

AlpSib Project
WP – T3 Social Impact knowledge hub
Activity A.T3.2 Production of the e-learning training modules
Deliverable D.T3.2.3 Training module “Innovation: delivering solutions for seniors”

Retranscription intégrale - interview Olivier Guérin
Janvier 2018

PSP : Pôle Services à la Personne

O.G : Oliver Guérin

PSP : Pouvez-vous nous présenter vos activités professionnelles ? Que ce soit celles exercées dans le cadre de votre mandat à la Mairie de Nice ou celles en tant que praticien ?

O.G : Je m'appelle Olivier Guérin, je suis professeur de médecine, gériatre. Je suis chef du pôle de gériatrie du CHU de Nice qui est un gros pôle clinique car nous avons à peu près 520 lits couvrant l'ensemble de la filière gériatrique. Je suis président du conseil territorial de santé qui est la vision de démocratie participative sanitaire pour l'ARS du territoire des Alpes-Maritimes. Je suis président du conseil scientifique de la société française de gériatrie et gérontologie, donc je m'intéresse évidemment à toutes les questions liées au vieillissement et à toutes les questions de connaissances autour du vieillissement à l'échelle du territoire national. Je suis, en tant qu'élu, en mandat d'adjoint au maire à la santé, à la prévention et à la silver économie pour la Ville de Nice et la métropole Nice-côte-d'Azur.

PSP : Pouvez-vous nous expliquer quels sont les grands enjeux du vieillissement de la population d'un point de vue sanitaire, social et sociétal ?

O.G : Le vieillissement de la population, dans tous les pays d'Europe notamment, est un enjeu fondamental, pourquoi ? Parce que c'est une révolution dans l'histoire de l'humanité finalement. Sur les dernières décennies la population européenne, et la population française en particulier, a gagné six heures d'espérance de vie par jour ! C'est un bouleversement majeur de la constitution de notre corps démographique qui nécessite de répondre à des besoins qui ne se sont jamais présentés dans l'histoire de l'humanité. Et, ce n'est pas qu'une question française ou européenne, le vieillissement de la population est bien mondial. La population de la Chine de 2050 sera plus vieille que la population de la France de 2050 en termes de structuration démographique. Ces enjeux démographiques sont majeurs, encore une fois ils ne se sont jamais présentés dans l'histoire de l'humanité. Plutôt que d'être porteur de problèmes ils doivent être porteurs d'espérance. C'est une vraie chance de pouvoir bénéficier plus longtemps de nos aînés. A condition qu'ils soient à la fois inclus dans le corps social, qu'on retrouve l'utilité sociale de nos seniors, qu'on la construise avec eux, et puis qu'ils soient dans un état de forme, et donc un état sanitaire et d'autonomie, qui soit préservé le plus longtemps possible.

PSP : Sur cette question de la place des seniors et des personnes âgées dans la société : pouvez-vous nous donner des exemples de ce qui serait souhaitable ?

O.G : Finalement on a plusieurs enjeux. Le premier des enjeux quand on réfléchit en stratégie de « bien vieillir » c'est l'utilité sociale. Il faut qu'au-delà de la période d'activité professionnelle, que nos concitoyens aînés qui passent ce cap de l'âge de la retraite, trouvent un rôle au côté du corps des

actifs pour structurer la société que l'on souhaite, c'est-à-dire une société égalitaire et où tout le monde contribue à l'effort collectif. Alors ça, c'est du grand principe, évidemment ça doit se décliner à des échelles individuelles. Ces échelles individuelles sont une préparation en amont, dans le temps professionnel, de ce que l'on va faire après. Cette structuration là est finalement quelque chose de nouveau puisque le temps passé au-delà du temps professionnel s'est considérablement allongé. Et, quand je disais tout à l'heure que ce sont des défis nouveaux, c'est que jusqu'ici on ne se posait pas tant que ça cette question. Mais, le temps passé maintenant à vivre au-delà de la vie active est presque aussi long que le temps passé en vie active professionnelle. C'est quelque chose qui se prépare et se construit.

