaux apprentissages qui prennent du temps, et il n'est pas rare que le départ à la retraite soit suivi d'une période de flottement ;
- ne cachez pas vos états d'âme. Si la transition est délicate, vous la vivrez d'autant mieux que vous aurez pu exprimer à votre entourage votre nostalgie ou votre frustration à devoir quitter si tôt le monde du travail. En gardant vos émotions pour vous, il vous sera plus difficile de faire le deuil de votre ancienne vie ;
- soyez créatif et fier de votre nouveau statut. Le monde de la retraite est en passe de conquérir de nouveaux rôles de tout premiers plans dans la vie économique et sociale. En participant à cette mutation vous serez les pionniers d'un phénomène social en plein essor.

Le passage de la vie professionnelle à la retraite est une étape de l'existence qui, comme beaucoup d'autres, demande que l'on sache organiser sa vie.

Sachez aussi profiter de votre temps libre, de ce temps libéré du travail par l'inactivité professionnelle. Il existe de nombreuses façons de soigner sa forme et favoriser son "bien vieillir".

L'essentiel, dans un tel programme à la fois personnel et collectif, c'est de vivre et de vieillir, c'est "vivre comme vivre c'est vieillir". Il importe de continuer à créer avec ses mains, avec sa tête ou encore avec son corps en entretenant sa forme physique. Dans ce domaine, chacun doit trouver sa vérité et éviter la routine. Ce n'est qu'à cette condition qu'il sera possible de vivre son temps libéré du travail et de vaincre l'ennui. L'ennui peut tuer ou rendre handicapé. Je conseille aux personnes qui avancent en âge de rechercher des distractions, non pas pour tuer le temps mais pour éviter que le temps ne tue. Vivre sa retraite, son inactivité professionnelle, sa vieillesse et occuper le temps libre de tout travail devrait s'apprendre dès la maternelle.

Faire de la retraite et de l'avancée en âge une partie de la vie riche de temps libre revient à préparer le futur d'une société où l'on ne devra plus travailler pour vivre ou vivre pour travailler mais où le travail ne sera qu'une partie de notre existence. Quel que soit l'âge, il est important de demeurer un acteur et de continuer d'habiter le monde. Renforcer, étayer, favoriser le maintien du lien social et des solidarités entre les générations doit être une ambition collective. En tant qu'acteurs dans la Cité, nous devrions nous inscrire, plus que jamais, face aux désarrois du monde, dans une idéologie de l'action pour devenir et demeurer des catalyseurs d'énergies, des dynamiseurs de la solidarité entre les générations, et ne jamais renoncer à être des porteurs de lumière.

Dr Arlette PAROLA, médecin directeur, Institut régional d'information et de prévention de la sénescence (IRIPS), Marseille :

Les bilans effectués par l'IRIPS depuis plus de vingt ans s'adressent à des retraités allocataires des caisses de régime complémentaire de retraite (AGIRC et ARCCO). Ils s'adressent également à leur conjoint ainsi qu'à des chômeurs âgés en difficulté.

Ces bilans visent à détecter le plus précocement possible les risques de dégradation de la santé, à prévenir la perte d'autonomie et à donner les moyens aux bénéficiaires de pouvoir réellement agir sur leur santé. 2 000 bilans sont menés chaque année en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Originalité de ces bilans, ils intègrent une évaluation pluridisciplinaire (gériatrie, psychologie, neuropsychologie et accompagnement social). Les outils d'évaluation retenus sont utilisés dans l'ensemble des consultations en gériatrie. Le test des "douze mots" a été ajouté. Les consultations mémoire sont conformes aux consultations hospitalières.

Le test des "douze mots" a été développé en partenariat avec le centre des examens de santé de la Sécurité Sociale à Marseille, Toulon et Nice. Cela représente un progrès qualitatif important : de nombreuses pathologies ont été découvertes chez des sujets bien suivis. Cette étape a contribué à amorcer un partenariat réel. Le bilan se déroule en deux étapes. Il est très fréquemment choisi par les bénéficiaires (71 % l'ont choisi en 2003). Après une synthèse des résultats, un compte rendu est adressé au bénéficiaire.

Au cours des bilans, plusieurs facteurs de risque de mauvais vieillissement sont dépistés :

- pathologies prépondérantes ;
- anxiété importante (35 % de la population) ;
- forte perte de mémoire s'accompagnant de troubles cognitifs ;
- suivi médical insuffisant en matière de prévention ;
- difficultés sociales croissantes.

24 % des personnes examinées éprouvent des difficultés de réorganisation du projet de vie. Ces mêmes personnes souffrent d'un isolement social grandissant avec l'âge ainsi que d'une précarité alarmante (20 % de la population examinée bénéficie de ressources inférieures au minimum vieillesse).

Sur le plan médical, les principaux troubles sont les suivants :

- troubles neuro-sensoriels ;
- instabilité posturale ;
- difficultés gynécologiques ;
- anxiété et troubles de la mémoire ;
- diabète.

Le suivi médical au moment de la retraite est meilleur : alors qu'un salarié âgé n'est suivi par un médecin que dans 40 % des cas, 80 % des personnes retraitées déclarent consulter fréquemment un médecin. Il s'agit néanmoins principalement d'un suivi curatif. Dans 70 % des cas, les consultations ne sont motivées que par le renouvellement d'un traitement. Le dépistage d'autres pathologies ou de complications est nul ou déficitaire dans 30 % des cas, notamment dans le domaine du diabète.

En matière d'accompagnement social, nous ne nous substituons pas au CLIC et orientons

les personnes vers les structures existantes les plus proches. Des informations médicales sont communiquées au cours des bilans ou bien à l'occasion des conférences organisées pendant l'année. Des ateliers "mémoire et diététique" se tiennent régulièrement afin de donner la possibilité de prendre réellement sa santé en charge.

Sur le plan psychique, outre les prises en charge par des psychologues et des psychiatres, nous essayons, grâce à des stages de relaxation ou des groupes de parole, de favoriser les conditions d'une rencontre entre retraités. L'IRIPS promeut un suivi de prévention en incitant les retraités à consulter un médecin traitant. Les enquêtes de satisfaction permettent de constater que les bilans de prévention améliorent la situation médicale dans 50 % des cas.

Au cours des dernières années, l'IRIPS s'est spécialisé dans le domaine de la mémoire. Suite aux stages "mémoire", l'IRIPS organise, six mois après, un nouveau bilan complet sur le plan mnésique de manière à évaluer l'efficacité des stages. Trois mois après le terme des stages, une enquête de satisfaction est adressée aux participants afin d'améliorer la prestation. Il apparaît que les stages constituent une aide dans le cadre de l'avancée en âge, un réconfort et une nouvelle prise de confiance en soi.

L'IRIPS souhaite améliorer l'accès à la prévention. On constate fréquemment que les personnes qui ont accès aux soins et à la prévention ne sont pas celles qui en éprouvent le plus grand besoin. Ainsi l'IRIPS a-t-il développé ses réseaux d'information afin de mieux cibler les personnes ayant besoin de prévention. En outre, les bilans sont désormais décentralisés : l'IRIPS est présent dans des petites communes éloignées des grandes villes et rencontre ainsi une population plus précaire (femmes isolées, personnes plus âgées...). La pratique des bilans s'est améliorée par la mise en place de partenariats (CCAS, Allo Senior, CRAM). L'IRIPS est ouvert à tout partenariat permettant de mutualiser compétences et moyens autour des personnes âgées et de faire remonter les besoins de prévention.

L'action aux côtés des centres d'examen de santé sera développée. Riches d'une compréhension et d'un respect mutuels, au-delà de nos particularismes, nous tenterons au cours des années à venir de ne mener qu'un unique bilan de prévention auprès des habitants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### *Les mineurs de Gardanne : une expérience de mise à la retraite ultra-précoce*

Alain BERNABLE, Directeur, Société de secours minière du Midi, Gardanne :

Je m'attacherai à présenter les problèmes liés à la mise à la retraite précoce en prenant le cas des personnels des houillères lors de la fermeture des exploitations minières.

Les mineurs bénéficient d'une organisation sanitaire et sociale spécifique. De plus, la population de mineurs accède à un réseau de soins à travers des centres de santé où exercent des généralistes, des spécialistes et des infirmières. L'existence d'un réseau de soins peut permettre de conclure à une meilleure connaissance des besoins de santé. Une prise en charge globale rend possible l'intégration de la prévention. Les patients miniers sont suivis par un médecin traitant qui les accompagne et assure l'interface avec les professionnels de santé extérieurs et les établissements de soins.

Notre organisme a été sollicité pour apporter sa contribution à une étude sur les conséquences médico-sociales éventuelles de la fermeture de la mine. Cette étude est en cours. Elle doit établir un état des lieux recensant les problèmes rencontrés et les besoins de prise en charge. Au cours des cessations d'activité étalées sur plusieurs années ont été observés

des problèmes liés à l'inactivité, l'oisiveté et la perte de statut social. Même si les médecins traitants constatent une hausse de la demande de consultation, il est difficile d'établir un lien avec des pathologies précises. C'est pourquoi l'étude a été jugée nécessaire.

Dans le cadre de la fin programmée de son activité, Charbonnages de France a mis en place en 1994 un pacte charbonnier national qui permet aux salariés âgés de plus de 45 ans et ayant une ancienneté de plus de 25 ans de bénéficier d'un congé charbonnier de fin de carrière. Celui-ci assure le versement de 80 % du salaire ainsi que le maintien des avantages en nature (logement et chauffage). Ce pacte devait éviter le recours aux licenciements pour gérer les effectifs.

Cette mesure a concerné depuis 1995 près de 7 000 salariés des Charbonnages de France. Selon la société, elle s'est révélée insuffisante. En conséquence, une nouvelle mesure d'âge a été proposée au moment de l'arrêt définitif de production. Le protocole du 11 février 2003 prévoit pour les mineurs âgés de 43 ans à 45 ans une dispense préalable d'activité leur assurant 85 % du salaire antérieur. Ainsi les agents sont-ils maintenus dans les effectifs jusqu'à l'admission en congé charbonnier de fin de carrière.

Lors de l'annonce de l'arrêt anticipé de l'exploitation, le maire de Gardanne parlait d'un sentiment de gâchis et évoquait les conséquences de l'arrêt brutal de l'activité sur des hommes dans la force de l'âge. Il envisageait les conséquences psychologiques et sociales d'une telle mesure dans une région à forte culture industrielle. Les instances représentatives du personnel avaient manifesté le même souci.

Lors de la réunion du comité de pilotage de l'étude en cours, il a été montré que la cessation anticipée d'activité entraînait des problèmes de santé qui, bien qu'ils ne nécessitent pas un grand nombre de consultations supplémentaires, témoignent d'un mal-être réel. Les conséquences sont difficiles à appréhender. L'entreprise considère avoir pris les mesures nécessaires pour accompagner, sans dommages majeurs, la fermeture décidée par les pouvoirs publics. Toutefois, en l'absence d'un bilan objectif, la réalité des problèmes suscite des questions. L'étude se propose d'avoir une approche plus objective de la situation des 600 salariés concernés du bassin de Gardanne.

Les témoignages recueillis auprès des intéressés, des médecins et des services sociaux sont riches par leur très grande diversité. Ainsi les médecins ont-ils pu dresser des constats précis concernant de multiples petites pathologies liées au mal-être, au désœuvrement, aux troubles dans la cellule familiale et au besoin d'écoute. Certains signalent des cas, peu nombreux, de dépressions ayant nécessité des traitements médicamenteux ainsi qu'un suivi psychologique. Malgré ces observations, les médecins estiment ne pas disposer des informations susceptibles de bâtir une analyse des conséquences de la cessation d'activité.

Un mineur soulignait l'avantage d'être à la maison très jeune mais relevait l'inconvénient dû à une retraite non-préparée : "Être en congé charbonnier à 45 ans, est-ce une chance ? Comme il est prévu de travailler jusqu'à 50 ans au fond ou 55 ans au jour, le fait de partir si tôt pose souvent de gros problèmes psychologiques et sociologiques. Certes, les formalités de départ durent de quatre à six mois. Ce délai n'est toutefois pas suffisant pour préparer une mise à l'écart du monde du travail". Une augmentation des consultations chez les psychologues montre que le système peut avoir des lacunes. Ce constat peut être démenti par d'autres témoignages. Ainsi un mineur d'origine polonaise né en 1953 et bénéficiant d'un congé charbonnier de fin de carrière déclare-t-il profiter de son temps libre pour se consacrer à sa famille et écrire des livres pour enfants.

L'arrêt de l'exploitation minière de Gardanne marque une nouvelle page. Une région où les relations humaines avaient été largement inspirées par le monde de la mine voit s'ache-

ver une histoire sociale très riche. Sommes-nous capables aujourd'hui d'en évaluer toutes les conséquences ? Cela nécessite une étude étayée capable de dépasser les témoignages individuels pour dresser un constat objectif à partir duquel l'ampleur des besoins pourrait être évaluée.

### *Les ateliers "Bienvenue à la retraite" de la CRAM Sud-Est*

Bruno GARRIGUE, responsable et Marie-Jeanne VITALI, animatrice, secteur information santé, Caisse Régionale d'Assurance Maladie Sud-Est :

Jusqu'en 1994, la CRAM intervenait lorsque la qualité de retraité était reconnue. Le retraité pouvait alors bénéficier, sous certaines conditions, d'aides individuelles. La dégradation de l'état physique et mental du retraité ne pouvait pas trouver, dans tous les cas, de réponses satisfaisantes. En effet, les aides accompagnaient les difficultés dues au vieillissement mais ne les prévenaient pas. C'est pourquoi, dès 1994, trois caisses pilotes, dont la CRAM Sud-Est, se sont inscrites dans le programme d'intervention de la CNAV pour une politique de communication en prévention du vieillissement précoce autour de deux concepts :

- l'approche sociale des effets du vieillissement ;
- une démarche éducative permettant d'accompagner le vieillissement de la personne.

Cette politique s'est traduite, en 1995, par la création du pôle "Bienvenue à la retraite". Sa mission consiste à accompagner les retraités dans leur nouveau mode de vie. La mise en œuvre de cette mission se structure autour de deux objectifs opérationnels :

- informer et orienter les nouveaux retraités sur l'offre de services de la CRAM Sud-Est et sur les occupations susceptibles de modifier leur nouveau mode de vie ;
- favoriser le dialogue et la réflexion en incitant les participants à partager leurs expériences.

Trois agents sont actuellement chargés de l'animation des réunions. Des partenariats sont noués avec les mairies et les CCAS.

Des invitations aux rencontres sont adressées personnellement à toutes les personnes à la retraite depuis moins d'un an. Les réunions concernent environ onze personnes. Un dossier de renseignements est remis à chaque participant. L'interrogation porte principalement sur la question : "Que faire de son temps libre ?". L'animateur intervient autour des thèmes susceptibles de favoriser le passage à la retraite (loisirs, forme, bénévolat, hygiène de vie, aides individuelles).

Il incombe à la CRAM de vérifier si les informations transmises en réunion répondent bien aux attentes des participants. Les actions font donc l'objet d'évaluations quantitatives et qualitatives permettant de vérifier l'adéquation entre les besoins des retraités et le contenu des réunions. Les évaluations sont réalisées en deux phases :

- un questionnaire distribué au terme de la réunion "Bienvenue à la retraite" ;
- une enquête de satisfaction réalisée six mois après la tenue de la réunion.

En 2003, 57 réunions organisées ont permis de rencontrer 2 016 personnes sur les huit départements. La première évaluation nous a confortés dans le contenu exposé au cours des réunions. La deuxième évaluation porte davantage sur les modifications du comportement et l'hygiène de vie. 43 % des personnes déclarent avoir modifié leur comportement alimentaire et 28 % précisent avoir constaté une amélioration de leur sommeil.

Les réunions ont permis de mesurer le grand intérêt des seniors ainsi que leur besoin d'écoute, de dialogue et d'appartenance à la société. "Bienvenue à la retraite" a pour mission

de faciliter le passage de la vie professionnelle à la retraite en dédramatisant la situation tout en valorisant et dynamisant la population concernée à l'aide des thèmes traités au cours des réunions. Ainsi chaque retraité parviendra-t-il à trouver sa place au sein de sa famille et de son voisinage. Il aura également la possibilité de s'affirmer et de s'accomplir en dehors du domaine privé. S'appuyant sur cette expérience, la CRAM s'engage dans de nouvelles perspectives plus spécifiquement orientées vers la prévention santé des seniors. Le Ministère de la santé a mis en place en 2001 le Programme national nutrition santé (PNNS). D'une période de cinq ans, il vise à améliorer l'état de santé de la population française en agissant sur le déterminant majeur qu'est la nutrition. Déclinant ce programme, notre action repose sur la promotion d'une nutrition associée à la notion de plaisir. C'est pourquoi nous avons développé une action de prévention autour des thèmes de l'alimentation et de l'activité physique.

Dès 2005, notre organisme aura pour ambition de développer son intervention dans le domaine de la prévention santé en s'appuyant sur de nouveaux partenariats (médecins, entreprises, structures d'accueil des personnes âgées) et en élargissant le public cible.

Les actions décrites illustrent la volonté de la CRAM de s'affirmer comme acteur et partenaire de l'éducation pour la santé à l'échelle régionale, notamment dans le domaine de la prévention des risques liés au vieillissement.

*La préparation à la retraite des salariés dans les grandes entreprises, l'exemple de la Direction départementale de l'Équipement à Digne-les-Bains*

Danièle BARANSKI, Comité Départemental d'Education pour la Santé des Alpes de Haute-Provence :

La Direction Départementale de l'Équipement des Alpes de Haute-Provence a proposé un stage de préparation à la retraite à l'ensemble des personnes susceptibles de partir à la retraite dans un délai de deux ans. Ce stage de trois jours pouvait accueillir le conjoint. La première session a eu lieu en 1995. La rencontre avec une assistante sociale permet de mettre en évidence un ensemble de questions d'ordres juridique, administratif et sanitaire. Une information riche ainsi qu'une documentation détaillée donne la possibilité de fournir des réponses aux nombreuses questions posées.

Le passage à la retraite peut s'accompagner d'une euphorie comme d'un véritable désœuvrement. Pour la majorité, l'imaginaire de la retraite est exaltant. Pour quelques-uns, la réalité s'affirmera de manière totalement différente. Durant les stages, chacun se projette et dresse un état des lieux en se posant un ensemble de questions. La difficulté réside dans la prise en considération des spécificités de chaque cas : "Quelle vie souhaitons-nous mener afin de lui donner un sens nouveau ?". Un des premiers thèmes abordés a été le sommeil. Il a été nécessaire d'évoquer les rythmes biologiques. Autre thème majeur, l'alimentation, soulève de nombreuses interrogations. Un état des lieux permet de relever de nombreuses mauvaises habitudes. Les notions essentielles relatives à la composition des repas et aux apports de chaque famille d'aliments ont dû être exposées. Outre l'alimentation, l'exposition au soleil constitue un enjeu majeur qui est traité au cours des stages. Activité physique, loisirs, projets, objectifs de vie sont mis en valeur au cours du stage.

Les évaluations ont été menées par le service social de la DDE. Elles ont montré l'intérêt que beaucoup ont manifesté à l'égard du stage. Certains regrettaient que la journée prévention fût trop courte. Des attentes ont été formulées en direction d'une deuxième rencontre six mois avant la retraite afin de faire le point. Un des participants a déclaré : "Ce stage

m'a permis de projeter mon avenir tout en analysant le passé pour mieux négocier ma retraite". Les participants ont ainsi pu effectuer un ensemble de petits constats favorisant leur approche de la retraite : "prévoir des activités différentes, des loisirs afin de ne pas rester inactif". Chacun a pu noter qu'il disposait d'un capital santé à préserver quotidiennement. Le comportement et l'hygiène de vie conditionnent ce capital.

En fin de stage, des retraités nous ont rejoints pour évoquer leur nouvelle existence et étayer les propos tenus. Jean-Jacques Rousseau affirmait : " La jeunesse est le temps d'étudier la sagesse. La vieillesse est le temps de la pratiquer ". Chacun, au cours du stage, a fait provision de ce dont il manquait pour aller plus loin, en forme, dans la gaieté et en toute sérénité.

### *Echanges avec la salle*

Pr BROCKER, CHU de Nice :

J'ai été très intéressé par l'intervention de la CRAM du Sud-Est. L'évaluation envisagée porte-t-elle exclusivement sur les comportements ou s'étend-elle aux aspects économiques ? Ainsi, pourra-t-il être mis en évidence que le programme entraîne des économies de la part de la Sécurité Sociale et des mutuelles ?

Bruno GARRIGUE, CRAM-SE :

Il s'agit d'une activité récente même si elle fait partie des missions initiales de la CRAM. L'aspect économique n'est, certes, pas négligeable. Toutefois, dans un premier temps, nos ambitions restent mesurées. L'évaluation est un volet du projet. Elle n'est cependant pas encore mise en œuvre.

M. GOMEZ, médecin responsable d'un centre d'examen de santé, Var :

L'expérience de la CRAM s'inscrit totalement dans le champ de la prévention. Même si cela engendre un coût supplémentaire pour la société, le prolongement de la vie demeure le but de tout acte médical. Parmi les thèmes abordés au cours de cette journée, le lien social est mis en valeur. D'autres interventions portent sur le vieillissement cérébral pathologique, sur la nutrition et sur l'activité physique.

Il convient de rappeler que le cancer et les maladies cardio-vasculaires sont les deux grandes causes de mortalité. Elles touchent, au premier chef, les personnes âgées de plus de 60 ans. Les cancers font l'objet de programmes de prévention importants. Un investissement lourd de la société et la communauté médicale vise à dépister le cancer de manière précoce afin de permettre son traitement.

Il est essentiel que la prévention soit envisagée de manière globale. La prévention touche tous les aspects de la vie (psychologique, social, physique). Tous les acteurs présents ici ont un rôle à jouer dans la promotion de la santé.

A. VASSEUR, assistante sociale, Ville de Marseille :

Vous avez évoqué la création d'un millier d'emplois en vue de favoriser le maintien des personnes âgées à domicile. Nous sommes aujourd'hui seuls sur le terrain à prévenir la maltraitance des personnes âgées. Cette maltraitance peut prendre différents aspects : maltraitance physique ou financière, spoliation. Je souhaiterais savoir quelles mesures seront prises dans le cadre du plan régional afin de prévenir la maltraitance.

Joël CANAPA, Vice-président du Conseil Régional :

Dans le cadre du plan régional que nous avons adopté il y a un mois et demi, un engagement a été pris en vue de créer près de mille emplois dans le domaine du service à la personne.

Nous ferons appel à la démocratie participative pour dessiner les contours de ce plan. Ainsi élus, fonctionnaires et responsables associatifs seront-ils consultés au sujet des besoins à couvrir qui ne relèvent pas de la compétence d'une autre collectivité.

Les budgets consacrés à la prévention ne permettent généralement pas de mener une évaluation pertinente susceptible de mesurer l'impact des mesures sur les budgets de l'assurance maladie. En outre, la responsabilité de santé publique ne doit pas être strictement corrélée à l'efficacité économique. Le conseil Régional est étroitement associé à l'Etat dans la lutte contre les maladies professionnelles. La prochaine décennie verra se produire des milliers de décès imputables à des risques professionnels. La recherche des causes des maladies professionnelles est une responsabilité d'ordre politique. Elles ne proviennent pas simplement d'un produit mais bien d'une combinaison de facteurs associés à l'usage d'un produit. Dans cette démarche, l'éventuelle réduction des coûts supportés par l'assurance maladie doit être considérée comme un objectif secondaire.

# L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE : DES JEUNES SPORTIFS AUX SUJETS GES DEPENDANTS

## *Les conséquences de l'arthrose de hanche et du genou sur la vie sportive du jeune senior*

Dr Xavier FLECHER, service de chirurgie orthopédique, Hôpital Sainte-Marguerite, AP-HM, Marseille :

Je tenterai de mettre en évidence les théories qui affirment le caractère protecteur ou néfaste du sport sur le cartilage. Le cartilage est un organe capricieux composé à 85 % d'eau. Il est très peu vascularisé et donc fragile. Dans la mesure où il est très peu innervé, les lésions sont souvent asymptomatiques. Le sport augmente les contraintes et donc abîme les cartilages en créant des micro-fractures. Cependant, l'épaisseur et la dureté du cartilage augmentent avec la pratique sportive.

Les micro-traumatismes provoquant des problèmes de cartilage ont été identifiés, notamment en 1996. Ils sont à l'origine d'arthrose. Lorsqu'ils atteignent l'os, ils provoquent des douleurs. En effet, lorsque les lésions atteignent l'os, l'organisme est stimulé et crée du cartilage qui ne présente pas les mêmes capacités : il n'assume pas les mêmes contraintes et ne lubrifie pas l'articulation de la même façon.

Les deux articulations les plus touchées par l'arthrose sont la hanche et le genou. L'arthrose de hanche est liée à un surmenage articulaire pur. A 30 ans, un individu effectue 200 à 300 cycles par heure. A 70 ans, il n'en effectue qu'une centaine. L'obésité et le sport sont deux facteurs déterminants de l'arthrose de hanche. Certains sports revêtent des caractères protecteurs, notamment la natation. Sur le plan clinique, le début est précoce. Il précède fréquemment l'âge de trente ans. Il est important de ne pas s'en remettre exclusivement à la douleur pour tenter de prévenir l'évolution de l'arthrose. La plupart du temps, c'est la raideur de la hanche qui constitue le principal symptôme. Les radiographies permettent de déceler l'arthrose. Le traitement réside essentiellement dans la prévention. Il a été montré qu'une reprise de la pratique du sport pouvait présenter des risques réels. Il est donc important que les seniors soient suivis par une équipe de spécialistes lors de la reprise d'une activité sportive. C'est notamment le cas pour le tennis où la pratique en double et sur terre battue peut s'avérer moins risquée. La rééducation fonctionnelle présente des atouts majeurs. Les infiltrations constituent une pratique très discutée : la suspension de la douleur peut avoir un effet délétère. L'arrêt de la pratique d'un sport nocif demeure une notion difficile à faire comprendre à un sportif. La prothèse de hanche a une longévité d'autant plus réduite qu'elle concerne un sportif qui en fait une utilisation intensive. Chaque année, les prothèses évoluent pour tenter d'apporter une solution à ces difficultés. Il convient cependant de tenir compte du délai de longévité moyen des implants (dix à quinze ans).

Les facteurs de risque d'arthrose du genou ont été analysés. Le sport n'est pas hors de cause. Toutefois, les traumatismes constituent le facteur le plus important dans la genèse de l'arthrose. Le sport de haut niveau est la deuxième source de risque, notamment dans le cas du football et du ski. Les liens entre l'arthrose et la pratique du sport font encore aujourd'hui l'objet d'études aux conclusions contradictoires. Une étude menée il y a vingt ans a mis en évidence le caractère décisif des méthodes d'entraînement et du matériel employé sur le risque d'arthrose. Le genou est une articulation peu congruente : son fonctionnement repose, pour une grande part, sur ses ligaments. En outre, il s'agit d'une articulation superficielle.

le et donc exposée aux traumatismes. Deux facteurs président principalement à la genèse de l'arthrose :

- les micro-traumatismes (notamment chez les footballeurs) ;
- la rupture du ligament croisé antérieur.

Sur le plan clinique, le début est généralement plus tardif que pour l'arthrose de hanche. La raideur reste un des premiers symptômes. Toutefois, des signes de douleur peuvent également jouer le rôle d'alarme et conduire les patients à consulter. Il convient alors d'établir un bilan précis. Des traitements non-chirurgicaux peuvent ralentir l'évolution de l'arthrose (éviter la surcharge pondérale, moduler l'activité sportive, pratiquer une rééducation précoce). Le traitement pharmacologique de l'arthrose doit être suivi par le rhumatologue. Certains traitements parviennent à ralentir l'évolution de l'arthrose. Ponctions et infiltrations peuvent avoir des conséquences bénéfiques. Aucune étude n'a montré leur efficacité chez le sujet sportif. L'arthrose du genou peut faire l'objet de traitements chirurgicaux conservateurs (chirurgie ligamentaire, correction de l'axe). Les traitements conservateurs sont efficaces chez les sujets jeunes. Les prothèses totales du genou sont évaluées selon plusieurs critères (douleur, récupération de la fonction, stabilité...). Le dessin de certaines prothèses a été récemment modifié pour accroître la flexion et permettre la pratique de certains sports. L'ordinateur et les autres outils modernes permettront peut-être d'optimiser l'utilisation des prothèses et de les rendre plus fiables.

Après une intervention, l'efficacité de la rééducation en balnéothérapie a été prouvée scientifiquement. Il est important de retrouver le mouvement du genou, de renforcer les muscles et d'entamer un nouvel apprentissage de la marche.

Les prothèses totales ont fait l'objet d'études américaines. La pratique intensive du golf est possible trois à quatre mois après l'intervention. En revanche d'autres pratiques sont déconseillées (sports d'équipe, tennis en simple, course à pied).

La prothèse totale de hanche a montré son efficacité chez le sujet jeune et actif. La prothèse unicompartimentale du genou permet une récupération rapide. La prothèse totale du genou exige l'absence de contraintes trop importantes.

Un chirurgien affirmait en 1969 : "Le cartilage vit bien dans une certaine gamme de sollicitations. En deçà et au-delà, il souffre".

La spécialisation des éducateurs sportifs territoriaux au sport chez les plus de 55 ans : l'initiative de la Direction départementale Jeunesse et Sports du Var

Dr Jacques PRUVOT, médecin conseiller, Direction régionale Jeunesse et Sports PACA,  
Guy LAURENT, chargé de mission, Direction départementale Jeunesse et Sports du Var :

Le programme "Bien vieillir" est une campagne nationale en faveur de la promotion de la santé et du bien-être par l'alimentation et l'activité physique et sportive. Elle a été mise en place en 2003 par le ministère de la santé et par le ministère de la jeunesse et des sports. 17 sites pilote ont été retenus en France, parmi lesquels figure Toulon-Provence-Méditerranée.

Le programme vise à maintenir l'autonomie à travers un projet de vie, à éviter la sédentarité et à accompagner la personne de plus de 55 ans vers un bien-être physique, psychique et social. Il s'appuie sur l'aménagement des équipements et des services, sur le développement d'un encadrement professionnel et personnalisé et sur la diffusion de recommandations pratiques.

Le programme "Bien vieillir" repose sur un état des lieux des moyens et des actions proposés par les partenaires travaillant dans le domaine de l'activité physique des plus de 55

ans. Le deuxième objectif consiste à former les éducateurs sportifs à la connaissance de ce public tant à travers une formation initiale diplômante (brevet d'état ou brevet professionnel) qu'à travers une formation continue. Le programme tend à mutualiser les connaissances et les expériences menées en vue de constituer un véritable réseau rapprochant les partenaires du milieu médical, du milieu paramédical et des établissements recevant des personnes âgées. Enfin, le programme contribue à développer l'emploi dans l'ensemble des structures d'accueil.

Toulon-Provence-Méditerranée est une agglomération qui regroupe onze municipalités. Elle compte plus de 400 000 habitants parmi lesquels on compte 53 000 hommes et 73 000 femmes de plus de 55 ans. Neuf services des sports sont répartis sur les onze communes. Ils regroupent 147 agents (conseiller territorial des APS, éducateurs sportifs territoriaux ou opérateurs territoriaux des APS). Trois comités départementaux sont particulièrement impliqués dans ce travail (Fédération de gymnastique volontaire, retraite sportive, fédération d'éducation physique dans le monde moderne). Ces trois comités départementaux disposent dans l'agglomération de Toulon-Provence-Méditerranée de 24 associations qui comptent, elles-mêmes, 1 600 licenciés. L'état des lieux a également porté sur les structures familiales de vacances. Sur les 31 centres de vacances installés dans l'agglomération de Toulon-Provence-Méditerranée, seuls 16 proposent des activités pour les personnes âgées. 34 sociétés commerciales détenant des salles de remise en forme sont répertoriées à la Chambre de commerce et d'industrie. Dans l'agglomération, sur 10 200 adhérents à ces structures, 15 % ont plus de 55 ans. L'état des lieux a conduit à la formation des éducateurs territoriaux des APS.

La formation a été mise en place par la Direction régionale de la Jeunesse et des Sports autour de ses points forts. Cinq thèmes ont été abordés au cours de cinq journées qui ont rassemblé 40 stagiaires. L'accent a été mis sur l'adaptation cardiaque et ventilatoire à l'effort ainsi que sur l'importance du capital musculaire et son renforcement à l'effort. Après 50 ans, la masse musculaire se réduit : le nombre des fibres musculaire diminue, la synthèse des protéines et la synthèse des hormones anabolisantes décroît. Le rôle des muscles est essentiel dans la protection et la souplesse des articulations. Il constitue également une excellente réserve protéique. En outre, le muscle concourt à la communication. En effet, l'absence de muscles entraîne l'impossibilité de tout mouvement et donc de toute forme de communication. Les éducateurs ont été sensibilisés aux travaux menés autour du capital musculaire et de son renforcement. Le vieillissement musculaire n'est pas inéluctable. Une étude menée chez des sujets âgés de 86 à 90 ans a montré qu'un travail musculaire effectué pendant un programme de huit semaines permet de multiplier par trois la force musculaire. Il est important de muscler l'ensemble du corps et de ne pas se focaliser sur les membres inférieurs.

Le renforcement d'un muscle résulte de trois types de travail musculaire :

- le travail concentrique ;
- le travail excentrique ;
- le travail statique.

Négliger une des formes de travail compromet le renforcement du muscle. Un tel travail doit être adapté en fonction de l'âge. Il est essentiel de pratiquer des exercices variés capables de distraire.

La formation a été immédiatement opérationnelle. Les 40 éducateurs issus de la formation et les intervenants de l'ensemble des secteurs ont constitué des pôles ressources en vue de mutualiser les expériences, d'étendre les expériences menées et de renforcer le partenariat tant au niveau de la formation initiale que de la formation continue.

Michel PEDROLETTI, ministère de la Jeunesse et des Sports, ancien entraîneur et directeur des équipes de France de natation :

J'ai pu constater, avec plaisir, que l'activité physique était un thème largement abordé au cours de cette journée. Nos sociétés sédentaires ont, en effet, tendance à négliger cet aspect de notre vie. La prévention devrait pouvoir contribuer à replacer le développement physique au cœur du problème.

La natation est une activité physique qui n'engendre que très peu de problèmes en matière d'arthrose ou d'accidents musculaires. La natation est donc une activité bénéfique pour accompagner l'avancée en âge.

En natation comme dans bien d'autres sports, la pratique des vétérans s'est largement développée. Elle fait immédiatement suite à la pratique au plus haut niveau. Ainsi est-il possible, dès 30 ans, de participer à un programme d'animation sportive destinée aux "masters". Sous cette dénomination se rassemblent des adultes d'une trentaine d'années ainsi que des personnes âgées de plus de 80 ans. Cette pratique sportive permet de participer à des compétitions, à des championnats régionaux et nationaux. Des records spécifiques à ces catégories sont répertoriés.

Malgré tous les aspects positifs d'une telle démarche, certains en oublient les principes et se prennent à rêver d'une carrière sportive qui n'a plus lieu d'être. En outre, notre société est profondément marquée par la consommation de médicaments (assistance à la performance, assistance au sommeil, assistance à la santé...). Il convient de veiller à ce que la culture de la performance chez les "masters" ne soit pas associée à la consommation de substances dopantes.

*Echanges avec la salle*

Marie-France GAY, responsable des activités physiques et sportives des seniors au CCAS de Gap :

La formation que vous proposez remédie à une véritable carence. Peu de formations sont consacrées à la connaissance du public senior. Outre les villes pilotes dans lesquelles les formations sont organisées, prévoyez-vous une extension de ce dispositif ? Comment informerez-vous alors les collectivités territoriales ?

Guy LAURENT :

La formation des éducateurs sportifs territoriaux répondait à une demande de la municipalité de Toulon. Nous avons étendu cette proposition de formation à l'ensemble des partenaires de l'agglomération Toulon-Provence-Méditerranée. Il s'agit d'un engagement pris par le directeur départemental de la Jeunesse et des Sports à l'égard de l'ensemble des partenaires de l'agglomération. Nous avons ouvert la formation à 20 personnes. 40 participants l'ont néanmoins suivie. Les demandes émanant d'autres municipalités du Var attestent du succès rencontré par cette formation. Une deuxième session de formation sera organisée en 2005. Même s'il ne nous est pas possible de répondre à la demande globale de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, il est envisageable d'examiner certaines situations individuelles.

Le CNEPT organise des formations consacrées à la connaissance du public senior. Une formation a été récemment dispensée en partenariat avec le CREPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

## TABLE RONDE N°1 : LA PREVENTION DES CHUTES, L'EQUILIBRE NUTRITIONNEL ET LA MEMOIRE

Pr Philippe PITAUD, Directeur de l'Institut de gérontologie sociale, professeur à l'Université de Provence, Faculté Saint-Charles (DESS AGIS), Marseille :

On reproche souvent aux universitaires de relever de la théorie et rarement de la pratique. Grâce à une récente chute de moto, j'ai pu anticiper sur le premier thème de cet après-midi et vérifier que la chute et ses effets induits ne procèdent pas uniquement d'une construction mentale. A titre d'introduction, rappelons-nous cet extrait du film *La Haine* de Mathieu Kassowitz, dans lequel le narrateur dit : " jusque-là tout va bien, jusque-là tout va bien, jusque-là tout va bien, le plus dur ce n'est pas la chute, c'est l'atterrissage ". La prévention des chutes d'une part, le lien social et la qualité de vie de l'autre, sont " inéluctablement " liés : lorsque l'on chute, on peut se briser un membre. Mais, lorsque l'on chute dans le vide social, on tombe dans l'exclusion, la marginalité, l'isolement, la solitude, dont on sait qu'ils sont facteurs d'entrée dans la dépendance. D'où la dimension très large de la prévention en gérontologie, qui doit concerner, au-delà des pathologies, tout ce qui est lié à l'environnement social.

# LA PREVENTION DES CHUTES

## *Epidémiologie, déterminants de la chute, syndrome post-chute et dépistage des sujets à risques*

Pr Jean-Philippe AZULAY, Service de neurologie, Hôpital La Timone, Marseille :

Je m'intéresse depuis longtemps à l'origine et aux causes des chutes. Chacun sait la fréquence et la gravité de la survenue des chutes dans la population âgée. Un tiers des personnes de plus de 65 ans chute au moins une fois chaque année. Dans la majorité des cas, c'est l'entrée dans un processus chronique qui va récidiver. Une fois sur dix, ces chutes auront des conséquences graves puisqu'elles peuvent entraîner des fractures – celle de la hanche est la plus fréquente – et des complications du système nerveux – comme un hématome qui peut comprimer le cerveau – ou des traumatismes crâniens. En termes de santé publique, cela représente environ 10 % de l'activité d'un service d'accueil des urgences et 6 % des motifs d'hospitalisation en urgence des personnes âgées. Les conséquences sont importantes sur l'activité et l'autonomie des personnes âgées. Les chutes augmentent significativement le risque statistique de placement en établissement de long séjour. Dès la première chute, il y a un impact direct sur l'espérance de vie.

Quand je rencontre les patients, on me demande d'emblée si les chutes sont en rapport avec une affection neurologique. Il est parfois difficile de faire la part des choses et de poser un diagnostic affirmatif. Dans le domaine des troubles moteurs, il n'existe pas de concept de "déficit locomoteur mineur", qui n'est plus tout à fait la normale mais pas encore la maladie neurologique.

Un certain nombre d'affections neurologiques sont responsables de chutes, essentiellement les maladies du système nerveux central. La faiblesse musculaire peut également être à leur origine. Les principales maladies sont la maladie de Parkinson et les syndromes apparentés, la démence et la pathologie vasculaire cérébrale dans lesquelles les chutes émaillent et compliquent l'évolution de la maladie. Dans une population de tout venant en neurologie générale, un tiers des patients a déjà fait une chute. Dans la population des patients parkinsoniens, 20 % de l'ensemble des malades chutent au moins une fois. Ces maladies apparaissent et sont de plus en plus fréquentes avec l'âge : les deux facteurs peuvent donc se croiser.

Le deuxième grand chapitre est le vieillissement sensorimoteur et cognitif. Quand on analyse la motricité de la marche ou de l'équilibre, on constate des modifications plus nettes au fur et à mesure que les années passent. La marche ralentit, l'enjambée est moins longue, les réflexes de correction posturale diminuent lorsque le sujet est brusquement déstabilisé, en particulier vers l'arrière. Ce vieillissement est normal mais s'accompagne de mécanismes qui prédisposent les sujets âgés à chuter plus fréquemment.

Les causes de ces chutes ne sont quasiment jamais uniques. Il faut très souvent distinguer un terrain de facteurs prédisposants à court et à long terme, et des facteurs précipitants de la chute.

Les facteurs prédisposants sont les terrains pathologiques ou physiologiques : le syndrome poly-articulaire d'origine rhumatismale, un terrain dépressif, une hypotension orthostatique – une baisse de tension artérielle consécutive à la mise en position debout, qui découle souvent de problèmes cardio-vasculaires mais surtout de traitements visant à faire baisser la tension – les troubles de la cognition, les troubles de la vision qui sont souvent négligés, la poly-

médication – statistiquement, le risque est très augmenté à partir de 4 médicaments et plus – le vieillissement posturo-locomoteur. Si 4 de ces facteurs ou plus sont associés, le risque de chute de la population générale au-delà de 70 ans passe de 8 % à 78 %.

Le rôle des médicaments est de plus en plus mis en avant aujourd'hui. Les antidépresseurs viennent en tête de ceux qui augmentent le risque de chute à titre individuel, avec les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, qui représentent environ 70 % à 80 % des prescriptions, et les tricycliques. Le problème de l'arrêt ou du maintien de ce type de traitement se pose, car nous verrons dans la suite de cette rencontre que la dépression est également un facteur important à prendre en compte chez les sujets âgés. Viennent ensuite les neuroleptiques, dont la prescription est totalement abusive : il n'y a quasiment jamais d'indication à les prescrire chez des sujets âgés. La troisième catégorie concerne les benzodiazépines, dont la France détient le record de consommation au plan européen, les anticognitifs prescrits en particulier dans le traitement des douleurs neuropathiques et un certain nombre de médicaments du trouble du rythme cardiaque. Le rôle de ces psychotropes dans la majoration du risque de chute semble essentiellement lié au problème attentionnel, fréquent dans le vieillissement cérébral. Un article du Lancet a ainsi très bien montré que les chutes survenaient quand les gens parlaient ou faisaient une autre action en marchant, c'est-à-dire lorsque les processus attentionnels étaient détournés de la marche.