L'autre élément c'est un enjeu plus sanitaire, qui est en enjeu de prévention. A la fois de prévention primaire de bien vieillir, là on est sur de l'hygiène de vie, mais aussi de prévention secondaire, c'est-à-dire que le fait de vieillir augmente le risque de contracter des maladies chroniques, notamment d'avoir plusieurs maladies chroniques. Cette structuration sanitaire d'apparition de ces maladies chroniques, de cette comorbidité chronique, fait que c'est ça qui fait le lit, à terme, de la perte d'autonomie. Donc, l'enjeu clé sanitaire, est de prévenir ces décompensations de maladies chroniques, d'organiser tout le système de soin pour que ce soit beaucoup plus optimal que ça ne l'est à l'heure actuelle. On a finalement, à l'heure actuelle, de la casse dans l'organisation des soins, liée à cette mauvaise gestion de la décompensation des maladies chroniques qui produit la perte d'autonomie. Là-dessus, on a encore beaucoup de chemin à faire.

PSP : Vous parlez de prévention de la perte d'autonomie. Comment peut-on prévenir la perte d'autonomie et quelles sont les actions qui vous paraissent les plus intéressantes ?

O.G : [C]ette perte [...] d'autonomie a un coût sociétal inouï, encore plus important que le coût sanitaire, puisque le vieillissement n'entraîne pas plus de dépenses de santé, c'est une fausse idée. On a vu que, finalement, ce qui coûte très cher en termes de dépenses de santé, ce sont les derniers mois de vie, que les derniers mois de vie se passent à 90 ans ou à 60 ans. L'enjeu est donc très faible sur l'augmentation des dépenses de santé. Par contre, le coût de la perte d'autonomie est monstrueux pour nos sociétés occidentales. On doit tout faire pour se mettre en capacité de reculer le plus tard possible cet âge de la perte d'autonomie et de l'apparition de la dépendance et de la grande dépendance. C'est la volonté de l'ensemble des pays de notre continent. Alors comment on fait ?

On a déjà des enjeux de prévention primaire. C'est-à-dire que dès l'école il faut inculquer. C'est l'*empowerment* citoyen, qui est une grande priorité de la commission européenne. Il faut que tous nos concitoyens en Europe comprennent, dès le plus jeune âge, ce qu'ils doivent avoir comme réflexes pour garder leur capital santé et reculer à terme cette perte d'autonomie. Ça, c'est de la prévention primaire qui passe par à la fois par de la connaissance et des enjeux comme l'activité physique ou la bonne nutrition et la stimulation cognitive, tout le long de la vie.

L'autre élément, c'est que lorsqu'on commence à avoir ces fameuses maladies chroniques qui apparaissent, même si la prévention primaire devrait en retarder l'apparition, on peut avoir ce qu'on appelle un syndrome de fragilité, c'est-à-dire cette diminution de la réserve fonctionnelle. Cette diminution de la réserve fonctionnelle, liée à la comorbidité, à l'environnement social ou au niveau socioculturel, on doit pouvoir la dépister. On sait désormais dépister le syndrome de fragilité et mettre en place des mesures correctives. Cette réserve fonctionnelle qui s'abaisse lorsqu'on est fragile, on peut la restaurer en partie, à condition d'être très actifs. On est plutôt sur une forme de prévention secondaire. Par exemple, chez les plus de 70 ans en Europe, il y a à peu près entre 10% et 12% de personnes fragiles. Il faut les trouver ces 12% de fragiles. A 80 ans ils sont à 30%. L'idéal c'est entre 70 ans et 75 ans au plus tard : les repérer, les *screener* et les prendre en charge correctement en mettant en place des mesures correctives. Ces mesures doivent être basées sur la stimulation cognitive, le verrouillage de l'environnement social, la récupération de l'utilité sociale, la bonne gestion des comorbidités chroniques, les bons réflexes nutritionnels (plus de protéines, plus de masse musculaire) et puis l'activité physique qui, à ce stade-là, est une activité physique adaptée.

PSP : Quand vous évoquez le dépistage des fragilités, concrètement, comment ça se traduit ? Comment, en tant que professionnels, vos équipes peuvent dépister ces fragilités ?