Le syndrome post-chute est un trouble du contrôle posturo-locomoteur d'ordre phobique, à savoir une peur panique de tomber qui survient chez les personnes après les chutes, et ce d'autant plus que celles-ci ont été traumatiques et que les gens sont restés longtemps au sol. On sait également qu'un tiers des personnes âgées qui n'ont jamais chuté présentent ce type de trouble. C'est une stratégie adaptative inadaptée : les gens âgés qui développent des syndromes post-chutes augmentent en réalité leur risque de chuter, car les stratégies de contrôle postural mises en jeu précipitent les chutes. Ce sont des boucles – chutes, syndromes post-chutes, nouvelles chutes – qui aboutissent très rapidement à des états de grabatérisation ou de restriction majeure de l'activité, hors de proportion par rapport au trouble objectif. C'est précisément dans ce cadre que la stratégie réadaptative, la remise en jeu des systèmes et la réassurance sont très importantes. C'est un domaine qui n'est pas vraiment connu des physiothérapeutes qui prennent en charge ces malades ou ces non malades.

Un Comité européen a proposé des attitudes de type "conférences de consensus", mais le texte n'a pas été diffusé à ma connaissance. Le NAS américain dispose depuis quelques années d'un guideline qui propose plusieurs axes d'orientation et d'information à l'égard des personnes vieillissantes, et de dépistage systématique des troubles de la marche. Les médecins doivent procéder à des interrogatoires systématiques, à des tests fonctionnels très simples comme le "get up and go test". On propose de procéder à ces tests et à des interrogatoires systématiques au-delà de 70 ans, et de faire l'interrogatoire de la demande de chute : une chute, c'est un programme d'entraînement de la marche et de l'équilibre ; pas de chute, c'est une incitation à faire une marche régulière quotidienne d'au moins une heure ; plus de deux chutes et l'on passe à l'enquête sur les facteurs prédisposants, avec examen médical et neurologique.

La rééducation de la marche, de l'équilibre et de la force musculaire a été évaluée comme une stratégie efficace. Il faut rééduquer les trois. Nous avons vraiment des efforts à faire pour former les professionnels de santé à cela. Il faut également procéder à une évaluation et à l'aménagement du domicile. L'arrêt des psychotropes permet de réduire le risque de chute de 40 %. Les actions ciblées permettent également d'obtenir une amélioration de l'ordre de 30 % à 40 % : réduire les activités à risques, corriger la tension artérielle, les troubles visuels, les médicaments, etc. Il convient également de prévenir les conséquences, en prenant en particulier en charge une ostéoporose porteuse d'un risque accru de fracture. Avec un interrogatoire, une sensibilisation et un examen clinique, on parvient à réduire le risque de chute de façon extrêmement significative sans quasiment faire d'examen paraclinique ni rien coûter à la sécurité sociale.

Pour conclure, les actions à mener sont de plusieurs ordres. Il y a des actions à l'égard des patients : information systématique aux personnes de plus de 70 ans ; des actions en direction des médecins généralistes avec une sensibilisation au dépistage des sujets chuteurs et pour faire en sorte qu'ils connaissent les outils d'évaluation du risque ; un effort envers les physiothérapeutes non spécialisés de formation.

### *Les ateliers équilibre de la Fédération française de gymnastique volontaire*

[Projection du film "Les ateliers équilibre de la CRAM de Bourgogn"]

Dr Claude MARBLE, Chef de service de g erontologie, Centre hospitalier Edouard Garcin, Aubagne, membre du comité de pilotage régional des ateliers équilibre de la CRAM-SE :

Y a-t-il un moyen de prévenir les chutes liées aux troubles de l'équilibre ? Comment mettre en place un réseau d'ateliers sur ce thème ? Quels sont les critères qui permettent de vérifier que l'objectif fixé aux ateliers équilibre a été atteint ?

Permettez-moi tout d'abord de faire quelques rappels physiologiques. L'équilibre est sensible au vieillissement car c'est une fonction inconsciente qui fait intervenir des fonctions complexes. La première permet de savoir ce qui se passe à l'extérieur. On distingue trois systèmes : la vue, d'autant que notre vision binoculaire permet de voir en relief ; le vestibule, qui est un organe très important pour nous situer dans l'espace ; l'approprioception, qui est l'ensemble des nerfs qui vont redonner les informations aux systèmes d'intégrations situés au niveau du cerveau : le cortex frontal, le cervelet et le tronc cérébral. L'analyse qui est faite permet au corps de réagir par la voie des nerfs, qui font fonctionner les muscles, qui maintiennent les articulations dans le bon segment de membre. L'individu aura donc une bonne posture. L'objectif des ateliers est de faire travailler ces différents systèmes. L'équilibre peut être amélioré à partir du moment où le travail effectué les stimule réellement.

Compte tenu des résultats très positifs de ces ateliers en Bourgogne, il a été décidé il y a 4 ans de mettre en place un comité de pilotage dans la région PACA pour tenter de les généraliser. Gr ce à la CRAM, à la Fédération française de gymnastique volontaire et à la Délégation régionale de jeunesse et sports, puis à l'implication du Centre hospitalier d'Aubagne et du Centre provençal de médecine du sport, nous avons travaillé à la mise en route de cette action. La première phase a consisté à informer de l'existence future des ateliers. La seconde a concerné la formation des animateurs. Il a ensuite été décidé de créer deux types d'ateliers : l'un à destination de seniors actifs de plus de 65 ans n'ayant pas de handicap ; l'autre pour des seniors en perte d'autonomie, souffrant déjà de problèmes de dépendance et de pathologies. La phase d'évaluation a été concomitante, pour vérifier que ces ateliers, qui ont été étendus à l'ensemble de la région, avaient bien un intérêt.

Le dispositif repose sur la création d'un groupe, au sein d'une commune, pour débuter ces ateliers. Le nombre est de 12 à 15 participants maximum, afin que le travail soit bénéfique. On procède ensuite à des tests initiaux pour évaluer le niveau de départ. Les tests finaux permettront ensuite de vérifier qu'une progression a bien eu lieu. Les séances de travail sont au nombre de 10, généralement au rythme d'une par semaine, et comportent un certain nombre d'actions centrées sur l'équilibre. L'objectif est ensuite de pérenniser ces ateliers pour que le travail se poursuive.

Les tests, notés entre 0 et 4, se veulent suffisamment larges pour évaluer l'ensemble des troubles que l'on peut retrouver dans la vie courante : marcher les yeux ouverts ou fermés, appui bipodal ou monopodal, marche talon pointe, demi-tour, se lever se coucher pour dédramatiser la chute, test "get up and go".

Si l'on se fie à l'ensemble des tests initiaux et finaux, on constate une progression de l'indice dans plus de la moitié des cas. Il y a 2 % de régression et 46 % de stabilité, sachant que certaines personnes avaient, dès le départ, les notes maximales et ne pouvaient donc pas progresser. Nous avons ensuite cherché à établir une moyenne atelier par atelier des chiffres obtenus lors des tests initiaux et finaux. Cela nous a permis de vérifier quels étaient les tests les plus sensibles et à quel niveau une amélioration pouvait intervenir.

Sur les tests unipodaux, nous avons relevé des résultats de départ relativement bas : les gens avaient du mal à tenir debout sur une seule jambe. L'examen final a montré une nette progression à ce niveau. La version talon pointe suit une évolution similaire. Dans le test "get up and go", il n'y a pas beaucoup de facteurs discriminants pour la population des seniors actifs. Il est par contre significatif pour les personnes souffrant déjà d'une perte d'autonomie.

Que peut-on conclure de ces ateliers ? On constate que le test unipodal est généralement altéré initialement, avec une nette progression à la fin. Les séances ont donc été positives. Or on sait qu'il y a 5 fois plus de risque de chute quand le test unipodal dure moins de 5 secondes. Le test "get up and go" apparaît nettement plus discriminant pour une population qui a un handicap. C'est un élément intéressant dans la perspective du maintien à domicile.

Ces ateliers ont-ils un intérêt par rapport aux problèmes d'équilibre ? A partir du moment où le test unipodal s'améliore, on fait diminuer le risque de chute. Par contre, l'impact du coût est encore difficile à évaluer. Mais il y a, de mon point de vue, un intérêt médical certain. J'insiste également sur le fait que ces ateliers jouent un rôle dans la lutte contre l'isolement. La pérennisation n'a pourtant pas toujours été facile à assurer au moment où les communes et les collectivités ont dû prendre le relais de la CRAM.

Comment développer ces ateliers ? Tout d'abord en améliorant l'information, en essayant d'élargir les compétences des animateurs pour qu'ils soient mieux à même de les "vendre", en obtenant des collectivités locales qu'elles les financent car ils sont à mon sens très utiles pour le maintien à domicile et la prévention des chutes.

Pr Philippe PITAUD,

Merci. Nous mesurons l'intérêt d'un travail sur l'individu et ses répercussions sur le lien social, ainsi que les difficultés de pérenniser un travail innovant.

*Le parcours rééducatif, un maillon de la prise en charge de l'autonomie,  
un travail spécifique de prévention des chutes*

Dr Aline BISMUTH, praticien hospitalier, chef de service, Centre gériatrique départemental de Montolivet, Marseille :

Le vieillissement est un véritable problème de santé publique. Le nombre de centenaires double tous les 10 ans. Les derniers recensements ont déjà comptabilisé plus de 8,7 millions de sujets âgés. Dans 30 ans, un habitant sur trois aura au moins 60 ans. A l'échelon local, les plus de 65 ans représentent 17 % de notre population, soit 2 points de plus que la moyenne nationale, qui est de 15,4 %. Les chutes sont responsables de plus de 12 000 décès par an, soit bien plus que tous les accidents de voie publique réunis. Elles représentent 30 % des motifs d'hospitalisation des plus de 65 ans. On estime qu'un tiers des plus de 65 ans et la moitié des plus de 80-85 ans chutent au moins une fois par an, notamment à domicile. Dans un cas sur deux, la peur de chuter survient. Sur 122 chutes suivies au Centre Gériatrique, nous avons mesuré 21 % de fractures, ce qui donne une idée des objectifs à atteindre : il ne faut pas seulement gagner en années de vie, mais également en qualité pour le grand âge. C'est vraiment notre challenge à tous.

La chute est un cas particulier car elle est à la fois cause et conséquence. C'est un véritable cercle vicieux. Elle expose d'autant plus au syndrome de régression psychomotrice qu'elle est itérative et qu'il est difficile de se relever au sol. L'alitement, qui est souvent corollaire de ces chutes, engendre un risque important de fonte musculaire rapide. Sur ce risque se crée de la souffrance, de la douleur, voire une dépression profonde parfois masquée, car la personne âgée n'ose pas toujours la formuler.

Quelques données épidémiologiques correspondent à ce que l'on pourrait appeler des facteurs prédictifs : la diminution de la stabilité pieds joints, l'équilibre monopodal, la diminution de la longueur du pas, la diminution de la vitesse de marche, l'augmentation de la largeur qui correspond à celle des polygones de sustentation. A titre personnel, je placerais un bémol car je constate que beaucoup de personnes âgées ont au contraire, comme phénomène adaptatif, un trop fort rétrécissement : elles sont souvent "es pieds collés". Les deux extrêmes existent donc en matière de modification du polygone. L'augmentation du temps de double appui est un facteur prédictif reconnu. La modification de l'équilibre des appuis également, qui est souvent traduite au début comme une "variabilité" d'appuis : la personne âgée a le sentiment d'avoir un pied moins stable avec une alternance variable. La personne âgée qui a peur présente souvent un syndrome d'hyperventilation indépendant des phénomènes adaptatifs cardiovasculaires liés à l'âge. Des syndromes dépressifs importants sont signalés, et je pense même qu'ils sont sous-estimés. Enfin, les antécédents de chute sont à eux seuls un facteur prévalent.

La méthodologie que nous avons utilisée correspond en premier lieu à une prise en charge dans le cadre d'une orientation médicolégale, à savoir un dossier de constatation de chute. Derrière ce dossier, une fiche de chute en institution nous permet de travailler en épidémiologie pure et de dégager les premiers axes de travail, une stratégie au sein de l'hôpital et la prise en charge sur le parcours. Nous disposons enfin d'un calendrier car tout cela participe d'un programme triennal sur une stratégie de chute, en collaboration avec le service de rééducation que je dirige.

Nous utilisons un bilan de rééducation spécialement conçu pour le parcours. Dans tous les cas, il doit être répété régulièrement. C'est le seul garant de l'optimisation de la prise en charge, du suivi de l'évolution et de l'adaptation des thérapeutiques. Enfin, il permet de mesurer les résultats obtenus. Au-delà de la rééducation, il intègre des paramètres orthopédiques, ORL, neurosensoriels, neuropsychologiques, rhumatologiques, etc. Il existe également des bilans spécifiques : cinétique, kinésithérapie, ergothérapie, etc. Le parcours est également ouvert aux aides-soignants, qui peuvent y accéder pour nous aider à travailler.

En termes d'outils médicaux, nous utilisons un bilan d'équilibre médical. Le bilan général se décline en bilan de rééducation avec bilan de dépendance des membres supérieurs et inférieurs, qui peut se conclure pour nous par un ciblage sur la valeur du risque pour le patient. En cas de risque élevé ou de patient déjà chuteur nous organisons une prise en charge plus ciblée sur le parcours éducatif.

En dehors du bilan et de la rééducation médicale, les épreuves de rééducation comprennent les diagnostics de rééducation spécifique, dont le cinétique avec un score de marche et un score d'équilibre. Il nous faut surtout intégrer dans nos données l'échelle de gravité de la chute, dans la perspective d'une prévention efficace.

Le parcours éducatif a été créé en 2000 au sein du Centre Gérontologique. Le modèle est déposé à l'INPI. Il suit un principe de boucle avec 3 anneaux fonctionnels, dans le souci de rester sécurisant et à échelle humaine. Les aires techniques sont suffisamment groupées pour travailler de façon ciblée. La rééducation fait partie d'une prise en charge qui se veut coordonnée et ciblée par les bilans. Ce n'est pas un parcours de santé. La zone réadaptative de marche est proposée à tous les patients chuteurs valides. La rééducation doit être rassurante, ludique, à la fois complémentaire et hors d'une rééducation classique. Elle permet

une progression dans le travail dans la mesure où les sols peuvent être variés dans certaines zones. Elle est complémentaire à un travail proprioceptif sur certains escaliers. La zone fonctionnelle rééducative "rouge" permet une montée en difficulté sur un travail ciblé technique, avec des aires de redressement. La chute correspond en effet souvent à un manque d'adaptation aux obstacles. Il y a une aire protégée, l'aire de redressement sur barre basse, qui est directement accessible en fauteuil roulant. Elle permet un travail en extérieur même en cas de gros troubles de l'équilibre et avec des personnes très inquiètes. Elle offre un petit espace de marche pour des personnes à autonomie très limitée. Nous avons également des aires de déplacement et d'équilibre sur poutres basses et hautes ; une aire de déplacement sur plateau qui permet de travailler l'articulation de la cheville ; un escalier à pas alternés décalés pour travailler l'ouverture du polygone de sustentation ; une aire de transfert des membres supérieurs ; une zone spécifique de rééducation des membres et des fonctions supérieures qui permet un travail d'équilibre et de lâcher et le passage de la station assise à la station debout.

Le parcours éducatif constitue, pour les patients chuteurs, un maillon dans la chaîne de rééducation et de réadaptation. Il se pratique en extérieur, ce qui est positif pour des personnes souvent anxieuses et déprimées par rapport aux chutes. La rééducation est ciblée et doit être progressive. Nous pratiquons actuellement plutôt une prévention secondaire dans la mesure où nous accueillons des patients hospitalisés et qui ont déjà chuté. Après un bon travail d'épidémiologie, notre vocation est d'intégrer plus largement une prévention primaire en travaillant sur les facteurs de risque et sur un meilleur suivi de nos chuteurs. Le parcours permet un lien privilégié entre les soignants et les familles qui nous accompagnent sur le parcours et qui sont partie prenante. J'espère qu'il sera de plus en plus une passerelle ville-hôpital car nous souhaitons monter un réseau de lutte contre la dépendance. L'association Parcours passerelle vers l'autonomie, a pour but de promouvoir un parcours de rééducation et de réadaptation dans un objectif de filière de soins. Elle vise à faciliter les programmes d'évaluation, à participer à la lutte contre la dépendance et pour le maintien de l'autonomie, notamment de l'autonomie à domicile. Nous espérons mettre la personne âgée chez elle au cœur de ce système. Nous travaillons avec la médecine libérale par l'intermédiaire de l'Union régionale des médecins libéraux, avec le milieu associatif local et national. La municipalité nous apporte une aide au transport - nous sommes en relation étroite avec le CCAS - des subventions d'équipement et de fonctionnement. Nous disposons également de partenaires institutionnels et j'espère aboutir à un partenariat dans un cadre de dotations au réseau avec les tutelles, DDASS, DRASS et CRAM.

Pr Philippe PITAUD,

Une telle action peut permettre de favoriser un vieillissement positif et de qualité.

### *La prévention des chutes par le Qi Gong*

Dr Yves REQUENA, médecin acupuncteur, Aix-en-Provence :

J'ai créé il y a une quinzaine d'années la première école de formation professionnelle en Qi Gong en région PACA. J'ai formé des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmières, des enseignantes, etc.

La prévention des chutes des personnes âgées par le Qi Gong a intéressé le milieu gériatrique à partir de publications américaines, sachant que la publication mondiale porte davantage sur le Tai Chi Chuan. Il n'y a aucune différence entre le Tai Chi Chuan et le Qi Gong, si ce n'est dans la finalité. Le premier, qui est un art martial, utilise les principes du second pour développer une énergie de défense. Le Qi Gong développe l'énergie pour soi,

son bien-être et sa santé. Cela demande une éducation de 108 mouvements qui s'enchaînent et sont difficiles à mémoriser, notamment chez la personne âgée. Nous avons pris le parti de privilégier le Qi Gong dans nos enseignements, mais c'est le Tai Chi qui a fait l'objet de recherches scientifiques et de publications. C'est donc celui que nous allons analyser.

Au cours des 10 dernières années, on relève 73 articles d'études dont 24 concernent les chutes. Les résultats ont fait l'objet de 3 méthodes d'analyse : analyse fonctionnelle, analyse d'équilibre en laboratoire et analyse de comptabilisation des chutes. Les mesures fonctionnelles ont montré que la position d'appui monopodal est améliorée. L'épreuve de Romberg n'est pas modifiée. L'épreuve de la marche ne semble pas être une bonne évaluation de l'efficacité du Tai Chi sur l'équilibre selon le commentateur de cette recherche. Les mesures d'équilibre en laboratoire mettent en jeu une plate-forme posturale, un test de stabilité latérale. Pour résumer les conclusions de cette étude, les résultats sont meilleurs pour les plus jeunes. Cela signifie que si l'on commence le Tai Chi ou le Qi Gong vers 50 ans, cela est meilleur pour la rééducation fonctionnelle et la prévention des chutes que si l'on commence très tard, à 70 ou 75 ans. Il faut un minimum de 40 sessions pour un résultat sur l'équilibre. Chose étonnante : les résultats sont meilleurs pour les hommes que pour les femmes. Est-ce par ce qu'il s'agit d'un art martial, parce que le déplacement est plus masculin ? C'est difficile à dire.

Au moment où nous nous couchons, l'équivalent de la population entière des Etats-Unis se lève en Chine pour pratiquer le Qi Gong, soit plus de 200 millions de personnes. En Chine, il est appelé "la gymnastique de santé et de longévité". Un précepte taoïste dit que "pratiquer Qi Gong, c'est mettre de la jeunesse dans la vieillesse". Le Qi Gong et le Tai Chi Chuan n'ont pas les seules indications de prévention de la chute mais, dans le contexte des personnes âgées, ils ont des indications sur l'ensemble des paramètres neurologiques et psychiques. Une étude suisse a mis en évidence l'action contre l'aspect anhédonique des dépressions. Un gérontologue genevois utilise le Tai Chi pour la prévention des chutes. Cette gymnastique de santé et de longévité s'applique également à la mémoire et à l'humeur, puisqu'elle vise au bien-être et que les personnes sentent s'améliorer et s'accroître leur sérénité. Le Qi Gong et le Tai Chi, au-delà de la prévention des chutes, permettent d'améliorer toute la qualité de vie de la personne âgée.

On compte 18 000 techniques différentes de Qi Gong, qui est beaucoup plus riche et diversifié que le Yoga. Certains Qi Gong sont spécialisés pour la femme, pour l'enfant, d'autres plus adaptés aux personnes âgées, d'autres enfin aux sportifs de haut niveau.

En matière de prévention de la chute, il incombe d'évoquer l'aspect de la marche. Je vais faire quelques mouvements pour vous montrer à quoi ressemble le Qi Gong. Toute la pratique se fait debout. Au fur et à mesure des séances, on remarque que la personne, notamment âgée, est beaucoup plus résistante à la station debout. Il y a donc amélioration de la force physique et de l'équilibre.

### *[Démonstration d'exercices de Qi Gong]*

Dr Yves REQUENA, médecin acupuncteur, Aix-en-Provence :

La marche simple "avancer vers la mer" peut être proposée à toutes les personnes qui commencent à avoir un handicap d'équilibre. Il existe dans le Qi Gong des exercices physiques statiques. Chaque exercice peut avoir un effet préventif sur la chute mais également des effets thérapeutiques spécifiques, comme des effets préventifs sur le système cardio-vasculaire. Les deux dernières marches font partie de ce que l'on appelle "les cinq animaux". Ce sont des Qi Gong sans doute parmi les plus anciens, reliés avec Shaolin et les Kung Fu

animaliers. La "marche de la grue" tonifie et renforce l'activité pulmonaire et respiratoire. La seconde, en relation avec le système neurologique, illustre mon propos du début : si l'on commence tôt, on peut réaliser des exercices plus difficiles qui ne peuvent être proposés d'emblée à des personnes de 70 ou 75 ans.

### *La prévention secondaire des chutes*

Jacqueline CASALI, cadre masseur-kinésithérapeute, Hôpital Cimiez, CHU de Nice :

Je vous propose de définir ce qu'est la prévention secondaire des chutes, d'aborder la manière dont les déficiences s'intriquent quand le sujet avance en âge, les démarches d'évaluation que nous effectuons une fois que le médecin nous a confié un patient, et enfin les démarches thérapeutiques.

La prévention secondaire consiste à dépister et à traiter une atteinte pour prévenir un risque. L'objectif est de freiner voire stopper ces troubles latents. La chute est un événement fortuit, soudain, indépendant de la volonté de la personne, c'est donc un déséquilibre, une faillite des systèmes d'équilibration. Une personne est un ensemble biopsychosocial. Au cours de l'avancée en âge, cette personne physique, psychique et sociale va souffrir de troubles latents qui la fragilisent. Le degré de fragilité qui est dépisté est travaillé pour maintenir le plus possible la personne au-dessous du seuil de perte d'autonomie. Les choses se compliquent quand on s'intéresse aux déficiences, car celles-ci ne sont pas dues au seul vieillissement physiologique. Celui-ci n'est ni le plus important ni même accessible au traitement, du moins pour l'instant. Les pathologies sont intriquées avec ce que les intervenants précédents ont évoqué et que nous, thérapeutes physiques, nommons la "non utilisation" – à savoir des capacités existantes mais qui ne sont pas utilisées – et l'environnement. Comment y voir clair ? Quelle démarche les masseurs kinésithérapeutes utilisent-ils ?

L'éclairage que nous avons porté essentiellement sur les déficiences. Les différents autres acteurs du monde de la gérontologie nous communiquent des informations concernant le patient. Nous essayons de mettre en lumière les déficiences et les incapacités comme les inefficiences et les capacités.

Il y a des déficiences intrinsèques propres à la personne : les troubles orthopédiques, les contractures musculaires, les raideurs et les insuffisances de force, les douleurs, les déficiences de sensibilité, la peur, les déficiences des entrées de l'équilibre, etc. Nous comptons au nombre des déficiences extrinsèques l'environnement humain et matériel qui est souvent inadapté, parfois insuffisant, parfois inexistant.

Au plan visuel, nous évaluons l'oculomotricité, le poids de l'entrée visuelle. Lorsque la vision est brouillée, on constate que les vestibules ne sont pas correctement employés, voire sous-employés. Au niveau vestibulaire, nous évaluons les temps de réponse labyrinthiques. Au plan proprioceptif, nous mesurons différents paramètres comme les variations du centre de pression – la projection du centre de gravité au sol – la consommation d'énergie nécessaire à la station debout, la dépendance visuelle, l'état tonique des muscles des mollets, les oscillations antéropostérieures et latérales et leur fréquence. Le locomètre permet de mesurer la longueur du pas droit et gauche, les temps de double appui, les temps d'appui unipodaux, etc.

La thérapeutique est classiquement curative, préventive et palliative. Dans le domaine de l'évaluation précise des déficiences, nous proposons dans un premier temps des traitements physiques dans une perspective curative. Via ce traitement des déficiences, nous agissons sur les capacités. Nous avons donc une action directe sur le préventif et indirecte, par le biais des capacités, sur le palliatif.

La rééducation obéit aux principes suivants : il est nécessaire de mener un travail le plus précis possible sur les déficiences. Si nous péchons dans la prise en charge des risques de

chute et des chuteurs, il me semble que cela est dû à un manque d'exhaustivité dans la précision de ces déficiences et de leur traitement. Il faut naturellement privilégier le travail des différentes entrées de l'équilibre et la reprogrammation posturale, et rendre le patient compétent dans sa rééducation. Le patient n'est pas dépendant du thérapeute : il est sujet qui devient compétent dans les exercices qu'il a à réaliser pour améliorer son état. Nous sommes parfois amenés à proposer un "coaching", et bien sûr à mettre en place un suivi.

La rééducation oculomotrice s'effectue face à une rampe de diodes de manière à travailler les performances des poursuites visuelles, la précision des saccades des yeux et de la coordination tête-œil. Nous proposons également des exercices de concentration. En ce qui concerne la reprogrammation posturale, nous travaillons la perception de la position du corps, notamment celle de l'axe de gravité. Le massage joue un rôle privilégié dans notre métier et nous n'hésitons pas à y recourir pour faciliter les perceptions et les prises de conscience. Les étirements musculaires, notamment de la chaîne postérieure, sont très importants car ils rendent de la souplesse et de la mobilité. Nous mettons l'accent sur la mobilisation des chevilles, sur la souplesse des orteils et la bonne mobilité des articulations temporo-mandibulaires qui participent de l'efficacité de la posture. Sur plate-forme, le patient prend conscience du mouvement de la projection de son centre de gravité. Il travaille de façon statique, yeux ouverts et fermés, avant que soient introduits des facteurs déstabilisants (mousse, plate-forme mobile). La rééducation de l'équilibre lors des déplacements se fait sur terrain varié, yeux ouverts dans un premier temps. Nous travaillons aussi les yeux fermés et nous avons des moyens de mettre la personne en difficulté, en ajoutant aux déplacements des mouvements des bras et de la tête qui perturbent les entrées labyrinthiques. Il n'y a pas de restriction à l'utilisation des appareils, quels qu'ils soient, au prétexte de l'âge : tout le monde peut s'exercer au trampoline ou au tapis roulant, au stepper ou au vélo. Tout est affaire de dosage.

Après vous être assuré que la voie était libre, je vous propose de vous exercer à marcher dans la rue les yeux fermés, en tournant la tête de droite et de gauche et en levant un bras après l'autre. Vous constaterez que vous avez peut-être besoin d'entraîner votre équilibre.

Toute cette activité précise, analytique, ne peut se conduire que dans le cadre d'une vision globale de la personne, avec non seulement une visée physique mais aussi psychique et sociale. La Fédération de gérontologie du CHU de Nice propose depuis 10 ans un tandem psychokiné dans lequel le patient appréhende la peur de faire dans un même espace temps, avec deux professionnels en même temps. Il peut se dire tout en faisant ou en ne faisant pas, car c'est lui qui conduit la séance. Nous invitons, nous proposons, nous stimulons, nous imposons les automobilisations. La personne est sujet. Il est important qu'elle prenne conscience de ce qu'elle a à faire pour elle-même et non pour faire plaisir aux soignants. Nous distribuons des livrets personnalisés concernant les exercices à pratiquer seul. Nous proposons également des consultations d'ergonomie du domicile, qui participent de la prévention des risques liés à l'environnement. Dans un but de prévention primaire, nous avons également mis en place des ateliers équilibre.

Traiter une atteinte pour prévenir le risque nécessite de scanner méthodiquement et précisément les déficiences et les capacités, de façon quantitative pour cibler des objectifs thérapeutiques précis. Au risque, sinon, de perdre du temps et de l'efficacité et d'entamer la confiance du patient. Il nous faut rendre le patient compétent et lui proposer éventuellement une assistance. C'est une réelle avancée car les chutes ne sont plus perçues comme un événement banal ni par les professionnels ni par les personnes en perte d'autonomie. Si la gravité terrestre et le vieillissement sont inéluctables, la chute n'est pas, de mon point de vue, une fatalité.

## *Les déficits alimentaires liés à l'âge et à la diminution de la mobilité*

Pr Patrice BROCKER, endocrinologue et nutritionniste, Chef de service de gériatrie-médecine interne, Hôpital de Cimiez, CHU de Nice :

Les gériatres connaissent depuis longtemps la dénutrition en milieu hospitalier et institutionnel, les Parisiens ont découvert en 1998 que l'on mangeait mal dans leurs hôpitaux grâce au rapport de Bernard Guy-Grand. Le Plan National Nutrition Santé qui en a découlé veut à la fois dépister et intervenir aussi bien en ville qu'en institution. La dénutrition touche 4 % à 7 % des personnes à domicile au-delà de 75 ans, 30 % à 50 % en institution. Grâce aux nouvelles grilles de dépistage, nous considérons avoir 30 % de patients à risques qui peuvent, si l'on ne fait rien, rapidement devenir dénutris.

La dénutrition a des conséquences extrêmement graves qui peuvent conduire au décès : anémie, diminution des défenses immunitaires, œdème, amniotrophie, asthénie, dépression voire états pseudo-déméntiels, risque accru d'effets iatrogènes des médicaments, sarcopénie et osthéopénie, chutes, fractures, états grabataires, escarres, syndrome de glissement, décès, avec comme corollaire l'augmentation des coûts de soin.

Il faut d'abord former et informer, puis dépister. Il existe actuellement deux échelles de dépistage : l'AQRD et la partie courte du MNA. L'AQRD, validé sur une population de plus de 10 000 Français, présente l'intérêt d'être un auto-questionnaire à remplir par le patient et portant sur 10 questions très simples. Au-delà de 3, il y a risque de dénutrition. Il présente donc un intérêt évident pour le médecin et les services médico-sociaux dans une perspective de dépistage et de proposition rapide d'action.

Le MNA est très utilisé en milieu institutionnel et hospitalier. Au-dessus de 12, le patient va bien. En deçà, il faut faire le MNA complet, qui comporte 18 items. Lorsque le chiffre obtenu est inférieur à 17 – sur un score de 30 – il confirme une dénutrition. Entre 17 et 23, il y a risque de dénutrition. Au-delà de 24, il n'y a rien.

Les dispositifs d'évaluation nutritionnelle doivent être simples et faciles. La courbe de poids est le meilleur indice. Malheureusement, la prise de poids ne concerne en moyenne que 14 % des actes pratiqués par le médecin généraliste, et vient en dernière position des 10 actes les plus pratiqués.

Pour distinguer entre une dénutrition endogène et une dénutrition exogène, on peut s'aider des paramètres anthropométriques mais également des paramètres biologiques comme la CRP, l'albumine ou la préalbumine.

L'ensemble des études menées par les gériatres français a permis de définir des sujets à risque et donc d'évoquer tout de suite un diagnostic :

- L'isolement et la solitude, qui posent le problème énorme du portage de repas à domicile. Le dispositif concerne souvent uniquement le repas de midi, et ne rompt pas l'isolement. Je considère qu'il faudrait plutôt s'orienter vers une solution de transport des personnes dans une brasserie : pour le même prix, elles auraient la convivialité en plus des calories,
- Perte d'autonomie physique et psychique,
- Problèmes bucco-dentaires : 97 % des personnes de plus de 80 ans présentent un état bucco-dentaire déficient,
- Revenus insuffisants,
- Régimes alimentaires aberrants,

- Troubles de la déglutition,
- Surconsommation de médicaments,
- Affections récurrentes,
- Pertes de poids involontaires,
- Anorexie récente,
- Convalescence : celle-ci fait suite à un état aigu pendant lequel il y a obligatoirement eu dénutrition et diminution des réserves alimentaires.

Il est évident que le médecin traitant a un rôle fondamental à jouer. C'est lui qui doit détecter, diagnostiquer et mettre toutes les aides en place pour permettre une alimentation variée, amener des boissons – dont la canicule a bien montré l'importance – encourager l'activité physique, utiliser des services d'aide à domicile, recourir si besoin aux compléments alimentaires, rechercher la cause d'une éventuelle anorexie et proposer des thérapeutiques médicamenteuses voire tout simplement un porto – on obtient ainsi des résultats très efficaces – et des repas fractionnés.

Nous avons la très grande chance de vivre en Provence, et le régime méditerranéen a montré tout son intérêt aussi bien dans certaines formes de prévention du cancer, de maladies cardiovasculaires, dans les problèmes d'hyperglycémie, etc. Profitons-en : c'est à mon sens, avec l'exercice physique régulier, la première démarche de prévention à mener pour l'ensemble de la population. N'oublions jamais que nous sommes les " vieux " de demain et qu'il est temps de faire quelque chose. Si nous le faisons correctement, voilà une image intéressante qui pourrait être celle d'un été indien réussi.

### *L'équilibre hydrique des personnes âgées face à la chaleur*

Pr Jean-Louis SAN MARCO, Directeur du Laboratoire de Santé Publique, AP-HM, Marseille :

Quelle que soit la température, les personnes âgées sont toujours en phase de déséquilibre hydrique et essentiellement du côté sec. La chaleur n'arrange rien.

La caractéristique principale des personnes âgées est qu'elles ne sentent pas la chaleur et ne s'en défendent pas avec la seule arme que nous ayons, à savoir la transpiration. Au départ elles transpirent peu. Au bout de 2 jours, elles ne transpirent plus. Un jeune réagit au contraire très vite, éventuellement très fort, et il n'y a pas de risque à compenser ce phénomène : s'il boit trop, tout excès sera éliminé. Le problème ne se pose pour lui que dans des conditions exceptionnelles : marathoniens l'été, activité professionnelle soutenue (maçons, chaudronniers, etc.). Chez le sujet jeune, c'est la déshydratation qui domine et qu'il faut compenser. Le sujet âgé transpire peu, son capital sudoripare ayant diminué – encore plus chez les femmes que chez les hommes – et étant surtout très fragile : soumis à une agression thermique pendant plus de 48 heures sans repos nocturne, ses capacités sudorales disparaissent. Contrairement au sujet jeune, il ne se déshydrate pas, il chauffe.

Parmi les 15 000 morts de l'été 2003, 90 % étaient des personnes âgées. Sous prétexte qu'il faut remplir les enfants et les adultes jeunes qui se vident et se dessèchent, il ne faudrait surtout pas remplir les personnes âgées par symétrie. Il faut les refroidir, en mouillant leur peau pour remplacer la sueur qu'ils ne fabriquent plus. En associant un ventilateur pour aider à l'évaporation de cette eau, on peut leur faire traverser l'été dans des conditions de sécurité, de confort voire de plaisir.

Si l'on force une personne âgée qui n'a pas soif à boire, elle va se braquer et elle aura rai-

son : vous risquez "au mieux" d'avoir des fausses routes, ou une hyperhydratation, des œdèmes, etc. Ce sont des gens fragiles : si on leur apporte plus d'eau qu'ils n'en ont besoin, ils ne seront pas capables d'éliminer ce surplus. Certains cardiaques et insuffisants rénaux se trouvent exactement dans la même situation.

Les personnes âgées sont donc fragiles devant la chaleur parce qu'elles ne la sentent pas ni ne se défendent par la transpiration. N'aggravons pas leur situation par méconnaissance en les "bourrant" d'une eau dont elles n'ont pas plus besoin pendant cette période que pendant le reste du temps. Il faut remplir les jeunes qui transpirent et qui perdent du liquide, et il n'y a pas de risque de surcharge. Il faut apporter aux personnes âgées, fragiles face à un excès d'eau, la dose régulière dont elles ont régulièrement besoin, mais surtout les refroidir en leur donnant la meilleure climatisation dont nous disposons, la transpiration. Le couple idéal associe un petit brumisateur et un ventilateur qui offre sécurité, confort et plaisir pendant les périodes chaudes.

Pr P.H. ROBERT, Centre mémoire de Ressources et de Recherche, Hôpital Pasteur, CHU de Nice :

Il n'existe pas une mémoire mais des troubles de la mémoire. Les troubles de la mémoire appartiennent à un dysfonctionnement du cerveau et se dépistent.

Il y a différents types de mémoire :

- La mémoire épisodique : Je me rappelle un épisode de mon passé, par exemple le moment où je suis allé skier avec ma femme près de Nice,
- Les connaissances sémantiques : Quand je vais skier, je sais que je dois porter un équipement (chaussures, etc.) et descendre une pente d'une certaine façon,
- La mémoire procédurale, celle des automatismes gestuels : Dès que je suis sur la piste, je sais que je dois faire certains gestes,
- La mémoire de travail, à savoir la capacité de retenir une information (le menu du restaurant d'altitude dans lequel je me suis arrêté).

Ces 4 types de mémoire sont plus ou moins perturbés et évoluent plus ou moins avec l'âge. La mémoire de travail est très perturbante en cas de marche et peut générer des chutes. A côté du vieillissement normal et de l'altération de la capacité de "faire deux choses à la fois", il y a également des pathologies qui entraînent des troubles de la mémoire. Les médias font largement état de la maladie d'Alzheimer, mais il y a également les affections neurologiques, neuropsychiatriques, les maladies vasculaires, les démences fronto-temporales. La mémoire peut également être atteinte dans des pathologies comme la dépression. On rencontre aussi des troubles de la mémoire associés à d'autres facteurs de risque : terrain vasculaire - hypertension artérielle, cholestérol, antécédents d'infarctus du myocarde - diabète, hypothyroïdie, utilisation abusive de médicaments.

La maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées ont pour origine des pathologies ou des dysfonctionnements du cerveau. Elles ne "tombent pas du ciel" et ne peuvent s'expliquer uniquement par des facteurs psychologiques ou sociaux. Ces troubles de la mémoire sont souvent accompagnés de troubles du comportement. Les personnes touchées sont désadaptées dans les activités de la vie quotidienne et c'est ce qui nous gêne le plus.

Les troubles de la mémoire se dépistent, tout d'abord d'une façon très simple via les tests neuropsychologiques. Standardisés suivant l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, ils permettent une évaluation très précise. Le dépistage passe aussi par des techniques plus sophistiquées, en particulier l'imagerie cérébrale. Il est important de dépister pour, si nécessaire, mieux traiter ou mieux proposer des solutions de rééducation ou d'accompagnement.

Sommes-nous, en France et dans la région PACA, équipés pour pratiquer cette évaluation en matière de troubles Alzheimer et de la mémoire ? Vous savez que la maladie d'Alzheimer a fait l'objet de 2 plans dans notre pays, le premier en 2001 et le second pour la période 2005-2007. Chacun d'eux a insisté sur le dépistage, notamment dans les régions urbaines dans lesquelles la fréquence de ce type de troubles est plus élevée. Ils ont mis en avant des lieux de dépistage, soit les consultations mémoire de proximité, soit les centres mémoires de ressources et de recherche. Les consultations mémoire ont pour difficulté de disposer de peu de moyens en termes de neuropsychologues et connaissent des délais d'attente peut-être trop importants. Parmi les objectifs et les projets, je citerais deux points :

- au plan du soin : essayer de coordonner par un dossier commun les différents modes de fonctionnement locaux voire nationaux,
- au plan de la formation : diffuser aux professionnels deux outils, soit une revue de la littérature internationale accessible à tous, soit des formations comme le diplôme interuniversitaire mis en place dans le Sud de la France.

En conclusion, il y a donc différents types de mémoire dont certaines sont altérées au cours du vieillissement normal et d'autres dans les pathologies. Ces troubles de la mémoire sont en relation avec un dysfonctionnement cérébral. On peut les dépister, et nous souhaitons le faire encore plus dans le futur.

*Les problèmes auxquels sont confrontées les familles,  
témoignage d'une soignante*

Ivane THOMAS, Infirmière à domicile, Alpes-Maritimes :

Femme de terrain plutôt que théoricienne, j'ai cependant conscience de l'importance du va-et-vient entre la théorie et la pratique, la seconde donnant sens à la première. L'essentiel de mon exercice d'infirmière s'est opéré à domicile en zone rurale auprès des personnes âgées, tout spécialement ces dernières années avec de plus en plus de prises en charge de personnes âgées désorientées.

J'ai approfondi ma réflexion au cours de diverses formations dont le DU "Education à la santé des patients". J'ai découvert méthodes et outils pour améliorer ma pratique. Je m'attacherai à montrer un cas concret qui illustre la souffrance de toute une famille et les réponses de prise en charge d'une équipe soignante. Nous verrons le bouleversement que la maladie d'Alzheimer apporte dans une famille et la nécessité d'une prise en charge globale au titre de l'accompagnement au quotidien.

M. R., 75 ans, pour qui le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé en 1999, vit avec son épouse à son domicile de vacances situé à une centaine de mètres de la résidence principale de sa fille. M. et Mme R. ont quitté leur domicile habituel pour se rapprocher de celle-ci. Suite à la demande d'aide de la fille, le médecin traitant et moi-même, infirmière coordinatrice, venons ensemble pour une première visite et évaluation, en présence de l'épouse et de la fille de M. R. Nous écoutons longuement leur histoire et leur souffrance, surtout celle de l'épouse. Le patient n'intervient que de façon très incohérente. Nous leur présentons la liste des aides possibles, pour qu'ils les connaissent et puissent y faire appel plus tard : accueil de jour, aide à l'autonomie, CIAD\*, etc.

Mme R. et sa fille demandent la mise en place immédiate d'une aide quotidienne à la toilette par le service de soins, ce qui est fait. Nous accordons une attention toute particulière, dans cette prise en charge, à l'état de bien-être ou de mal-être de l'épouse. L'évaluation est quotidienne et écrite par chaque soignant intervenant. Elle porte sur le patient et sur l'aidant. S'ajoute à cela une réévaluation bimensuelle par l'infirmière coordinatrice et mensuelle par le médecin traitant, plus souvent si nécessaire. Ces réévaluations permanentes favorisent l'écoute de cette famille et de ses besoins au fur et à mesure.