O.G : Le dépistage des fragilités est maintenant à peu près opérationnel partout puisqu'on s'est mis d'accord, sur un plan international, sur ces critères de dépistage de fragilité. Ils sont basés sur les travaux de Linda Fried. Donc, on a 5 questions qui peuvent être posées, par exemple, par le pharmacien ou par le médecin traitant ou par un autre professionnel sanitaire, à un moment donné. Elles permettent de repérer ce syndrome de fragilité. C'est juste du repérage avec ces 5 questions. On en a une sixième en France, sur la fragilité cognitive, suite aux travaux du gérontopôle de Toulouse qui est en avance et qui a été le moteur de la structuration de la détection de la fragilité dans notre pays. Une fois que ça, c'est fait, on a maintenant des organisations sanitaires, sous forme d'hôpitaux de jour ou de consultations complexes, qui permettent de faire ce point complet pour ces patients qu'on aura *screené* en amont. Donc, être plus performant c'est ne pas voir tout le monde puisque finalement 90% des personnes à 70 ans ne sont pas « fragiles » et ne nécessitent pas l'activation d'un processus lourd. Une fois ce bilan complet fait, on a finalement un programme sur mesure. Ce n'est pas un programme sanitaire, ces gens ne sont pas malades, c'est vraiment une forme de prévention pour mettre en place cette récupération de réserve fonctionnelle, avec un plan d'activités physiques adaptées efficace, avec de la stimulation cognitive quand il y a besoin, avec, encore une fois, tous ces champs que les gériatres connaissent bien.

PSP : On va aborder maintenant un deuxième grand point : la silver économie et la e-santé. Vous venez d'évoquer plusieurs formes de repérage des fragilités. Selon vous, de quelles manières le numérique et les technologies innovantes peuvent-ils se mettre au service de l'accompagnement de la perte d'autonomie et du bien vieillir ?

O.G : Le numérique et les NTIC, mais aussi tout le champ de l'intelligence artificielle, de l'analyse de données massives ou de la robotique, sont des champs de développement extrêmement intéressants dans le cadre du bien vieillir, pourquoi ?

Parce que, à la fois ce sont des vecteurs de communication et d'information, donc de formation à destination de deux publics cibles que sont les seniors eux-mêmes, mais je vous ai dit que nous avons des enjeux d'éducation dès l'école primaire pour préparer cette trajectoire de bien vieillir, où les professionnels de santé ou du champ de la gérontologie au sens plus large ont un rôle à jouer. Ce sont deux cibles, les seniors et les professionnels, bénéficiaires à terme de ces innovations de transmission de la connaissance. Ça, ce sont des éléments clés, les nouvelles technologies permettent cela de manière beaucoup plus ciblée. Et puis ensuite, d'avoir une connaissance adaptée à son propre cas. Quand on a un smartphone, les smartphones sont tous les mêmes à peu de choses près, mais en tout cas les applications que vous avez dedans sont le reflet de ce dont vous avez vraiment besoin, vous. Ce low-cost, cette diffusion large et à bas coût de possibilités de vecteurs de connaissance est extrêmement intéressant. On a aussi des outils un peu plus spécifiques. Je pense à la troisième révolution de la santé : après la e-santé et la m-santé (santé mobile) maintenant c'est la révolution des objets connectés. Elle permet de récupérer de la donnée, d'avoir une analyse très fine et surtout des données très importantes, car beaucoup de sujets peuvent en être équipés, qui permettent, à nous scientifiques, de pouvoir détecter ces signaux faibles des difficultés dans le vieillissement. Elles nous permettent aussi de mieux comprendre. Parce que à l'heure actuelle, il nous manque des connaissances, à nous scientifiques, pour pouvoir mieux éclairer les stratégies de prévention. Cette diffusion d'objets connectés, que ce soit des actimètres ou autres, il y a un champ incroyable, on peut mesurer beaucoup de choses de manière objective. Même l'autonomie par exemple. Jusqu'ici les gériatres avaient des hétéro-questionnaires ou auto-questionnaires. Pour faire simple, le patient disait s'il était capable de faire ou pas tel ou tel type de chose. Avec des objets connectés on peut avoir une vision objective du niveau d'autonomie et du contrôle des maladies chroniques. Donc ça, c'est une véritable révolution. Mais la révolution n'est pas que technologique, la véritable révolution est organisationnelle et sociale. L'enjeu n'est pas ce qu'on peut faire avec les objets disruptifs du