Cette manière de travailler a permis de repérer rapidement la fatigue voire l'épuisement de Mme R., son manque de sommeil, sa lassitude de devoir être toute la journée sur le qui-vive en raison des fugues de son mari. Soutenue par sa fille, elle a fini par accepter l'accueil de jour, d'abord trois fois par semaine, ensuite tous les jours sauf le dimanche. Grâce à cette prise en charge, Mme R. a repris goût à se soigner un peu plus. Elle a pu envisager de réorganiser leur habitat et s'est installée une chambre pour dormir seule, et ce sans culpabiliser mais en étant contente de le faire pour mieux prendre en charge son mari. L'adaptation per-

manente aux besoins s'est poursuivie ainsi de suite, jusqu'à la mise sous tutelle car celle-ci était nécessaire pour des raisons financières. Toutes les aides ne sont effectivement pas prises en compte, et cela coûte très cher. Mme R. a retrouvé par moments le goût de chanter dans la maison, ce qui rassure et apaise son mari et facilite les soins. Un véritable partenariat s'est donc établi entre le patient, sa famille, le CIAD, le médecin et aussi l'accueil de jour qui a proposé de solliciter l'épouse pour réaliser un album photo récapitulatif de la vie de son mari. Ce travail s'est révélé extrêmement apaisant pour M. R., même si cela n'a fonctionné que pendant un certain temps. Tout cela a également permis à sa fille de reprendre son travail à mi-temps.

Ce cas concret me permet de tirer quelques leçons. Le bouleversement de la famille a été matériel, avec un déménagement lié au souhait de s'installer auprès de la fille. En ont nécessairement résulté une forme d'isolement social et une vente de biens. La famille se demande jusqu'où elle devra aller financièrement. Le bouleversement a également été psychologique et social : Mme R. avouait qu'elle ne reconnaissait plus son mari. Elle disait aussi devant lui que la mort valait mieux que cette maladie. Nous avons eu, au sein de l'équipe soignante, une grande difficulté à gérer ce type de phrases. Mais l'état dépressif de l'épouse a vraiment pu être pris en compte. Cela ne fait pas tout, mais cela aide quand même.

\* CIAD : Centre d'Information et d'Accueil Départemental

L'observation quotidienne de l'équipe soignante a permis de prendre en compte au fur et à mesure l'expression de cette détresse et de ne pas la laisser s'installer. Je pense que cette observation doit être écrite car cela permet un partage de l'information au sein de l'équipe comme avec la famille. Celle-ci a toujours eu la possibilité d'écrire si elle le souhaitait, comme nous lui avons toujours demandé si elle était d'accord avec ce que nous écrivions.

Tout ceci a permis la mise en place de solutions que je crois adaptées. Nous avons constaté que Mme R. devenait agressive par manque de sommeil et par lassitude. Nous lui avons rappelé que l'accueil de jour pouvait être mis en œuvre progressivement. Une fois qu'elle a pu le réaliser avec l'aide de sa fille, elle a retrouvé une certaine joie de vivre et son mari en a bénéficié. Le malaise déclenché par des phrases comme celle que j'ai précédemment citée se répercute au sein de l'équipe et doit être partagé. Cela passe par des formations, pour qu'une écoute bienveillante se mette en place et permette à cette dame et à sa fille d'établir une nouvelle relation avec leur époux et père, en ne vivant plus uniquement dans le souvenir de ce qu'il était. Ce n'est pas facile.

En conclusion, je souhaite partager avec vous des réflexions de sa femme et de sa fille. Sa femme déclare : "Depuis un an, je comprends mieux ce qu'est la maladie qui l'a changé. Je ne lui en veux plus. Avant, je croyais qu'il se moquait de moi. Maintenant je m'y prends mieux, je suis plus calme et cela va beaucoup mieux aussi pour lui. Il est plus content". Cela montre l'importance de mieux comprendre pour mieux vivre cette maladie. La fille a eu la réflexion suivante : " Ce qui est intéressant dans cette maladie, c'est qu'elle met les rapports humains à plat. Tout est à vif. C'est là qu'on voit les sentiments et l'attachement que nous avons les uns pour les autres. C'est une expérience, ça pousse tout à l'extrême, ça nous rend plus forts, ça donne sens. Cette maladie a du sens ". Je trouve que c'est une belle leçon.

*Echanges avec la salle*

Dr Patrick GOMEZ, médecin responsable du Centre d'examens de santé de la CPAM du Var

Ma question s'adresse au Professeur Robert. Votre présentation montre que la maladie d'Alzheimer est particulièrement fréquente : j'ai noté près de 12 000 cas dans le Var pour

1999. Compte tenu de la gravité de cette pathologie, nous sommes devant un véritable problème de santé publique. Vous nous avez encouragés à promouvoir un dépistage précoce. Comment procéder, suivant quel référentiel, par qui le faire pratiquer, quelle prise en charge pour les cas positifs ainsi dépistés ?

Pr P. H. ROBERT, Centre Mémoire de Ressources et de Recherche, Hôpital Pasteur, CHU de Nice :

Qui et comment dépister ? J'ai cité les consultations mémoire de proximité, qui sont fortement stimulées par les deux plans. En parallèle, il y a les maisons de retraite, les EHPAD, les praticiens qui essaient de développer ce type d'évaluations. Celles-ci nécessitent des moyens complémentaires que nous espérons obtenir. Une fois que le dépistage est effectué, nous disposons désormais de médicaments qui permettent au moins de stabiliser les troubles. D'énormes progrès ont également été accomplis en ce qui concerne les informations qui doivent être fournies aux personnes, et les conseils à donner. Le premier plan sur la maladie d'Alzheimer exprimait le souhait que soit mis en place un programme d'aide et de soin. Ce plan a été élaboré et est en cours de validation. Il sera ensuite mis à la disposition des praticiens et distribué dans les CLIC, contribuant à une meilleure information.

Un intervenant, bénévole associatif dans le secteur gérontologie à Marseille :

L'un des risques liés à l'avancée en âge me paraît avoir été jusqu'à présent omis. C'est ce que j'appelle le "stress affectif", sujet récurrent depuis plusieurs années et que nous constatons sur le terrain. Il s'agit du lien relationnel qui existe entre les personnes âgées et leurs enfants, petits-enfants, voire arrière petits-enfants. Le psychosomatique est important et ce stress de l'affect est à l'origine de nombre de risques liés à l'avancée en âge. Il conviendrait de se pencher aujourd'hui sur cette question, notamment dans la perspective du papy boom qui s'annonce pour les années 2020.

Je prendrais deux exemples extrêmes : le premier concerne un monsieur de 66 ans, ancien artisan retraité de fraîche date, divorcé à l'âge de 50 ans et remarié, et auquel ses deux filles interdisent la visite de ses petits-enfants en raison de leur désaccord à propos de son remariage. Conséquence : ce monsieur s'adonne à la boisson, ce qui engendre des problèmes comportementaux, des chutes, une neurasthénie constante et un syndrome de glissement en cours d'installation.

Le second concerne une dame de 67 ans environ, qui a travaillé toute sa vie et élevé seule ses deux enfants pour cause de veuvage précoce. Considérant qu'elle est disponible, ses enfants font aujourd'hui appel à elle d'une manière continue pour la garde des petits-enfants, sans se préoccuper en aucune manière de sa vie propre et de son bien-être. A tel point qu'elle souffre de malnutrition et que le surmenage a provoqué un accident cardiovasculaire. Ces deux exemples illustrent l'importance de ce problème, qui devrait entrer dans le cadre du traitement du risque lié à l'avancée en âge.

Dr Arnaud CASTIGLIONI, chef de service, Hôpital Valvert, Marseille :

Il est évident que l'avancée en âge s'accompagne, dans notre société, d'une souffrance psychique qui n'est pas encore suffisamment prise en compte et qui explique l'importance des syndromes dépressifs et des suicides dans la population âgée. C'est tout le problème de la prévention primaire, qui reste encore insuffisamment développée.

Nicolas HUBERT, Association ACSSQ, Hautes-Alpes :

Nous travaillons à rompre l'isolement des aînés en milieu rural. Il a été question tout à l'heure de pérennisation, mais je n'ai pas beaucoup entendu parler de financement. Les petites communes ont peu de moyens et il serait intéressant de mutualiser les démarches de l'en-

semble des acteurs qui travaillent auprès des aînés, pour permettre aux associations d'intervenir dans la durée. Le lien social à la préservation duquel elles contribuent participe en effet du bien-être et du soin.

Par ailleurs, je voudrais insister sur le volet communication qui me paraît essentiel : les aînés ont besoin de communiquer et de retrouver du sens à ce qu'ils font. Il est donc fondamental que nous disposions de professionnels dans tous les milieux ruraux pour favoriser les projets de vie, aussi petits soient-ils, de tous les individus.

Pr Philippe PITAUD,

En tant que président d'association, je confirme que la pérennisation de financements est effectivement une question ardue.

En ce qui concerne la seconde partie de votre intervention, j'encourage mes étudiants à s'installer en milieu rural.

## TABLE RONDE N°2 : LE LIEN SOCIAL ET LA QUALITE DE VIE

*Quelles réponses à la solitude des personnes âgées ?*

Pierre CHAUVIN, Chef du service Solidarités, Santé et Prévention, Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur :

Le Conseil Régional PACA a souhaité, l'été dernier, mener une expérience à partir de la question essentielle du lien social. Chacun sent que la prévention des risques liés au vieillissement n'est pas qu'une affaire médicale, mais qu'elle est avant tout conditionnée par le maintien de l'insertion de la personne âgée dans la société.

Le vieillissement se double de plus en plus souvent d'un profond facteur d'isolement. Etre isolé, c'est voir se briser autour de soi tout ce qui vous reliait jusqu'à présent au monde extérieur, non seulement à la famille mais également au voisinage. Si la canicule a été le facteur déclenchant de la catastrophe sanitaire de l'été 2003, la cause essentielle en a en grande partie été l'isolement de plus en plus de personnes âgées.

Si les Conseils Régionaux n'ont aucune compétence légale en matière d'accompagnement des personnes âgées, ils jouent néanmoins un rôle plus général en matière de maintien de la cohésion sociale. Dans cette optique, l'avenir de la personne âgée ne peut absolument pas être négligé. C'est ce qui explique que la région ait mis en place un certain nombre de soutiens ponctuels en faveur de l'accompagnement des personnes âgées. Nous avons souhaité aller plus loin au cours de l'été 2004, en permettant à des associations de terrain spécialisées dans le maintien à domicile de faire appel à des jeunes pour assurer, en complément de leurs missions traditionnelles, une présence humaine, un accompagnement, une écoute, une parole, auprès d'un certain nombre de personnes âgées. Cette action était prioritairement destinée aux personnes âgées les plus isolées et les plus précaires, ce qui n'est d'ailleurs pas toujours aisé à déterminer. Nous avons donc permis le recrutement du 15 juillet au 31 août de 35 jeunes par 7 associations dans 4 villes de la région, Nice, Toulon, Marseille et Avignon. Nous avons délibérément laissé de côté, dans le cadre de cette expérimentation, la question de la réponse à l'isolement en milieu rural, qui est capitale et à laquelle il nous faudra nous consacrer à l'avenir sous des formes qui restent à déterminer.

Les jeunes se sont rendus au domicile des personnes âgées. Nous avons comptabilisé environ 400 bénéficiaires de ces visites régulières, à raison de 1 à 3 par semaine et de 40 à 50 minutes par visite. Je répète que ces jeunes n'avaient pas pour mission d'accomplir les tâches qui relèvent des métiers traditionnels de l'aide à domicile. Nous avons fait le bilan de cette campagne à partir du mois de septembre, non seulement en interrogeant les associations mais également les jeunes participants et un maximum de bénéficiaires.

Au regard de nos objectifs initiaux - contribuer à rompre l'isolement des personnes âgées et développer les liens intergénérationnels - nous constatons que cette action a permis de répondre à un réel besoin de la part des personnes âgées. Les jeunes ont également vécu cette expérience tout à fait positivement, comme une plongée dans le monde des aînés. Au-delà de l'aspect matériel et médical, l'apport humain est manifestement absolument nécessaire. Il faudra voir comment développer cette démarche avec d'autres partenaires. Cette expérience ne doit cependant pas nous faire oublier que le maintien à domicile des personnes âgées passe par le développement et la meilleure qualification des métiers traditionnels de l'aide à domicile, qui doivent être revalorisés. Nous avons le grand désir que l'expérience que je viens de présenter ne fasse pas passer au second plan cette priorité qui ne relève pas du Conseil Régional mais pour laquelle celui-ci se sentira de plus en plus impliqué en termes de forma-

tion. Quant aux suites à donner à notre expérience de lien social par le développement inter-générationnel, nous poursuivons l'analyse des résultats. Nous souhaitons que le maximum d'acteurs concernés contribue à cette réflexion pour voir comment cette expérience pourrait trouver de nouveaux prolongements, très certainement pas à la seule initiative de la région mais par la mise en place de partenariats et de réseaux avec des associations ou d'autres institutions.

*Ecoute et accompagnement psychosocial des personnes âgées isolées :  
l'exemple d'Allo Services Personnes Agées à l'Institut de gérontologie sociale*

Michèle HERMAND, Coordinatrice de projets, IGS, Marseille :

L'action Allo Services Personnes Agées existe depuis 3 ans au sein de l'IGS et est financée pour cette année par la Fondation de France, la Fondation Bruneau et la Fondation des Caisses d'Epargne.

L'IGS, créé en 1981 et appuyé par la région, accueille toutes les personnes dès 60 ans, dès 50 ans pour celles qui se trouvent en situation de précarité. Son action s'exprime au travers d'une prise en charge globale de la personne âgée, par l'intermédiaire d'un accompagnement médical, social et psychologique. Ses valeurs sont fondées sur l'inscription de la personne âgée dans une dynamique citoyenne, avec et parmi nous.

- L'IGS propose un service médical (bilans de santé gériatriques annuels et gratuits, bilans préventifs, tests mémoire). Cette action s'accompagne d'une éducation au bien vieillir, avec distribution de plaquettes d'information.
- Nous avons un service social constitué par le dispositif d'écoute Allo Services Personnes Agées.
- Le service psychologique propose un accompagnement à domicile et, depuis novembre 2003, l'accompagnement des aidants familiaux comme aide au répit. Et ce dans le cadre de la prise en charge des parents de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles cognitifs apparentés.

La création d'Allo Services Personnes Agées est liée à une grande souffrance exprimée par le public âgé et découlant de problèmes d'isolement dont l'origine est plurielle : problèmes de santé, situations de rétrécissement social, deuil des proches, problèmes financiers, fort sentiment de solitude, d'inutilité sociale allant jusqu'à l'exclusion. Quelles que soient les catégories socioprofessionnelles, un vécu douloureux en termes de solitude émerge autour des personnes âgées. La plupart des personnes âgées seules, en souffrance et sans lien, restent chez elles. L'équipe a donc décidé de recréer toute une dynamique sociale à partir d'une écoute téléphonique et en plaçant la personne âgée au centre de ses préoccupations, lui offrant ainsi une possibilité d'ouverture au monde. Ce service représente une action d'intégration du sujet âgé dans la vie de la cité.

Fort de 3 ans d'existence, Allo Services Personnes Agées bénéficie déjà d'un recul important. Il se développe en deux pôles, l'un consacré à l'information, l'autre à l'écoute.

Le pôle information est une plate-forme de renseignements. En fonction des appels émanant de personnes âgées mais aussi des familles ou de l'entourage proche, nous orientons vers les référents professionnels de la façon la plus efficiente et la plus adéquate possible, et ce en évaluant au mieux la situation qui nous est décrite. Les questions touchent aux soins médicaux et paramédicaux, au soutien à domicile souvent, à l'animation, à la maltraitance – qui est un volet important des appels que nous recueillons – aux problèmes administratifs et financiers.

Comment les personnes âgées isolées ont-elles connaissance de l'existence du pôle écoute ? Notre pôle information constitue déjà un premier filtre. Le relais peut également se faire par le biais de l'ensemble de nos services internes et de l'ensemble de nos partenaires issus du champ gérontologique. Notre communication se fait par voie de presse – presse écrite, radio – mais aussi via de nombreuses réunions partenariales. Il convient de préciser que nous attachons une très grande importance au fait que le sujet âgé vienne vers nous, qu'il soit demandeur de la mise en place de cette écoute téléphonique. Nous n'imposons rien, en aucun cas.

Concrètement, nous proposons aux personnes âgées une écoute hebdomadaire faite par l'ensemble de notre équipe de bénévoles. En retour, les personnes âgées peuvent nous téléphoner selon leurs convenances. Nous poursuivons notre action au-delà de tout changement pouvant intervenir dans la vie des personnes qui nous sollicitent : hospitalisation ou entrée en maison de retraite par exemple. Nous offrons donc à ces personnes un temps de parole convivial afin qu'elles puissent verbaliser, se confier, exprimer les diverses préoccupations de leur existence et surtout se sentir écoutées et exister. Elles parlent librement : cette liberté est permise par le lien neutre que représente l'ensemble de nos intervenants. Au fil du temps, nous constatons qu'un lien de confiance s'établit avec ces personnes et qu'il est double : très précieux, il place les écoutants en interlocuteurs privilégiés de la personne : efficace, il permet de repérer les difficultés essentielles auxquelles sont confrontées les personnes âgées et d'y remédier, puisque nous disposons de l'infrastructure nécessaire pour répondre à l'ensemble des problématiques. De façon globale, Allo Services Personnes Agées constitue réellement une force de veille sociale.

Les thèmes que nous rencontrons sont les suivants :

- La famille : peur de déranger les enfants, absence et très grand éloignement des enfants et des petits-enfants, maltraitance souvent. Si nous n'intervenons jamais à la place de la famille, nous faisons souvent force de souffle affectif.
- La santé. Les personnes âgées souffrent d'un cumul de pathologies qui les entraîne dans une spirale d'isolement : difficultés d'organisation du quotidien et surtout absence de sorties pénalisante et cause de dépression.
- Nous faisons également face à de nombreux questionnements, à des inquiétudes, des bouleversements psychologiques concernant l'entrée en maison de retraite. Nous affrontons un mauvais moral souvent lié à l'absence de goût de vivre, à l'envie de mourir. Malheureusement, ces thèmes se cumulent souvent dans la vie des personnes suivies.

Allo Services Personnes Agées offre un réel soutien moral, social, psychologique, et permet au-delà une veille sociale. Avec 3 ans de recul, nous avons pu constater les limites du dispositif : au bout d'un moment, les personnes âgées souhaitent nous rencontrer et sont très demandeuses de visites et de présence physique à leur domicile. Nos bénévoles se déplacent dès que cela est possible et de manière assez régulière. Nous faisons appel à des organismes spécialisés dans la mise en place de ce type de prestations. Nous organisons chaque été une fête annuelle en faveur des personnes âgées que nous suivons. De nombreux liens se créent à cette occasion. De façon générale, l'ensemble de l'action Allo Services Personnes Agées – cette fête, l'équipe des bénévoles, les professionnels – participe à la construction d'une œuvre d'humanisme et de cohésion sociale, par sa lutte contre l'isolement et la solitude des personnes âgées et par l'inscription du sujet âgé dans une dynamique citoyenne, avec et parmi nous.

*Environnement social et qualité de vie des personnes âgées :  
la contribution de la CRAM-Sud Est*

Françoise BAUDIN, assistante sociale régionale, CRAM-SE :

L'histoire de la protection sociale et des organismes qui la mettent en œuvre montre que

l'action sociale est une préoccupation constante, au-delà des prestations qui sont délivrées. Aussi bien l'assurance maladie que l'assurance vieillesse mobilisent des moyens humains et financiers importants pour développer une politique volontariste en faveur notamment des retraités, politique au plus près de leurs préoccupations et de leurs besoins.

La population des retraités est loin de l'image idéale qui est véhiculée. Les retraités ne sont pas tous jeunes, actifs et en quête d'utilité sociale. Le mode de vie avant la retraite détermine en grande partie celui que l'on aura pendant la dernière étape de sa vie. Le milieu social au sens large étant un facteur essentiel du mode de vie à la retraite, le modèle du jeune retraité actif semble donc surtout correspondre aux catégories socioprofessionnelles supérieures et à une partie des classes moyennes. Quand on les interroge individuellement, les préoccupations des retraités sont, par ordre de priorité, les suivantes :

- La santé : Si la majorité des personnes bénéficie d'une couverture sociale de base et complémentaire, donc d'un accès aux soins correct, la notion de prévention est rarement prise en compte. Je cite le CLEIRPA : "Il reste néanmoins un long travail de sensibilisation à réaliser pour que la prévention du vieillissement ne soit pas perçue de façon négative et pour que les retraités soient mieux informés quant aux démarches à accomplir pour avoir accès aux services à domicile".
- Le niveau de vie à la retraite,
- La qualité des relations sociales : Si ce point n'est pas identifié par les personnes comme un réel problème, le CLEIRPA souligne que "l'image du retraité très sociable qui sort très fréquemment et qui a de nombreuses fréquentations de toutes générations n'est pas illusoire mais elle reste minoritaire. Si des retraités parlent de relations sociales régulières avec des amis, des proches, des voisins, ils sont plus nombreux à avouer ne fréquenter qu'un cercle restreint de personnes. Une partie non négligeable des retraités interrogés sort peu ou pas du tout et n'entretient des relations régulières qu'avec quelques membres de leur famille".

Ces quelques éléments montrent l'intérêt qu'il y a à se mobiliser sur les domaines de la prévention et de la vie sociale. Nous allons brièvement rappeler l'action de la CRAM avant d'illustrer par deux exemples les nouvelles actions réalisées.

L'action sociale de la CRAM s'appuie sur le service action sociale - 30 M € de budget pour 2004 destinés au financement de services individuels ou collectifs, 250 professionnels dont 150 assistants sociaux - dont les domaines d'intervention sont les suivants : l'accès aux soins (dont nous avons vu qu'il était la première préoccupation des retraités), la prévention de la désinsertion professionnelle, la prévention et le traitement de la perte d'autonomie. Pour mettre en œuvre ces missions, les deux caisses nationales maladie et vieillesse ont déterminé en 2003 un plan d'action de préservation de l'autonomie décliné en 5 actions : prévention des chutes, nutrition, aide aux aidants, aide au retour à domicile après hospitalisation, personne handicapée vieillissante.

Sabine SCHANG, responsable du bureau d'études et de recherches, CRAM-SE :

J'aborderai essentiellement deux des axes du plan de préservation de l'autonomie : l'aide aux aidants et l'aide au retour à domicile après hospitalisation.

Je voudrais rappeler en préambule combien il nous semble important de nous occuper de la personne âgée dans sa globalité, et donc de tenir compte de son environnement. Cela implique pour les professionnels d'articuler toujours davantage les sphères sanitaires et sociales. Les deux thèmes que je vais évoquer peuvent, à première vue, paraître éloignés de la prévention précoce. Ils s'intègrent dans une logique de prévention secondaire permettant d'accompagner des périodes de fragilisation de l'individu et de tenter d'en atténuer les risques.

L'objectif de l'aide au retour à domicile est de faciliter le retour des personnes âgées après hospitalisation. Quel qu'en soit le motif, l'hospitalisation, y compris les très courts séjours pour des personnes bien portantes, fait partie des situations de rupture qui peuvent être à l'origine d'un basculement. A partir d'un diagnostic de récupération établi au sein de l'établissement de soin, un accompagnement et la mise en œuvre d'un plan d'aide adapté à la

période de retour à domicile et complémentaires aux soins permettent un retour plus serein et un rétablissement plus entouré. Cette expérimentation actuellement en cours avec une quinzaine de sites hospitaliers sur l'ensemble de la région PACA et la Corse ne concerne pas les situations de dépendance installée.

Le dispositif fonctionne comme suit : Une évaluation de la situation et des besoins est réalisée par le service social de l'hôpital avec lequel nous travaillons en étroite articulation, en lien avec les services médicaux de l'établissement. Un suivi à domicile est mis en place par le service social de la CRAM pendant les premiers mois qui suivent l'hospitalisation et une aide financière destinée à prendre en charge les dépenses liées aux besoins repérés – aide ménagère, garde de nuit, petits aménagements – peut être versée. Nous venons d'étendre le panier de services, dont la prise en charge est d'une durée maximum de 3 mois et qui peut désormais également porter sur le portage à domicile, l'installation d'un service de téléalarme, la livraison de médicaments ou de courses, le passage itinérant la nuit, etc.

Au sein de l'hôpital, le dispositif nécessite une bonne articulation entre le médical et le social et, par ailleurs, une très grande réactivité des services sociaux et administratifs de la CRAM ainsi que des différents services d'aide à la personne impliqués dans la démarche. Le premier bilan de cette expérimentation s'est révélé tout à fait positif. En prenant en compte les besoins globaux de la personne âgée, son environnement, le lien social est mieux préservé. La cohérence entre le médical et le social contribue à la qualité de vie de la personne à l'occasion des retours à domicile. La démarche devrait être probablement étendue voire généralisée en 2005, avec un enjeu de taille qui induira des ajustements des formes d'intervention.

L'aide aux aidants est le second point que j'aborderai. Le maintien à domicile d'une personne âgée repose le plus souvent sur un proche (conjoint, enfant) lui-même déjà âgé et qui assume de nombreuses tâches et soins, y compris lorsque des professionnels médicaux ou sociaux interviennent. Ces proches devenus aidants jouent un rôle prépondérant dans la continuité et la cohérence de la prise en charge. Leur équilibre physique et psychologique, leur degré d'information sur l'environnement de la personne âgée, son évolution, les aides possibles, sont autant d'atouts pour un maintien à domicile de qualité. Au-delà de l'information, la démarche doit également créer du lien social et éviter l'isolement des aidés comme des aidants. Il faut soutenir les aidants familiaux qui assistent au quotidien leur parent ou conjoint âgé ou malade, de façon à prévenir les situations de crise gérontologique en proposant des moments de répit à l'aidant, en favorisant la poursuite du lien social avec son environnement, en développant des interventions de groupe à leur intention.

La CRAM intervient sous forme de séances thématiques qui regroupent des informations sur les aides à domicile, l'organisation de la vie quotidienne, l'alimentation, la prévention des chutes, les postures, une approche médicale de la dépendance, les aspects psychologiques. Très concrètement, des groupes d'aidants d'une douzaine de personnes se rassemblent une fois par mois pendant 6 à 8 séances animées par des assistants sociaux CRAM, avec l'intervention de professionnels spécialisés dans chacun des domaines. Les thématiques sont abordées en fonction des besoins repérés et de ce qui est dit et entendu, de la parole des aidants.

Cette démarche est en cours d'expérimentation dans chaque département de la région PACA et Corse. Nous envisageons de démultiplier ces actions sur l'année à venir.

### *Le suicide de la personne âgée*

Dr Arnaud CASTIGLIONI, Chef de service, Hôpital Valvert, Marseille :

Pourquoi parler du suicide de la personne âgée ? Les chiffres parlent d'eux-mêmes : en 2003, dans la plus grande indifférence, 3 500 personnes âgées de plus de 65 ans se sont sui-

cidées, soit le tiers de l'ensemble des décès par suicide dans la population française. Nous nous disputons avec l'Autriche le triste privilège d'occuper la première place européenne en la matière. D'autant que ce chiffre de 3 500 est généralement estimé comme très inférieur à la réalité, de 30 % selon certains, car ces statistiques sont établies à partir des certificats de décès remplis par les médecins et qui sont très peu fiables. Beaucoup de suicides masqués sont attribués à d'autres causes : accidents de la circulation, accidents domestiques, accidents médicamenteux. Parfois, la cause de suicide n'apparaît pas à la demande des familles, car elle a une connotation honteuse, parce que la prime de l'assurance vie est mino- rée, etc. Il faut également inclure dans les suicides non déclarés les équivalents suicidaires : refus de traitement actifs ou passifs, états régressifs, syndromes de glissement, conduites addictives.

Le nombre de suicides chez la personne âgée est donc extrêmement élevé. On s'aperçoit par ailleurs qu'il existe une nette prédominance masculine (68 % d'hommes pour 32 % de femmes), une disparité régionale extrêmement nette (les régions rurales sont les plus tou- chées). Le suicide chez la personne âgée revêt également souvent un aspect extrêmement radical. Les moyens les plus violents sont les plus utilisés : pendaison, arme à feu, noyade, précipitation (défenestration en zone urbaine, précipitation dans les puits en zone rurale) au détriment des intoxications, médicamenteuses ou non, qui passent pour rares, sans doute parce qu'elles sont méconnues de la statistique. Il existe certaines formes particulières de sui- cides propres au sujet âgé : pactes suicidaires et euthanasie active ou passive.

Pourquoi ces chiffres si élevés de suicides ? Notre société occidentale post-industrielle et post-moderne est particulièrement génératrice de souffrance psychique. Celle-ci aboutit à des états dépressifs mal diagnostiqués et mal traités, donc à des suicides.

Dans notre société, la vieillesse est source de souffrance psychique. C'est la période des per- tes dans les domaines du corps, de la famille, de la société, c'est aussi celle des événements traumatisants méconnus ou évidents. Notre société idéalise l'image du corps jeune, musclé, bronzé. Les personnes âgées sont rarement sollicitées pour faire la publicité d'un club de vacances ou d'une marque de voitures. Le vieillissement, marqué par une altération des facultés sensorielles, de la puissance intellectuelle, de la puissance motrice et sexuelle, du pouvoir de séduction, va tout à fait à contre-courant de cette image idéalisée.

Plus on vieillit et plus les pertes sont nombreuses dans la famille et l'entourage proche : conjoint, proches, amis, enfant parfois. L'éloignement, le manque de disponibilité des enfants jouent également, comme la nécessité de quitter le domicile et le placement en insti- tution. D'une manière extrêmement concrète, c'est l'étape ultime de la vie. Même s'il est parfois possible d'amener avec soi quelques meubles et objets, on abandonne tout ce que l'on a accumulé au cours de sa vie.

Rarement société humaine a été, autant que la nôtre, à l'origine de l'isolement, de la perte de rôle et de statut social du retraité. Cela s'accompagne très souvent d'une diminution du pouvoir d'achat liée à la baisse des revenus et au coût de la dépendance. Très souvent, ce sont les dépenses de loisirs qui sont sacrifiées, les activités qui permettent d'avoir des rela- tions sociales. Le décès des contemporains joue également, même si c'est un facteur sou- vent méconnu. Ces deuils qui concernent des artistes, des hommes politiques, sont chargés d'une symbolique extrêmement importante. La perte des ultimes repères d'une génération annonce sa propre fin.

Au-delà des pertes, la vieillesse est aussi la période des événements traumatisants. Certains sont évidents : décès ou maladie d'un proche, éloignement temporaire ou définitif d'un pro- che ou d'un aidant, moindre ou faible disponibilité des proches, déménagement ou départ en institution, hospitalisation, agression dans la rue ou au domicile, maladies brutales invali- dantes, etc.

D'autres facteurs sont moins évidents et souvent négligés : chutes, douleurs physiques non

exprimées, conflits familiaux très souvent méconnus, exigences financières des proches, handicaps vécus "comme on peut" – incontinence, perte de mémoire – sévices en famille ou en institution, mort d'un animal familier, évènements symboliques importants : anniversaire du décès du conjoint, anniversaire du départ de la maison du dernier enfant, etc.

En règle générale, aucun de ces évènements n'est à lui seul suffisant pour provoquer une décompensation dépressive et un suicide. Celui-ci procède toujours de l'addition de différents éléments : problèmes de santé, situation sociale difficile, évènement traumatisant, terrain particulier avec personnalité prédisposante. La dépression qui s'ensuit, rarement bien diagnostiquée et traitée, pourra aboutir au suicide.

Quelle prévention proposer ? La prévention primaire passe par la prise en charge sociale appropriée des personnes âgées, qui relèvent non du médical mais de l'associatif et du politique. Il faudrait peut-être tout simplement changer notre société mais c'est certainement une utopie. La prévention secondaire concerne plus directement le médecin. Elle consiste en la mise en œuvre de mesures destinées à éviter un mal sur le point de s'installer, ici la dépression. Il y a un paradoxe en France. Nous sommes le pays au monde qui consomme le plus d'antidépresseurs mais aussi celui dans lequel la dépression est la plus mal diagnostiquée et soignée. Cela est particulièrement vrai à propos du sujet âgé, car la dépression du sujet âgé est extrêmement rarement diagnostiquée. Tous les symptômes sont attribués au vieillissement et l'on se heurte à la résignation, à l'indifférence, à la négligence et à leur banalisation par l'entourage et, ce qui est plus grave, par le corps médical lui-même. La personne âgée ne s'intéresse plus à rien, elle ne sort plus faire son jardin, elle reste toute la journée sur sa chaise ? C'est normal : elle a 80 ans, elle a vécu sa vie, que voulez-vous qu'elle fasse de plus à cet âge-là ? Elle ne sort plus promener son petit chien ? C'est normal : elle a des rhumatismes, cela lui coûte un effort. Elle est triste, elle a envie de se suicider ? C'est normal : à 85 ans, que voulez-vous qu'elle ait encore comme espoir ?

La difficulté est encore aggravée par le fait que la dépression du sujet âgé est non seulement peu diagnostiquée mais que les tableaux cliniques sont rarement des tableaux typiques et revêtent des aspects tout à fait difficiles et trompeurs, qui posent beaucoup de problèmes de diagnostic. La banalisation et la difficulté toute particulière de diagnostic de la dépression chez le sujet âgé expliquent sans doute la prise en charge insuffisante et le taux très important de suicides.

Comment faire cette prévention secondaire ? Certainement en se préoccupant de la formation des médecins, des intervenants formels ou informels. La personne âgée consulte rarement un médecin et encore moins souvent un psychiatre. C'est l'entourage qui doit alerter le soignant et pousser le sujet déprimé à consulter. Je pense à la famille, aux soignants. D'autant qu'il existe des critères d'évaluation du risque suicidaire auxquels pourraient être sensibilisés les intervenants à domicile, les aides ménagères, les services de portage de repas, toute la nébuleuse associative qui intervient dans le maintien à domicile : âge de 80 ans, sexe masculin, statut social marqué par l'isolement et le veuvage, maladies psychiques ou dépressives, personnalité fragile, atteintes physiques, douleurs chroniques... Lorsque plusieurs de ces critères sont réunis, il faut être particulièrement vigilant et attentif à tout changement dans le fonctionnement affectif d'une personne âgée.

La prévention tertiaire se confond avec le soin dont la qualité préviendrait la rechute. On pourrait formuler l'espoir que les traitements médicamenteux de la dépression soient mieux prescrits et mieux utilisés par les médecins. Il faudrait aussi savoir se rappeler que la plupart des états dépressifs admettent des prises en charge non médicamenteuses : psychothérapies de soutien, mesures d'aide aux aidants, toutes choses qui peuvent apporter une réponse tout à fait satisfaisante.

[Projection d'un extrait du journal télévisé de 13 heures de TF1]

Martine CROCE, chargée de mission aînés, association ACSSQ, Hautes-Alpes :

Le service aux aînés a démarré il y a 3 ans grâce à l'aide du Secours Catholique. "Rompre l'isolement des aînés au cœur du Queyras" est devenu notre devise. L'isolement géographique - 60 000 hectares pour 2 500 habitants et une altitude moyenne de vie de 1 500 mètres - et la vie en haute montagne rendent les déplacements difficiles à cause du mauvais état des routes (neige et glace de fin octobre à Pâques). Le minibus acheté avec l'aide de la Fondation de France, la région, la MSA, nous permet une plus grande autonomie dans nos actions de prévention et d'animation intervillages.

La santé a été l'un de nos premiers soucis. L'absence d'un réseau santé nous a orientés vers des actions ponctuelles en partenariat avec la DDASS, la CPAM et l'hôpital local. Une campagne pour la lutte contre le cancer du sein s'est mise en place dans chaque village. Nous allions chercher les dames désireuses de se rendre à la mammographie en minibus. L'ambiance conviviale et chaleureuse permet de dédramatiser ce moment qui se conclut généralement par une boisson au bar de Briançon. La campagne anti-grippe a fonctionné de la même manière mais avec l'hôpital d'Aiguilles, qui proposait la vaccination gratuite. Un atelier mémoire est organisé sur 10 séances, une fois par semaine et par village. Il se compose d'exercices attractifs qui vont solliciter le cerveau à travers la globalité de ses fonctions. Le minibus permet d'acheminer vers le village choisi les personnes non véhiculées ou qui ne se sentent pas de conduire. Nous avons également mis en place une action sur les risques de chutes avec la CPAM. Une ergothérapeute et une diététicienne ont circulé dans chaque village afin d'apprendre à mieux se nourrir pour être en meilleure forme. Avec le soutien de la DDASS, nous avons mis en place une fois par mois et par village des séances sur la prévention des chutes avec un kinésithérapeute : assouplissements, gymnastique respiratoire. Nous avons la chance d'avoir, dans le Queyras, des personnes très âgées, beaucoup de plus de 80 ans, pour lesquelles monter dans le bus ou entrer dans une voiture représente un véritable exploit. Ces séances sont donc particulièrement bienvenues. Le minibus permet également de se rendre aux rendez-vous de spécialistes et de faire des visites aux hospitalisés.

Nous organisons des après-midi récréatives, des rencontres intervillages, des mini-voyages qui nous permettent de mieux comprendre les soucis des aînés quand nous les rencontrons régulièrement, des rencontres transfrontalières avec nos amis italiens, des échanges culinaires, des randonnées pédestres dans le Val Pelice, autant de choses qui permettent à nos aînés de retrouver un peu leurs sources car de nombreux Queyrassins ont des origines italiennes, ont travaillé en Italie ou ont connu les Italiens pendant l'occupation. L'animation est surtout un moyen et non un objectif. Elle nous permet de retrouver une vie sociale. Les participants " se font beaux" et ces rencontres ou ces après-midi représentent, pour eux qui n'ont pas d'autre occasion, la sortie. C'est aussi un observatoire.

Nous adaptons les actions avec de l'épicerie solidaire, des visites, de la mise en relation et surtout le maintien d'une dynamique relationnelle. Le plus important est que les aînés sachent que je suis là et qu'ils peuvent faire appel à moi, que ce soit pour une question de santé, pour mettre en place un service comme l'ADMR ou d'autres raisons. Il y a quelqu'un qu'ils peuvent appeler et qui est là pour essayer de répondre à leur souci. L'isolement reste la principale préoccupation. En collaboration avec une équipe de bénévoles du Secours Catholique et un important réseau de référents, chaque personne isolée ou même en difficulté temporaire est visitée afin d'essayer de trouver une réponse à ses pro-

blèmes et surtout de maintenir une relation.

L'action n'a été possible que parce que nous avons un réseau très important de bénévoles. Compte tenu des distances et du nombre de personnes concernées par notre intervention, notre travail ne serait pas possible sans l'aide et la participation des nombreuses personnes qui travaillent, chacune à leur niveau, à cette action en faveur des aînés dans le Queyras.

L'ACSSQ offre aussi des services, dont l'épicerie solidaire. Une fois par mois et par village, nous desservons les personnes isolées ou éprouvant des difficultés à se déplacer. Une fois par mois et par village également, nous finançons le transport de la pédicure. Seuls les soins restent à la charge des aînés. Le fait de centraliser les inscriptions par village permet à la pédicure de venir plus régulièrement. Au final, les soins reviennent aux aînés au même prix que s'ils habitaient en ville. C'est notre souci : faire en sorte qu'ils ne soient pas désavantagés parce qu'ils habitent dans des lieux isolés. C'est un véritable travail de collaboration entre l'ensemble des partenaires : le Secours Catholique, l'ADMR, la CPAM, la DDASS, le Parc Naturel Régional du Queyras. Notre préoccupation concerne la pérennisation financière. Nous souhaiterions disposer d'un financement fiable et surtout essayer de transférer cette expérience sur d'autres territoires. Le temps que je passe à monter des dossiers de demande de financement - soit 40 % - est autant de perdu pour les personnes âgées.

Notre but était avant tout de redonner leur juste place à nos aînés en maintenant un soutien à domicile. Ne les mettons pas à l'écart au seul motif qu'ils ont choisi de vivre en montagne sur la terre de leurs parents, mais aidons-les à vieillir en Queyras.

*"Les causeries du mardi" et le programme "Bien vieillir"*

Dr Fabien JOSSERAN, médecin territorial, Centre Communal d'Action Sociale, Nice :

Une campagne nationale intitulée " Bien vieillir " a été lancée en France il y a maintenant un an et demi. Nice est le second site PACA après Toulon sur les 17 sites pilotes de France. Le comité de pilotage mis en place à Nice a suivi 3 axes principaux : sensibiliser et informer les professionnels et les usagers ; améliorer l'existant si possible ; évaluer les actions entreprises. Je me concentrerai sur le premier de ces 3 axes, la sensibilisation et la formation des professionnels et des usagers aux bonnes pratiques. C'est effectivement tout à fait indispensable.

Dans un premier temps, nous avons souhaité informer les professionnels avant de sensibiliser les usagers. Pour réunir à la fois les professionnels de santé et du sport, nous avons rédigé une plaquette qui a été adressée à l'ensemble des médecins généralistes de la ville de Nice, leur expliquant très simplement quelles sont les bonnes pratiques en matière nutritionnelle, de sport et surtout d'activité physique adaptée. Dans le cadre d'une information indirecte auprès des associations, des ordres, nous avons par ailleurs travaillé à la sensibilisation de tous les acteurs à l'utilisation de ces documents. Enfin, nous avons décidé de sensibiliser largement le public, donc les usagers.

Quels objectifs avons-nous poursuivi vis-à-vis de ces derniers ? D'une manière générale, nous souhaitons apporter aux seniors les informations susceptibles de les intéresser et qui peuvent améliorer leur vieillissement. Pour ce faire, nous avons mis en place un dispositif simple. Nous avons pour but de parvenir à toucher des personnes âgées non connues des services sociaux. Nous avons donc activé un partenariat très large, favorisé par la montée en puissance du CLIC\* de Nice. Nous avons enfin accédé à une communication de proximité qui n'était pas encore véritablement instaurée sur une ville comme Nice. C'est ainsi que sont nés les rendez-vous seniors baptisés "causeries du mardi", qui ont débu-

té au mois de juin 2003. Ces rendez-vous ont eu lieu dans les 4 espaces sociaux répartis sur le territoire de la commune et ont abordé différents thèmes : l'ostéoporose, la fragilité de la personne âgée, l'activité physique et la nutrition, la protection juridique de la personne âgée, l'utilité d'une mutuelle, les loisirs pour les seniors, les animaux, le bénévolat, etc.

Cette opération représente un effort de communication important : 14 000 prospectus et 400 affiches par mois, publicité dans la presse écrite et à la radio. Le CLIC a également tenu un rôle très important.

\* CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

Sans être "énormes", les résultats sont malgré tout très intéressants. Pendant les 8 mois de l'année 2004 au cours desquels les rencontres ont eu lieu nous avons accueilli 700 participants, ce qui n'est pas très élevé sachant que Nice compte environ 100 000 personnes âgées. Cela étant, les deux tiers des personnes qui sont venues nous voir ne nous connaissaient pas et sont ainsi pour la première fois entrées en contact avec le Centre communal et ce type d'information. Plus intéressant encore : ces personnes sont différentes de celles que nous connaissions auparavant. Elles sont beaucoup plus actives, sont intervenues d'une façon très précise, posant des questions particulièrement pertinentes et demandant d'aller plus loin, notamment par la création d'ateliers de parole spécifiques à la suite de chacun de ces rendez-vous.