numérique, la question est « qu'est ce qu'on en fait, nous, les citoyens ? » et ensuite « comment le système s'organise pour être plus performant grâce à ces objets ? ».

J.P : Avez-vous des exemples d'innovations technologiques, d'objets connectés, qui sont aujourd'hui peut-être les plus utiles pour répondre aux enjeux que vous avez décrit en début d'entretien ?

O.G : Il y en a beaucoup de ces objets extrêmement intéressants, que ce soit dans le champ sanitaire, le contrôle de paramètres spécifiques dans les maladies chroniques. Je donne juste un exemple. Un pèse-personne connecté pour un insuffisant cardiaque qui permet de repérer une prise de poids rapide, qui est toujours un problème de rétention hydro sodée, qui va vous conduire à l'œdème aigu du poumon dans les jours qui suivent, et donc vous faire franchir la porte de l'hôpital avec tous les risques qu'il y a derrière. Alors qu'il suffirait, à ce moment-là, de repérer ce signal pour augmenter les doses de diurétiques et éviter la décompensation. Ça, c'est quelque chose de très simple. Dans le champ de la surveillance des pathologies chroniques, vous en avez plein des lecteurs de glycémie capillaire connectés pour le suivi du diabète, vous en avez plein. Donc ça, c'est extrêmement intéressant. Ça existe déjà. Le problème n'est pas de les déployer, le problème est d'organiser le système sanitaire pour être capable de gérer ces données. Typiquement, dans ce modèle-là, la tarification à l'acte du médecin traitant généraliste est complètement aberrante. Il faut trouver de nouveaux modèles. On est à un moment de rupture organisationnelle dans le champ du soin et le champ sanitaire au sens large. Après, pour ce qui est du citoyen lui-même, il a besoin de devenir acteur de sa propre santé et de son propre bien-vieillir. C'est toute cette dimension de l'*empowerment*, qu'il faut lui donner, les clés pour qu'il comprenne lui-même, il ne peut pas que s'appuyer sur les professionnels. Il faut qu'il soit en capacité d'autonomie dans sa décision pour lui-même et dans son intérêt. Ça, c'est vraiment du champ de la formation finalement, et de l'information. Là, il y a des tas de choses possibles, par l'intermédiaire du numérique évidemment, mais il faut l'encadrer.

L'autre élément clé, j'en reviens ici à l'utilité sociale des seniors, c'est que les seniors sont les mieux placés pour savoir ce qui est utile pour eux. Il faut donc qu'on arrive à casser ce modèle du *push* technologique, c'est-à-dire que vous avez des technologues qui arrivent avec des bidules et qui essaient de voir si ça marche. Ce qu'on essaye de faire sur le territoire niçois c'est d'inverser, de reprendre le cycle vertueux de l'innovation numérique. De partir de la détection des besoins par les citoyens eux-mêmes, ou par les professionnels de santé quand on s'adresse à eux, et que cette détection des besoins permette la co-création de l'innovation. De passer de *push* technologique au *pull* technologique, ce qui d'ailleurs provoquera certainement des success-story à l'échelle du continent, avec de vraies réussites industrielles qui ne soient pas hors sol au démarrage. Actuellement, 90% de l'innovation numérique dans le champ sanitaire ou du bien vieillir, ce sont des gens qui ont une idée, qui fabriquent un bidule, et qui essaient, après, de savoir si ça a sa place ou pas. Vraiment, ce qu'on essaye de faire maintenant, c'est l'inverse. On part du besoin et après on trouve les technologies adaptées pour construire le bidule en question.

PSP : En termes de limites au développement de ce type de technologie vous parlez de la façon de se coordonner pour pouvoir réussir à les utiliser. Y a-t-il d'autres limites qui vous viennent en tête concernant le développement des objets connectés et des solutions numériques pour le soutien à la perte d'autonomie ?

O.G : Dans le champ de la e-santé, globalement, et dans le champ de la perte d'autonomie, au niveau des objets ou des organisations du numérique, on a effectivement plusieurs verrous à lever. Le premier, comme je l'ai dit, est l'organisation du système lui-même. C'est un verrou qui n'est pas à négliger car c'est très compliqué de faire évoluer des organisations et des modes de financement. C'est très important, il faut solvabiliser ce marché. Mais les bénéfices sont majeurs. Donc, plutôt que de payer du soin, c'est plus intéressant de temps en temps de payer de la prévention. Mais ça c'est un

serpent de mer. Même si les autorités ont compris, au plus haut niveau, que ça relève de la responsabilité de l'Etat principalement. Même si les territoires ont aussi leur rôle à jouer là-dessus. Il faut faire évoluer ces mentalités et donc, derrière, les organisations.

Les autres points qui peuvent être critiques, ce sont des points éthiques notamment. Parce qu'on ne peut pas tout faire. Il y a une partie qui est de la donnée sanitaire et qui donc est de la donnée sensible. Donc, on a besoin de border sur le plan éthique l'utilisation de ces données et de comment le citoyen peut décider quel type de données il est en capacité de donner ou pas pour qu'elles soient analysées. C'est quand même lui qui est le producteur de données et qui doit en être le propriétaire. C'est vraiment très important et ça doit se faire dans une transparence éthique. Le dernier verrou, qui va avec l'organisationnel, pour moi il n'est pas indépendant, c'est le financement. Comment financer ? Qui finance ? Est-ce que c'est le citoyen lui-même ? En partie certainement. Est-ce que ce sont les payeurs sanitaires, que ce soit en France l'assurance maladie ou les complémentaires santé ? Mais il faut qu'on trouve un modèle d'affaire à ce déploiement du numérique pour la santé. Ça, pour moi, ce n'est pas le problème le plus crucial, à partir du moment où on réfléchit aux organisations. Parce que les économies qui vont être faites sur des tas de secteurs, et qui sont actuellement sous optimales ou inefficaces pour finir, peuvent être rebasculées avec une efficacité beaucoup plus prouvée.

PSP : Quel est, selon vous, le rôle des pouvoirs publics, que ce soit en termes de financements, d'adaptation de l'offre etc., dans la prise en charge du vieillissement de la population et donc de la perte d'autonomie ?

O.G : Finalement, c'est avant tout un problème de prise de conscience. C'est-à-dire que, les problèmes, on les connaît, et les solutions, on en a à peu près une bonne idée. La question est « qui a envie de s'attaquer au problème ? » et donc à le résoudre. C'est vraiment ça qui est en train de se passer. C'est particulier en France car on est particulièrement mauvais. Je pense qu'on est très bons sur les soins curatifs et très mauvais sur les questions de prévention et donc sur le temps passé en grande dépendance, qui est un bon marqueur d'inefficacité d'un système. En France on est un des plus mauvais pays d'Europe sur le temps passé en grande dépendance, typiquement c'est qu'on n'est pas bons. Donc le problème on le connaît mais, veut-on s'y attaquer ou pas ? J'espère que oui. S'y attaquer c'est avant tout du courage politique et, notamment, de la part de l'Etat. C'est lui qui, dans ses missions régaliennes, doit donner l'impulsion. Mais, l'Etat ne pourra jamais faire seul, et doit laisser plus de liberté aux territoires. Ces territoires peuvent être des Régions, des Métropoles, c'est le cas ici. On a un Président de Métropole et un Délégué de Région qui veulent se saisir de ces sujets-là. Mais, il faut sortir des carcans très Jacobains qui font que les expérimentations par territoire sont difficiles et, surtout, si l'expérimentation est possible, le déploiement l'est beaucoup plus difficilement. Il faut permettre aux territoires, qui sont un échelon beaucoup plus proche des intérêts des citoyens, parce qu'un aîné à Nice n'a pas forcément les mêmes besoins, ni la même structuration sociologique, qu'un aîné à Amiens ou à Brest. Donc, on a vraiment besoin d'être plus proches pour trouver les bonnes solutions sur mesure. Pour ça, il faut que l'Etat soit l'impulseur, mais il faut que derrière les territoires puissent avoir le droit d'innover dans ces champs-là, à des échelles qui sont plus performantes. Donc ça, c'est le cadre général.