L'action a naturellement été potentialisée par l'ouverture des 4 CLIC relais sur tout le territoire de la commune, grâce au très large réseau de partenaires, à l'information aux professionnels de santé et également à la Direction Départementale Jeunesse et Sports, qui a travaillé d'une façon assidue avec nous et qui a accepté, dans le cadre de notre programme, de créer une formation des professionnels du sport aux activités physiques adaptées.

Il s'agit d'une véritable démarche de santé publique dont l'évaluation est en cours. Nous souhaitons mesurer l'impact d'une telle campagne sur la population générale. Cette action marque l'émergence d'une volonté nouvelle de la part des seniors d'être plus actifs dans leur prise en charge, et ce afin d'augmenter leurs chances de bien vieillir.

### *Echanges avec la salle*

Sébastien DUQUESNE, délégué permanent du Secours Catholique pour les Alpes de Haute-Provence et les Hautes-Alpes :

L'une de mes problématiques actuelles est l'accompagnement en fin de vie des bénévoles, de personnes qui se sont investies pendant 30 ans après leur retraite, qui sont passées d'un bénévolat actif à une participation à des ateliers occupationnels, qui ont des repères dans le temps une ou deux fois par semaine avec les mêmes personnes dans les mêmes lieux, et qui cessent leur bénévolat du jour au lendemain, souvent à la suite d'une chute. En quelques mois, c'est la dégringolade et elles décèdent. Cela me pose un gros problème : autant notre structure associative est faite pour accueillir les bénévoles, leur donner les moyens de travailler, autant elle n'est pas aujourd'hui vraiment efficace pour accompagner ceux qui nous quittent. Est-ce que des personnes dans la salle seraient prêtes à nous aider à travailler sur ce sujet ? Il a beaucoup été question aujourd'hui de dépression des personnes âgées. Comment pourriez-vous nous aider à réfléchir à ce problème ? Nous sommes déjà un petit groupe de collègues qui nous penchons sur cette question. Merci de vos réponses.

Marianne GALAND, réseau Qualivie de prévention des risques pour les personnes âgées, Nice :

Je voudrais savoir quel est le champ géographique d'action de l'Institut Gérontologique et Social, et comment il collabore avec les CLIC et les autres acteurs.

Pr Philippe PITAUD :

Historiquement, notre champ géographique est la région PACA. Nous accueillons toute personne issue de n'importe lequel des départements de la région. L'IGS existe depuis 25 ans. Il est appuyé en partie par la région, le département, la ville de Marseille, des fondations, etc. Notre mission est de répondre à tous les besoins qui se posent en fonction de nos moyens, qui sont faibles. Il y a beaucoup de bonne volonté, mais cela ne compense pas toujours, malheureusement.

L'Institut aurait pu être un CLIC, d'autant que c'est lui qui a inspiré le gouvernement de l'époque pour la création des CLIC. Nous n'avons pas voulu déposer de dossier car nous préférons le terrain, les réponses, aux papiers. Cependant, nous avons de nombreux contacts avec les CLIC dans le cadre d'un partenariat permanent d'autant plus que de nombreuses coordinatrices CLIC sont d'anciennes étudiantes du DESS AGIS !

Marie-France GAY, responsable des activités sportives séniors, CCAS de la ville de Gap :

La plaquette dont le Docteur Jossieran vient de nous parler peut-elle être mise à disposition des professionnels non niçois ?

Dr Fabien JOSSERAN :

Nous préparons un site internet sur lequel elle sera rapidement mise en ligne.

## CLOTURE

Joël CANAPA, Vice-président du Conseil Régional PACA :

Je serai très bref car cette longue journée a été d'une extrême richesse. Je vous remercie de m'avoir beaucoup appris, et j'espère que vous vous êtes mutuellement beaucoup appris. Les tout derniers échanges viennent de montrer qu'au moins l'un des buts de la journée a pu être atteint : la mise en réseau et la connaissance mutuelle.

Je voudrais remercier l'ensemble des responsables du CRES qui nous ont permis d'organiser cette journée, chacun des intervenants pour la qualité pédagogique des interventions, parfois avec humour, parfois illustrées avec le corps lui-même, mais avec le souci de faire passer le message. Je voudrais aussi remercier les professeurs éminents qui se sont déplacés pour présenter leur métier à un public hétérogène et faire passer leur passion.

Nous sommes sur un champ passionnant, celui de l'humain, qui pose des problèmes multiformes et demande des réponses multiformes. Je pense que vous avez pu mesurer l'engagement du Conseil régional, à la fois par des actes mais également à travers des hommes et des femmes passionnés par ce qu'ils font et qui ont envie d'apporter toujours plus. La région, espace géographique et administratif, est certainement l'échelon pertinent pour apporter un certain nombre de réponses ou les coordonner. L'engagement du Conseil régional en tant qu'institution politique ne se démentira pas dans les années à venir, à la mesure de son budget, de ses capacités, de ses possibilités. Nous voulons faire sans que l'on nous dise ce que nous avons à faire. En disant cela, je pense à la décentralisation. Par contre, nous continuerons à participer à une politique volontariste.

J'estime qu'il est important de renforcer tout ce qui s'est passé aujourd'hui, cette notion de réseau, de pôle, au travers du CRES ou d'autres organismes, pour que les connaissances soient diffusées, que les expériences puissent être échangées, pour que nous parvenions, d'action en action, à mailler l'ensemble du territoire et l'ensemble des populations. Pour notre part, nous continuons sur la délégation que Michel Vauzelle m'a confiée, à travailler sur l'ensemble des problématiques, que ce soit la santé des jeunes, la prévention des maladies professionnelles, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, etc. Bien vieillir, c'est d'abord bien vivre. Occupons-nous donc de l'ensemble du champ de l'humain.

Je vous félicite tous pour ce que vous nous avez apporté, pour l'action que vous menez chacun dans vos secteurs, et vous pouvez être sûrs de nos encouragements et de notre soutien pour les années à venir.

## ANNEXES

Le programme de la journée  
La sélection bibliographique des  
ouvrages disponibles au CRES PACA



# Sélection bibliographique

ouvrages, dossiers, rapports et revues  
*disponibles au centre de ressources du CRES PACA*

## Conditions de vie et santé des personnes âgées

Ouvrage

NATANSON Madeleine

**Dans ma famille, je demande les grands-parents !**

Référence : Fleurus, 01/1999, 204 p.

Ponctué de récits, de portraits, de souvenirs, cet ouvrage aborde la fonction des grands-parents dans le développement de la personnalité de l'enfant, leur place dans la famille d'aujourd'hui et dans la vie sociale.

Cote : B.01.01.B.NAT

Revue

**Handicaps, incapacités, dépendance. Dossier**

Référence : Revue française des affaires sociales, n° 1-2, 01/01/2003, pp. 7-321

Issu du colloque organisé par la DREES en partenariat avec l'INSEE et l'INSERM en octobre 2002, ce dossier propose les compte-rendus de 2 sessions transversales sur les problèmes liés aux incapacités et aux pertes d'autonomie quel que soit l'âge des populations concernées puis de 2 sessions spécifiques consacrées aux personnes âgées dépendantes et aux adultes et enfants handicapés.

Cote : K.04.00.HAN

Revue

COLIN Christel

**Nouvelles données sur le grand âge : autonomie et dépendance. Dossier**

Référence : Retraite et société, n° 39, 01/06/2003, pp. 1-143

Données sur les personnes âgées dépendantes en France : de qui s'agit-il, quelle est leur prise en charge, quelle est la position de l'assurance privée, l'incapacité en France, la santé auto-estimée des hommes et des femmes au moment de la retraite, la professionnalisation des aides à domicile.

Cote : K.06.00.COL

Revue

HCSP

**Vieillesse, âge et santé. Dossier**

Référence : ADSP, n° 21, 01/12/1997, pp. 1-XLVIII

Dans ce dossier, plusieurs acteurs présentent différents regards sur les processus de vieillissement et leurs effets sur la santé et les modes de vie.

Cote : K.06.00.HAU

Revue

**Formes et sens du vieillir. Dossier**

Référence : Prévenir, n° 35, 01/07/1998, pp.1-254

Les vieillesse sont plurielles, c'est ce que souhaite démontrer ce dossier, en portant tout d'abord un examen critique sur les catégorisations imposées et la dualité vieillesse heureuse et vieillesse ingrate, entre troisième âge et dépendance, puis en tentant une approche psychologique du vieillissement, en examinant les relations sociales, familiales et institutionnelles; enfin une dernière partie avance quelques pistes pour un maintien qualitatif du parcours de vie de la personne âgée.

Cote : K.06.00.FOR

Revue

INED

**La santé aux grands âges**

Référence : Cahiers de l'INED, n° 147, 2002, 140 p.

Issus du séminaire de Poigny-la-Forêt les 19-20 mars 1998, ces actes permettent de s'interroger sur les évolutions depuis 25 ans de l'état de santé des personnes âgées : baisse de la mortalité aux grands âges, modification de la place des pathologies dans cette mortalité, analyse des inégalités devant la mort, rôle de l'évolution des conditions de vie et de travail, rôle des progrès des techniques et des pratiques médicales.

Cote : K.06.02.INE

Ouvrage

PITAUD Philippe

**Solitude et isolement des personnes âgées**

Référence : Erès, 2004, 270 p.

Ce livre est consacré à l'isolement, à la solitude des personnes âgées ainsi qu'à leur environnement (famille, voisinage, ami, relation sociale etc.) solidaire ou non. Il résulte de travaux menés par différentes équipes de recherche dans quatre pays d'Europe du Sud et permet de dégager les opportunités d'actions pour le mieux-être des plus âgés.

Cote : K.06.08.PIT

Ouvrage

CARADEC Vincent

**Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement**

Référence : PUF, 2004, 240 p.

Une série d'enquêtes et d'entretiens auprès de retraités d'âges et de conditions sociales variés permet de dresser un tableau des transformations de l'identité des personnes vieillissantes, depuis la retraite jusqu'à la grande vieillesse, du couple, de l'intérêt au monde.

Cote : K.06.08.CAR

Rapport

PITTEN Nadia

**Carrefour de la vie : le passage à la retraite**

Référence : IRTS Arras, 2004, 50 p. + annexes

Ce mémoire est né d'une question, pourquoi certaines personnes vivent-elle douloureusement leur passage à la retraite ? pour y répondre, l'auteur analyse les approches historiques du travail, du système de retraite français et de la politique publique envers les personnes âgées, la vie sociale de la personne retraitée et le traumatisme que peut générer ce passage à la retraite. La démarche de recherche est ensuite exposée pour aboutir à un projet professionnel en tant qu'assistante de service social et visant à optimiser l'accompagnement existant

Cote : K.06.08.PIT

Revue

FNG

**Age et exclusions**

Référence : Gériologie et société, n° 102, 09/2002, 291 p.

L'avancée en âge demeure un des facteurs aggravants des risques d'exclusion : à travers l'histoire, la vieillesse a toujours été menacée d'exclusion, quitter le monde du travail peut appauvrir et isoler, devenir dépendant peut entraîner une entrée en institution qui peut provoquer une perte de repères et d'envie de vivre.

Cote : K.06.08.FNG

Revue

GRAND Alain, BOCQUET Hélène, ANDRIEU Sandrine

**Vieillesse et dépendance**

Référence : Problèmes politiques et sociaux, n° 903, 01/08/2004, 116 p.

Ce dossier présente les débats relatifs aux effets du vieillissement et propose les réponses apportées à la dépendance des personnes âgées : professionnalisation et diversification des intervenants, mise en place d'un réseau gériologique, évolution de la politique publique envers les personnes vieillissantes.

Cote : K.06.08.GRA

#### Ouvrage

JORDAN-GHIZZO Isabelle

#### **Le bien-vieillir. Comment vivre mieux le plus longtemps possible**

Référence : Frison Roche, 1997, 214 p.

Après un panorama des progrès de la médecine permettant une plus grande longévité et des théories du vieillissement, l'auteur donne des conseils pratiques de prévention afin de diminuer les risques de dépendance de la personne âgée, éviter les chutes, conserver sa mobilité, sa vue, son ouïe, sa mémoire.

Cote : K.06.08.JOR

#### Ouvrage

LEGRAND Monique

#### **La retraite : une révolution silencieuse**

Référence : Erès, 2001, 350 p.

Travaux sociologiques sur le passage à la retraite : quelles sont les politiques publiques et celles de l'entreprise à l'égard des travailleurs vieillissants et lors du passage à la retraite et comment évoluent les relations familiales ? comment changent les modes de vie et pratiques sociales dans le contexte actuel ?

Cote : K.06.08.LEG



## **Politiques publiques pour les personnes âgées et prise en charge**

#### Ouvrage

DJAOUI Elia

#### **Intervenir au domicile**

Référence : Editions ENSP, 2004, 227 p.

Après un rappel historique des politiques sociales d'intervention à domicile des pouvoirs publics, l'auteur examine sous l'angle psychologique la signification du domicile pour la ou les personnes qui l'habitent et illustre son propos par l'exemple de personnes migrantes, de personnes âgées et de personnes atteintes par un trouble mental. Il analyse ensuite les relations entre intervenants et habitants du domicile et les représentations qui peuvent en découler de part et d'autre.

Cote : B.03.03.DJA

#### Ouvrage

KELLER Pascal-Henri, PIERRET Janine

#### **Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne**

Référence : Syros, 2000, 240 p.

Cet ouvrage apporte différentes visions- médicale, sociologique, psychologique, anthropologique -de la relation de soin et de l'implication des professionnels dans la prise en charge psychologique ou sociale des personnes soignées.

Cote : B.03.03.KEL

#### Actes

UNIOPSS

#### **Avec les plus fragiles s'associer pour le développement de tous. Actes du 26<sup>ème</sup> congrès**

Référence : UNIOPSS, 1999, 195 p.

Lieu et date : Lille, 30/11 et 1-2/12/1999

Témoignages des associations du secteur sanitaire et social réunies en colloque sur la richesse de la participation des publics fragiles à la conduite de leur projet d'association ou d'établissement, basée sur l'échange, le contrat, la participation afin de favoriser le développement économique, social et culturel.

Cote : F.01.00.UNI

#### Actes

Etats Généraux de la Santé

#### **Etats généraux de la santé en région PACA. Les soins palliatifs : accompagner et soigner jusqu'à la fin de la vie**

Référence : DRASS Provence Alpes Côte d'Azur, 1999, 21 p.

Lieu et date : Gap (05), 27 janvier 1999

Ce forum, dans le cadre des Etats généraux de la santé en Provence Alpes Côte d'Azur, s'est déroulé à Gap sur le thème des soins palliatifs. Trois interventions, introductions aux débats avec la salle et les experts, portaient sur la définition des soins palliatifs, leur organisation au niveau national, régional et départemental avec la présentation de l'unité mobile de soins palliatifs des Hautes Alpes, l'apport des bénévoles dans l'accompagnement du mourant, avec un témoignage de l'association "l'autre rive" d'Avignon.

Cote : F.03.01.ETA

Actes

**Etats Généraux de la Santé**

**Etats généraux de la santé en région PACA. Age et dépendance**

Référence : DRASS Provence Alpes Côte d'Azur, 1999, 23 p.

Lieu et date : Nice, 22 janvier 1999

Ce forum, dans le cadre des Etats généraux de la santé en Provence Alpes Côte d'Azur, s'est déroulé à Nice sur le thème "Age et dépendance". Trois interventions, qui ont permis d'introduire aux échanges avec la salle, portaient sur les limites du maintien à domicile, le cas particulier de la maladie d'Alzheimer et la prévention de la dépendance.

Cote : F.03.01.ETA

Actes

**Etats Généraux de la Santé**

**Etats généraux de la santé en région PACA. La lutte contre la douleur**

Référence : DRASS Provence Alpes Côte d'Azur, 1998, 19 p.

Lieu et date : Avignon, 30 novembre 1998

Ce forum, dans le cadre des Etats généraux de la santé en Provence Alpes Côte d'Azur, s'est déroulé à Avignon sur le thème de la douleur. Trois interventions sur la douleur aiguë, la douleur chronique rebelle et la douleur chez les personnes âgées ont permis d'introduire aux débats avec la salle.

Cote : F.03.01.ETA

Ouvrage

HENRARD Jean-Claude, ANKRI Joël

**Vieillessement, grand âge et santé publique**

Référence : Editions ENSP, 2003, 277 p.

Cet ouvrage examine les différents thèmes de santé publique dans le domaine du vieillissement : la santé de la population âgée et ses déterminants, le système d'aides et de soins, les politiques mises en oeuvre dont l'enjeu principal aujourd'hui est d'offrir une prise en charge adaptée et égalitaire face à la complexité des interactions entre le vieillissement biologique, les maladies chroniques et les déterminants individuels et collectifs.

Cote : K.06.00.HEN

Ouvrage

JOLLY Dominique, LESAGE Isabelle, LAROQUE Geneviève

**Quelle politique de santé pour le grand âge ? Une réflexion européenne**

Référence : Flammarion, IEPS, 1998, 63 p.

Avec le vieillissement de la population, de nouveaux besoins de santé apparaissent. Les exemples des expériences d'Europe du Nord rapportées dans ce livre témoignent d'initiatives concrètes et réfléchies, qui bousculent les idées traditionnelles françaises sur la vie des personnes âgées et leur autonomie. Une nouvelle approche des difficultés du grand âge devrait permettre l'élaboration d'une politique de santé mieux adaptée et moins coûteuse pour répondre aux besoins de cette part croissante de la population.

Cote : K.06.00.LES

Ouvrage

SANCHEZ Jean-Louis, LATTY Anne

**Réussir l'observation gérontologique. Vieillessement et cohésion sociale**

Référence : Dunod, 2004, 128 p.

Destiné aux acteurs locaux en charge de la planification et de la mise en oeuvre des politiques gérontologiques, ce livre définit les contours et les modalités de l'observation des attentes et des besoins

des personnes âgées : il prend appui sur de nombreux exemples concrets mis en places dans divers départements et villes de France et formule des propositions méthodologiques précises.

Cote : K.06.00.SAN

Rapport

PELLETIER Jacques, LETARD Valérie, FLANDRE Hilaire

**La France et les français face à la canicule : les leçons d'une crise**

Référence : Sénat, 03/02/2004, 405 p.

Bilan des conséquences de la canicule qui a sévi en France durant l'été 2003, non seulement sur le plan du système sanitaire et social qui a révélé de graves dysfonctionnements mais aussi dans le domaine économique, énergétique et environnemental.

Cote : P.03.PEL

## **Education pour la santé et personnes âgées**

Ouvrage

CFES

**Programme d'éducation pour la santé. Prévention des accidents de la vie courante**

Référence : CFES, 2001, 97 p.

Le programme de prévention des accidents de la vie courante du CFES pour la période 2001-2003 s'oriente dans trois directions : la prévention des accidents domestiques qui concernent plus particulièrement les parents ; la prévention des accidents de sports et de loisirs qui cible plus précisément les adolescents et jeunes adultes ; la prévention des chutes chez les personnes âgées. Après un bref rappel des actions déjà engagées par le CFES, le rapport détaille les objectifs et la stratégie d'éducation à la santé spécifiquement à chaque orientation.

Cote : I.01.CFE

Outil pédagogique

CFES, CoDES de la Marne, CoDES de la Haute Marne

**Les aides à domicile au service des personnes âgées**

Référence : Editions CFES, 2000 Cet outil est destiné aux formateurs qui interviennent dans des formations pour les aides à domicile. Il regroupe deux documents : un dossier pédagogique destiné aux formateurs et un outil pédagogique pour les aides à domicile. Le dossier pédagogique présente les fondements d'une démarche éducative. Le classeur se compose de trois grands dossiers thématiques sur le sommeil, l'alimentation et la prévention des accidents de la vie courante ainsi que des photos pour servir de support au photolangage.

Cote : I.09.02.CFE

Ouvrage

DERELLE Brigitte, GRIZEAU Danielle, MARMET Thierry

**Atout âge. Intergénération et promotion de la santé. Guide pédagogique à l'usage des professionnels**

Référence : CFES, 1993, 178

Les actions réalisées dans un cadre intergénérationnel permettent de rompre l'isolement psychologique et social de la personne âgée.

A partir de la réflexion de spécialistes, des actions de prévention menées par la Mutualité Française et le CFES dans le cadre du programme "Solidarité Inter-âges" et de l'évaluation des projets réalisés par les acteurs locaux, cet ouvrage permet aux professionnels de découvrir un nouveau champ d'intervention en promotion de la santé.

Cote : I.09.02.DER

Ouvrage

LAIREZ-SOSIEWICZ Nicole

**Vivre l'animation auprès des personnes âgées. Des outils pour un mieux être**

Référence : Chronique sociale, 1999, 133 p.

Le but de l'animation des personnes âgées est de développer le mieux-vivre et le bien-être de la personne. Pour cela, des outils sont proposés dans ce livre : de la connaissance de la personne âgée et de ses problèmes liés au vieillissement à la vie en institution et à la prise en charge de la dépendance accompagné d'une boîte à outil qui présente 25 fiches d'activités et 5 fiches d'évaluation permettant de réaliser un bilan de l'activité physique de la personne.