Ensuite, il faut que la puissance publique comprenne, en s'alliant au privé, aux entreprises notamment, que ça peut coûter un peu au début mais c'est finalement de l'investissement qui va permettre de gagner beaucoup d'argent par la suite, une fois que le système va être mis en place. Il ne faut pas avoir peur, dans une période de restriction budgétaire, d'investir un peu pour gagner beaucoup à la fin. Gagner beaucoup en termes d'argent, mais vu que je suis un professionnel de santé, gagner beaucoup en termes de qualité de vie pour nos concitoyens.

PSP : Concernant plus spécifiquement le lien qui doit être fait entre la puissance publique et les financements et développeurs privés. Avez-vous des exemples de projets innovants concernant les personnes âgées qui ont pu se développer en partenariat entre le secteur public et le secteur privé sur votre territoire par exemple ?

O.G : Oui, on en a beaucoup. Soit en direct, entre une collectivité comme la Ville ou la Métropole de Nice, et une entreprise. On a en ce moment un projet avec Berger-Levrault, qui est un éditeur notamment de logiciels et de systèmes d'informations, mais qui s'intéresse à d'autres champs comme la robotique. Champ qui est très intéressant, la robotique sociale. Avec Engie aussi... On a plusieurs partenariats à l'heure actuelle avec des entreprises. J'en cite deux mais il y en a beaucoup d'autres, AG2R la mondiale, par exemple, qui lui est plutôt un financeur. Voilà, donc on en a pas mal, c'était le sens du projet AlpSIB. Il faut qu'on réinvente nos modèles. La puissance publique n'est pas là pour tout faire. Il faut qu'elle soit capable de déléguer une idée co-construite de manière contractuelle à un partenaire privé qui va la mettre en œuvre et, finalement, va voir si ça marche ou pas. Et, si ça marche bien, il faut que ce partenaire soit valorisé, quitte à ce que la puissance publique reprenne après la main, mais qu'il soit valorisé. C'est vraiment le modèle des *social impact bonds*. C'est pour ça que je trouve que c'est un modèle très intéressant, innovant, et qui est certainement une solution d'avenir.

PSP : Vous parliez de robotique sociale, pouvez-vous nous expliquer ce qu'est la robotique sociale ?

O.G : La robotique sociale c'est finalement : comment pallier le fait qu'on ne pourra pas, avec le vieillissement et les besoins humains autour du vieillissement, être à longueur de temps aux côtés d'aînés qui sont en perte d'autonomie au domicile. Notamment, ces enjeux de robotique, de lien social, sont extrêmement utiles. Il y a beaucoup de projets en cours. Un robot c'est quoi ? C'est un ordinateur qui est autonome, qui bouge, ce n'est pas plus que ça. Après, qu'il ait une forme quelconque, c'est du design. Mais, ce lien-là, notamment sa capacité d'alerte ou sa capacité de lien social, c'est extrêmement intéressant. Il y a beaucoup de pistes autour de la robotique. Comme je l'ai dit, il y a deux leviers qui sont eux-mêmes très liés dans le développement sanitaire et social et les enjeux du vieillissement : ce sont l'intelligence artificielle et la robotique. Ce sont les deux piliers de nouveaux services extrêmement puissants pour garantir, à la fois, la sécurité sanitaire et puis le bien vieillir de nos concitoyens.

PSP : Quels sont, selon vous, les enjeux qui sont difficilement pris en charge par les pouvoirs publics et où il y aurait potentiellement besoin d'avoir des partenariats comme ceux qui existent dans les contrats à impact social ?

O.G : Je pense que dans les contrats à impact social on a tout d'abord le champ de la précarité et de l'isolement des personnes âgées. On sait que cette rupture du lien social est extrêmement délétère dans une trajectoire de vieillissement. Tout ce qui est autour de l'isolement c'est extrêmement intéressant. Mais je dirai qu'il n'y a pas que les contrats à impact sociaux. Il faudrait aussi créer des contrats à impact sanitaire, parce que c'est difficile de décorrélérer, dans le vieillissement, les enjeux sanitaires et sociaux. A mon avis, là où il y a une place c'est sur l'approche des deux aspects : l'aspect sanitaire et l'aspect social. Ça, c'est compliqué car, pour la puissance publique, ça relève de tas de guichets différents. Donc, avoir une vision, un but, dans l'intérêt de nos concitoyens et trouver un lien avec un prestataire privé, qui serait capable d'avoir cette vision intégrée, c'est extrêmement intéressant. Parce que la puissance publique est morcelée sur ces sujets-là à l'heure actuelle. J'espère bien que ça pourrait changer.

PSP : Aujourd'hui, quels sont les enjeux spécifiques à la prise en charge de la dépendance à domicile et, encore une fois, quel est le rôle de la puissance publique dans cette prise en charge ?

O.G : La puissance publique est sensée être prévoyante. C'est la première vertu de la puissance publique. Typiquement, sur le domicile, du point de vue de la puissance publique, on a raté le coche il y a trente ou quarante ans. C'est déjà un peu tard. On parle là de questions que l'on doit résoudre en urgence parce que ça n'a pas été fait avant et qu'on n'a pas vu venir la vague. Typiquement, c'est ce qu'on appelle l'adaptabilité du domicile. Le domicile doit pouvoir s'adapter au niveau de perte

d'autonomie de son usager, son résident. Cette capacité d'adaptation du domicile c'est un élément clé. Sinon, vous êtes obligés d'avoir un parcours de rupture et c'est difficile à chaque fois, y compris socialement. Vous passez d'un domicile normal à un foyer logement à un EHPAD. Chaque fois, ce sont des ruptures, car la capacité que l'on a à gérer la perte d'autonomie progressive ne peut pas se faire dans un même lieu. Et ça c'est faisable. On a des modèles en Europe du nord, notamment dans le bloc scandinave, qui sont déjà plus avancés que les modèles d'Europe du sud sur cette adaptabilité du domicile.

PSP : Comment pourrait-on s'inspirer de ces modèles là ? Que pourrait-on réussir à mettre en place en France, ou dans l'espace alpin, qui serait issu de ce modèle scandinave d'adaptabilité des logements ?

O.G : [La solution] c'est de croiser cette capacité d'adapter le domicile avec nos spécificités culturelles. On a toujours dit, sur l'arc méditerranéen notamment, que l'aîné était géré par la cellule familiale elle-même. Ça, on va dire que c'est le modèle méditerranéen. Sauf qu'il faut bien constater que ce n'est plus tellement le cas, que le modèle social méditerranéen est en train de s'adapter à la culture commune mondiale et que les spécificités culturelles s'effacent. Il faut à la fois gérer l'aspect très psychologique de ces spécificités culturelles, où finalement on peut se sentir, quand on est aidant, dépossédé de son aîné, avec une forme de culpabilité, qui est moins présente en Europe du Nord, où l'aîné est plus autonome. Finalement, on materne ou on paterne son père ou sa mère vieillissant, il y a une relation inversée sur l'arc méditerranéen. Sauf que le modèle sociétal, qui fait que les femmes et hommes travaillent maintenant, ne permet plus ce mode de fonctionnement. Il faut plutôt arriver à faire avancer les choses. C'est presque un enjeu psychologique où, là aussi, les contrats à impacts social sont utiles. C'est aussi cette partie-là, le côté inclusif entre la culture et le pragmatisme de ce qui se passe en réalité.

PSP : Comment, selon vous, peut-on évaluer l'impact des programmes de prévention ? Quels sont les outils qui existent aujourd'hui pour évaluer les impacts de la prévention de la perte d'autonomie ?