Cote : K.06.00.LAI

#### Ouvrage

PICHAUD Clément, THAREAU Isabelle

#### **Vivre avec des personnes âgées à domicile, en établissement**

Référence : Chronique sociale, 2002, 202 p.

Guide de communication et de savoir-faire à l'intention de toutes les personnes qui accompagnent des personnes âgées ou à celles qui souhaitent mieux comprendre le comportement des personnes âgées au quotidien.

Cote : K.06.08.PIC

#### Rapport

#### **Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD**

Référence : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2004, 60 p.

Recommandations sous forme de protocole de prévention, de diagnostic, de prise en charge et de thérapeutique pour aider les professionnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à améliorer leurs pratiques gériatriques de soins et de qualité de vie concentrant toutes les pathologies liées au vieillissement et à la perte d'autonomie : agitation, agressivité, chaleur, déshydratation, chute, confusion, douleur, escarre, incontinence, insomnie...

Cote : K.06.00.REC

#### Ouvrage

TRIVALLE Christophe

#### **Gérontologie préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique**

Référence : Masson, 2002, 473 p.

Cet ouvrage développe tous les aspects de la prévention du vieillissement pathologique à partir de 50 ans, à domicile ou en institution.

Cote : K.06.00.TRI

#### Ouvrage

TUBIANA Maurice

Le bien-vieillir. La révolution de l'âge

Référence : Fallois, 2003, 333 p.

Le progrès médical a permis de gagner 35 ans d'espérance de vie supplémentaire entre 1900 et 2000. Les effets du vieillissement sur le corps et sur les fonctions intellectuelles et les moyens pour conserver une bonne santé, la place que la personne qui devient âgée tient dans la société sont analysés dans cet ouvrage.

Cote : K.06.00.TUB

#### Actes

CERIN, Wright State University School of Medicine, Université Paul Sabatier Toulouse III

#### **Nutrition & personnes âgées. Au-delà des apports recommandés**

Référence : CERIN, 1997, 346 p.

Lieu et date : 6-7 décembre 1996, CNIT, Paris La Défense

Les experts réunis en colloque international ont fait le point sur les interactions entre la nutrition et la prévention de certaines pathologies dégénératives ou chroniques liées au vieillissement.

Cote : K.06.01.CER

#### Ouvrage

EULLER-ZIEGLER Liana

#### **Prévention des fractures liées à l'ostéoporose. Nutrition de la personne âgée**

Référence : Ministère de l'emploi et de la solidarité-direction générale de la santé, AFLAR, 01/10/2001, 45 p.

La réduction du risque fracturaire chez les personnes âgées est possible notamment par des actions tendant à corriger les troubles nutritionnels, grâce à l'apport du calcium, de la vitamine D et des protéines. Cette synthèse présente les mécanismes d'actions de ces éléments, les besoins, l'évaluation des apports, les indications et les modalités de supplémentation en pratique quotidienne. Des recettes sont également proposées.

Cote : K.06.01.EUL

Ouvrage

FERRY Monique, ALIX Emmanuel, BROCKER Patrice

**Nutrition de la personne âgée**

Référence : Masson, 2002, 327 p.

Tous les aspects de la nutrition des personnes âgées sont passés en revue, qu'il s'agisse des besoins nutritionnels ou des comportements alimentaires, et permet d'agir pour prévenir et mettre en oeuvre des traitements adaptés aux problèmes de nutrition des personnes âgées.

Cote : K.06.01.FER

Ouvrage

COUDIN Geneviève, PAICHELER Geneviève

**Santé et vieillissement. Approche psychosociale**

Référence : Armand Colin, 2002, 171 p.

L'approche psychosociale permet de mettre l'accent sur les liens entre les individus et leur environnement social en tenant compte des facteurs cognitifs, émotionnels et culturels. Elle apporte ainsi un nouvel éclairage sur le rapport vieillissement /santé et facilite la compréhension du vécu des personnes âgées.

Cote : K.06.02.COU

Ouvrage

TESSIER Stéphane

**La personne âgée, son entourage et son traitement. De l'observance à l'adhésion thérapeutique**

Référence : CRESIF, 2003, 182 p.

Données de la littérature et pistes de réflexion et d'action pour améliorer l'adhésion thérapeutique des personnes âgées à partir d'études et de formations d'aides à domicile menées en Ile de France.

Cote : K.06.02.TES

Revue

**Le vieillissement cérébral**

Référence : Gérontologie et société, n° 97, 01/06/2001, 221 p.

Le vieillissement du cerveau est tout d'abord défini, qu'il soit normal ou pathologique puis il est abordé selon différentes pathologies : démence, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson : les questions de la prévention, du dépistage précoce, de la rééducation et du rôle du médecin sont aussi abordées.

Cote : K.06.02.VIE

Dossier

LAVIELLE Catherine, CABROL Sylvie

**Le sommeil des personnes âgées**

Référence : CFES, 1998, 153 p.

Ce dossier documentaire rassemble autour de la thématique des troubles du sommeil chez les personnes âgées un certain nombre d'articles récents à caractère scientifique (sciences de la vie, médecine, sociologie, psychopathologie) dont certains sont très techniques et d'extraits d'ouvrages.

Cette sélection documentaire a été orientée par le souci :

de clarifier les définitions du vieillissement et du sommeil sans en rester au cadre étroit du modèle déficitaire, d'établir un lien entre le sommeil et la qualité de la vie dans le cadre d'une approche positive de la santé et de fournir quelques exemples d'actions de prise en charge et de prévention.

Cote : K.06.05.LAV

Ouvrage

PASTUREL Jean-Frédéric

**La dépendance des personnes âgées (prévention - évaluation - gestion)**

Référence : Solal, 1999, 276 p.

Après une première partie consacrée au vieillissement, l'auteur analyse la prévention, l'évaluation et la gestion de la dépendance de la personne âgée, le choix d'une prise en charge à domicile ou en institution et ses conséquences.

Cote : K.06.08.PAS

Ouvrage

DEBOUT Michel

**Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées**

Référence : Editions ENSP, 2003, 77 p.

Le groupe de travail "Maltraitance envers les personnes âgées", placé sous la présidence de Michel Debout, a limité son champ de réflexion aux maltraitements qui surviennent dans la relation avec l'entourage, avec un établissement ou dans le cadre d'une prise en charge par un service de soins. Le présent rapport définit la maltraitance, en mesure l'ampleur, en appréhende les modalités et les mécanismes, en repère les causes puis il propose des moyens propres à sensibiliser les acteurs familiaux et professionnels, à protéger les victimes et à engager les actions de prévention nécessaires.

Cote : K.06.10.DEB

Ouvrage

INSERM

**Carences nutritionnelles. Etiologies et dépistage**

Référence : Editions INSERM, 1999, 333 p.

L'INSERM, par la procédure d'expertise collective, a analysé comment prévenir les carences nutritionnelles, comment reconnaître et prendre en charge de façon précoce un état de carence nutritionnelle, tel que pourrait être amené à traiter un médecin de ville.

Cote : Q.02.00.INS

Outil pédagogique

CFES, Assurance maladie

**Guide pour la prévention des accidents de la vie courante**

Référence : CFES, 1998

Guide destiné aux personnes en charge de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Il se présente en trois parties :

- la partie "connaître" expose les données relatives au thème concerné (épidémiologie, représentations, contexte législatif,...)
- la partie "comprendre" rappelle les principes et les objectifs de la communication, les axes stratégiques du programme national et présente les dispositifs mis en œuvre (mise à jour annuelle de cette partie)
- la partie "agir" en cours de rédaction.

Ce guide est actuellement composé des parties connaître et comprendre les accidents de la vie courante des personnes âgées.

Cote : S.01.CFE

Ouvrage

**Prévention des accidents de la vie domestique. Le guide des programmes coopératifs**

Référence : CFES, CNAMTS, 119 p.

Au terme d'un programme pilote de trois ans sur la prévention des accidents de la vie domestique, la CNAMTS et le CFES ont réalisé ce guide, témoignages des expériences menées à Bordeaux, Dijon, Nancy, Valenciennes, Le Mans et en Ile-de-France et conseils à tous les acteurs désireux de mettre en œuvre des actions de ce type..

Cote : S.01.PRE

Ouvrage

SEBAG-LANOE Renée, WARY Bernard, MISCHLICH Danièle

**La douleur des femmes et des hommes âgés**

Référence : Masson, 2002, 324 p.

Plus de cinquante auteurs ont contribué à cet ouvrage qui aborde de façon transversale et globale la douleur des personnes âgées, de sa représentation par les professionnels de santé et par l'entourage du patient à ses différentes prises en charge. Il liste notamment toutes les situations potentiellement douloureuses en gériatrie : douleurs ostéo-articulaires, douleurs aiguës, les soins douloureux, douleurs de la fin de vie.

Cote : T.08.06.SEB

Actes

Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge

Référence : ANAES, Fédération française de psychiatrie, 2000, 31 p.

Lieu et date : Paris, 19-20 octobre 2000

Les recommandations qui sont présentées ici ont pour objectif de permettre l'amélioration du repérage d'une crise suicidaire, et par là même l'organisation d'une prise en charge susceptible d'éviter ou de limiter la fréquence des passages à l'acte.

Cote : K.03.07.CON

Ouvrage

JANOUIN-BENANTI Viviane

**Suicide modes de prévention**

Référence : Isabelle Quentin Editeur, 1999, 200 p.

A travers 51 histoires vraies, provenant des pays industrialisés, et 10 fiches pratiques, l'auteur propose un maximum de clés pour que chacun puisse prévenir ou éviter un suicide : détecter les situations à risque, déchiffrer les appels d'aide, prévenir le suicide d'un proche, d'un adolescent, d'une personne âgée ...

Cote : K.03.07.JAN

Ouvrage

ZRIBI Gérard, SARFATY Jacques

**Le vieillissement des personnes handicapées mentales**

Référence : Editions ENSP, 2003, 198 p.

Les interrogations sur le vieillissement des personnes handicapées s'inscrivent dans celles plus générales du vieillissement des populations. Ce livre réunit une série de travaux et de contributions qui proposent aux familles, aux personnes handicapées, aux professionnels, aux associations et aux pouvoirs publics des abords conceptuels réfléchis, des pratiques professionnelles et sociales permettant de faire des propositions concrètes.

Cote : K.04.02.ZRI

Ouvrage

FIOR Sylviane, LALLEMAND Dominique

**Vivre avec la maladie d'Alzheimer. L'aide aux aidants en France : identifier, comprendre, agir**

Référence : Fondation Médéric Alzheimer, 2001, 170 p.

Environ 400 000 personnes en France sont atteintes de la maladie d'Alzheimer. Si l'on prend en compte les membres de la famille ou de l'entourage qui soutiennent leurs parents malades, on peut doubler le nombre de personnes concernées par cette affection, actuellement incurable et irréversible. En dressant un panorama de la situation en France, cet ouvrage propose différents éclairages : médico-psycho-social, socio-économique, juridique afin de mettre en perspective une approche globale des personnes atteintes et du soutien à apporter aux aidants.

Cote : K.06.02.FIO

Ouvrage

LOO Henri, GALLARDA Thierry

**Troubles dépressifs et personnes âgées**

Référence : John Libbey, 2000, 162 p.

La dépression du sujet âgé est souvent méconnue car il est difficile de distinguer ce qui ressort de la dépression ou d'un processus de vieillissement. L'objectif de cet ouvrage est d'aider au diagnostic d'un état dépressif et de donner des indications précises sur les moyens stratégiques, préventifs et thérapeutiques d'y remédier.

Cote : K.06.04.LOO

### **Conditions de vie et santé des personnes âgées**

#### **L'alimentation des personnes âgées. Dossier**

Référence : Alimentation et précarité, n° 27, 01/10/2004, pp. 2-10

CYNOBER Luc

#### **Apports protéiques chez la personne âgée : les ANC et au-delà**

Référence : Cholé-doc, n° 68, 01/11/2001, 3 p.

BEAUFRERE Bernard

#### **Protéines alimentaires : aussi une question de temps !**

Référence : Cholé-doc, n° 72, 01/07/2002, pp. 1-2

FERRY Monique

#### **Hydratation, déshydratation, et sujets âgés**

Référence : Cholé-doc, n° 78, 01/07/2003, np

#### **Numéro spécial : Alimentation**

Référence : Contact santé, n° 159, 01/04/2001, pp. 3-21

BAUBEAU Dominique, CARRASCO Valérie

#### **Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières**

Référence : Etudes et résultats, n° 215, 01/01/2003, 12 p.

CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique

#### **Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale**

Référence : Etudes et résultats, n° 212, 01/01/2003, 8 p.

#### **Les personnes âgées en institution en 1998 : catégorie sociales et revenus**

Référence : Etudes et résultats, n° 108, 01/03/2001, 7p.

DUFOUR-KIPPELEN Sandrine

#### **Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution**

Référence : Etudes et résultats, n° 138, 01/10/2001, pp. 1-10

RODWIN Victor G., GUSMANO Michael K., MONTERO Gabriel

#### **Vieillir dans quatre mégapoles : New York, Londres, Paris et Tokyo**

Référence : Etudes et résultats, n° 260, 01/09/2003, 8 p.

CAMBOIS Emmanuelle, ROBINE Jean-Marie

#### **Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels**

Référence : Etudes et résultats, n° 261, 01/09/2003, 11 p.

KERJOSSE Roselyne, WEBER Amandine

#### **Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile**

Référence : Etudes et résultats, n° 262, 01/09/2003, 11 p.

METTE Corinne  
**Les opinions des Français sur la dépendance des personnes âgées de 2000 à 2002**  
Référence : Etudes et résultats, n° 274, 01/11/2003, 11 p.

LABARTHE Géraldine  
**Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie**  
Référence : Etudes et résultats, n° 315, 01/06/2004, pp. 1-11

VALLIN Jacques, MESLE France  
**Vivre au-delà de 100 ans**  
Référence : Population et sociétés, n° 365, 01/02/2001, 4 p.

DELBES Christiane, GAYMU Joëlle  
**Passé 60 ans : de plus en plus souvent en couple ?**  
Référence : Population et sociétés, n° 389, 01/04/2003, 4 p.

## **Politiques publiques pour les personnes âgées et prise en charge**

BRECHAT Pierre-Henri, ROGER Philippe  
**Les conférences régionales de santé de 1995 à 2002**  
Référence : ADSP, n° 42, 01/03/2003, pp. 11-16

PAGEAU Sandrine  
**Maltraitance des personnes âgées. Un dispositif coordonné dans l'Essonne**  
Référence : ASH, n° 2254, 15/03/2002, pp. 25-26

HELFTER Caroline  
**Lutte contre les maltraitances institutionnelles. Promouvoir une culture de la vigilance**  
Référence : ASH, n° 2289, 13/12/2002, pp. 19-22

**Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 : premiers résultats et travaux à mener. Dossier**  
Référence : BEH, n° 45-46, 25/11/2003, pp. 217-227

**Les personnes âgées. Une politique en mouvement**  
Référence : Echanges santé-social, n° 99, 01/09/2000, 99 p.

KERJOSSE Roselyne  
**La prestation spécifique dépendance au 30 septembre 2001**  
Référence : Etudes et résultats, n° 159, 01/02/2002, 4 p.

MICHAUDON Hélène  
**Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID**  
Référence : Etudes et résultats, n° 204, 01/12/2002, 12 p.

KERJOSSE Roselyne  
**La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide**  
Référence : Etudes et résultats, n° 136, 01/09/2001, pp. 1-11

DUTHEIL Nathalie  
**L'action sociale des communes de 100 à moins de 5000 habitants**  
Référence : Etudes et résultats, n° 271, 01/11/2003, 8 p.

DUTHEIL Nathalie  
**L'action sociale des communes de 5 000 à moins de 200 000 habitants**  
Référence : Etudes et résultats, n° 307, 01/04/2004, pp. 1-11

BRESSE Sophie  
**Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000**  
Référence : Etudes et résultats, n° 296, 01/03/2004, 8 p.

BRESSE Sophie

**Le personnel des services d'aide aux personnes à domicile en 1999**

Référence : Etudes et résultats, n° 297, 01/03/2004, 7 p.

HEMON D., JOUGLA Eric

**La canicule du mois d'août 2003 en France**

Référence : Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 52, n° 1, 01/02/2004, pp. 3-5

GREMY I., LEFRANC A., PEPIN P.

**Conséquences sanitaires de la canicule d'août 2003 en Ile-de-France. Premier bilan**

Référence : Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 52, n° 1, 01/02/2004, pp. 93-98



## **Education pour la santé et personnes âgées**

**Relation soignant-soigné. Dossier**

Référence : BEP, vol. 17, n° 2, 01/06/1998, pp. 1-63

**La douleur. Dossier**

Référence : BEP, vol. 18, n° 3-4, 01/07/1999, pp. 1-139

Article

JOKL Peter, SETHI P.M., COOPER A.J.

**Master's performance in the New York City Marathon 1983-1999**

Référence : British journal of sports medicine, vol. 38 n° 4, 2004, pp. 408-412

**La prévention des accidents domestiques**

Référence : CAP prévention, n° 1, 01/09/1996, pp. 5-12

**La prévention des accidents domestiques. Suite**

Référence : CAP prévention, n° 2, 01/03/1997, pp. 5-12

BENATTAR Francine

**Intergénération : ensemble, pour une meilleure santé ?**

Référence : Contact santé, n° 193, 01/05/2004, pp. 8-15

**Prévention des traumatismes : les défis de l'évaluation. Dossier**

Référence : Education santé, n°164, 01/11/2001, pp. 1-7

SOURTZI Panayota

**The role of older volunteers in promoting healthy nutrition for the prevention of cardiovascular diseases**

**Le rôle de personnes âgées bénévoles dans la promotion d'une nutrition saine pour la prévention des maladies cardiovasculaires**

Référence : Promotion & education, vol. X/1, 2003, pp. 11-16

LAMONTAGNE I., LEVESQUE B., GINGRAS S.

**Dangers environnementaux de chute dans des habitations à loyer modique pour personnes âgées**

Référence : Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 52, n° 1, 01/02/2004, pp. 19-27

SMITH Diana

**Vers un vieillissement en santé**

Référence : Santé de l'homme, n° 354, 01/07/2001, p.7-9

BAUDIER François, CHEVALLIER Bertrand

**Sport et loisirs : prévenir les accidents. Dossier**

Référence : Santé de l'homme, n° 354, 01/07/2001, p. 15-51

ARFEUX-VAUCHER Geneviève, ESPERANDIEU Véronique

**Personnes âgées : restaurer le lien social. Dossier**

Référence : Santé de l'homme, n° 363, 01/01/2003, pp. 11-40

BARTHELEMY Lucette

**Lorraine : l'équilibre nutritionnel s'invite dans les lieux de restauration collective**

Référence : Santé de l'homme, n° 366, 01/07/2003, p. 10

BOURDESSOL Hélène

**Un référentiel pour prévenir les chutes des personnes âgées**

Référence : Santé de l'homme, n° 368, 01/11/2003, pp. 4-6

NEULLAS Myriam, PERROT Michèle

**Promotion de la santé : le temps des réseaux ?**

Référence : Santé de l'homme, n° 369, 01/01/2004, pp. 13-57

THIRION X., SIMONET J., SERRADIMIGNI F.

**La vague de chaleur de juillet 1983 à Marseille. Enquête sur la surmortalité - essai de prévention**

Référence : Santé publique, n° 7, 1992, pp. 58-64

FANELLO S., FOUCAULT S., DELBOS V.

**Evaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée hospitalisée**

Référence : Santé publique, vol. 12, n° 1, 01/03/2000, pp. 83-90

Utilisation de l'échelle d'évaluation nutritionnelle "Mini Nutritional Assessment" ou MNA

PIZEM P., DEDOBBELEER N.

**Validation préliminaire d'une affiche sur l'hygiène buccale des personnes âgées**

Référence : Santé publique, vol. 13, n° 3, 01/09/2001, pp. 169-177

LAFRENIERE S.

**Promouvoir la santé des aînés : une question de conception**

Référence : Santé publique, vol. 16, n° 2, 01/06/2004, pp. 303-312

ALLEMAND Sylvain

**Vieillesse : haro sur les experts ?**

Référence : Sciences humaines, n° Hors série n° 44, 01/03/2004, pp. 50-51



## Santé mentale

**L'âge et les troubles psychiques. Dossier**

Référence : Contact santé, n°160, 01/05/2001, pp. 8-14

**Guide et recommandations autour de la maladie d'Alzheimer pour une meilleure prise en charge des résidents en établissement médico-social**

Référence : Contact santé, n°160, 01/05/2001, pp. 16-17

SPINOSI Laure

**Sensibilisation et formation sur la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Etat des lieux régional**

Référence : Contact santé, n° 168, 01/02/2002, pp. 18-19

CASADEBAIG Françoise, RUFFIN D., PHILIPPE A.

**Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite**

Référence : Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 51 n° 1 cahier 1, 01/02/2003, pp. 65-80

VERNOOIJ-DASSEN M., KURZ X., SCUVEE-MOREAU J.

**La mesure du sentiment de compétence chez les aidants de patients déments**

Référence : Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 51 n° 2, 01/04/2003, pp. 227-235

ANKRI Joël, POUPARD M.

**Prévalence et incidence des démences au grand âge. Analyse de la littérature**

Référence : Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 51 n° 3, 01/06/2003, pp. 349-360

CUVILLIER Nathalie, ESPERANDIEU Véronique

**Santé mentale : des partenariats et des actions à promouvoir. Dossier**

Référence : Santé de l'homme, n° 359, 01/05/2002, pp. 4-57





Région



Provence-Alpes-Côte d'Azur