O.G : C'est très difficile car les programmes sont tous très différents et ciblent en général une partie des enjeux. Les modèles multi-domaines, ceux que l'on privilégie, restent malgré tout difficiles à évaluer. Evidemment, on a des marqueurs très macro comme le temps passé, ou l'âge de rentrée, en grande dépendance. On en parlait tout à l'heure, ce sont déjà des indicateurs macro qui sont utilisés à l'échelle européenne. Ensuite, pour chaque projet il faut avoir des indicateurs plus précis, plus pertinents mais qui, dans le modèle des SIB, sont à discuter de manière contractuelle avec l'opérateur. Evidemment il ne faut pas mettre en difficulté l'opérateur non plus et qu'on soit bien d'accords en amont sur les indicateurs qu'on va choisir. C'est difficile de donner l'indicateur idéal, il n'y en a pas. Ça peut être un périmètre de marche, le nombre de sorties par jour, il suffit de regarder combien de fois la porte de sortie s'ouvre. Il y a des tas de choses comme ça qui sont des indicateurs potentiels en fonction du type de programme. Donc il faut être très plastique et savoir s'adapter à chaque type de projet.

PSP : Est-ce que vous avez envie d'ajouter quelque chose que ce soit sur ces grands enjeux liés au vieillissement en Europe ou sur les solutions qui peuvent être apportées en matière de financement de type contrats à impact social ?

O.G : Je crois que l'enjeu est majeur, c'est un enjeu véritablement sociétal. On a besoin de nos seniors, de les inclure dans le fonctionnement social de nos pays, ça c'est un enjeu absolument majeur. Je vous l'ai dit, je trouve que c'est fou qu'on ne se pose la question « que maintenant » sachant qu'on l'a vu arriver depuis la deuxième guerre mondiale, voire même le début du XXème siècle, quand on a regardé l'évolution de la longévité. Donc, il est grand temps d'ouvrir les yeux, j'ai l'impression que

c'est fait. Maintenant, il va falloir être très innovants et surtout assez rapides. Le rôle de la puissance publique c'est de se dire « tout ce que je fais, dans tous mes champs, aussi bien l'aménagement urbain que la politique culturelle ou évidemment les politiques sanitaires et sociales, doit être étudié quant à leur impact sur le bien vieillir ». C'est ça le rôle finalement de la puissance publique, parce que l'on veut tous des territoires sur lesquels nos concitoyens vieillissent bien, en bonne santé et heureux. Il est grand temps de s'y mettre, de ne plus morceler les politiques, d'avoir une vision vraiment globale sur la qualité de vie au sens OMS du terme. Il faut que tout ce que l'on fasse soit évalué à cette aune-là, ces critères-là. C'est un changement de mentalité avant tout. Le chemin de l'innovation est finalement assez facile, sauf que le chemin de l'innovation le plus compliqué est celui qui est entre nos deux tempes, c'est celui là le plus difficile.

PSP : Dans le projet AlpSIB, cet espace alpin, qui est à la fois rural et met en relation des politiques et des pays différents, pensez-vous possible de penser des contrats à échelle internationale ? Sinon, quels seraient les freins à la mise en place de financements conjoints et de priorités communes sur la question de la perte d'autonomie ?

O.G : Je suis un européen convaincu donc je suis persuadé qu'on peut travailler en inter-régions européennes. C'est bien ça, le sens de ce projet aussi. Donc oui, parce qu'on partage des problématiques identiques et que le mariage des cultures est plutôt prolifique en termes de réponses innovantes. La limite, évidemment, est que nos systèmes sanitaires et sociaux sont très différents, qu'on doit réfléchir en fonction des systèmes nationaux. Mon espoir est que ces systèmes finissent par s'harmoniser. C'est peut-être en commençant à confronter qu'on prendra le meilleur de chaque côté des systèmes en eux-mêmes, systèmes qu'on doit de toute façon faire évoluer dans tous nos pays pour pouvoir avoir une trajectoire commune là-dessus.