

MATINALE DE L'ECOSYSTEME 2/10/2025

Écosystème Bien-Vieillir Grenoble-Isère

Compte-rendu

Thème : Solidarités pour favoriser les parcours de santé des seniors dans un contexte d'accès difficile aux soins.

Fil rouge de la matinée : Comment s'organiser ensemble, avec et pour les aînés, dans un contexte d'accès difficile au soin ?



1. Introduction : Qu'est-ce que l'écosystème du bien-vieillir ?

Alain Franco- Professeur honoraire de Médecine Interne, gériatre, Président de l'académie Delphinale

Observation initiale : Au sein de l'Alliance Université Entreprise de Grenoble, des travaux de recherche de Malek Bouhaouala ont permis de conceptualiser, modéliser et optimiser les activités des « écosystèmes de Montagne ».

Transférer le concept : Le territoire de Grenoble-Isère se caractérise par sa richesse historique en institutions, types de lieux de vie, associations, systèmes de soins, expérimentations et personnages clés en gérontologie, dont les Professeurs Hugonot et Philibert. Fort de cet héritage, des acteurs locaux fédérés au sein de l'AUEG (UIAD, MR38, TASDA) ont mis en place une dynamique d'écosystème du Bien-Vieillir, inspiré des travaux concernant la montagne.

Travaux réalisés :

- Voyages d'études (Coimbra, Portugal)

- Participation à un groupe de travail européen sur les écosystèmes du Vieillissement
- Présentation de l'écosystème grenoblois devant des instances européennes
- Projets concertés au niveau local : étude des besoins et attentes des habitants et professionnels, colloque à l'UGA, programme de vaccination des seniors EBV-VAX¹
- Mise en place des matinales de l'écosystème (2025) avec une première mobilisation des partenaires en juillet 2025

Le but des matinales est de permettre aux acteurs, publics comme privés, de l'écosystème de se (re)présenter et de prendre conscience qu'ils font partie d'un même écosystème. Il s'agit d'une force motrice pour le développement des actions de chacun mais aussi des actions et innovations collectives.

La matinale du 2/10 réunit l'EBV sur le thème de l'accès aux soins, en lien avec une thématique portée par l'association Alertes 38 dont le Président Edmond-Jean Menoud rappelle « Nous sommes dans une révolution de société, c'est la fin des pyramides des âges dans tous les pays. Le modèle à venir est la toupie c'est-à-dire que les personnes constituant la jeunesse seront de moins en moins nombreux ». L'AUEG remercie Alertes 38 pour la location du lieu où s'est tenue la matinale qui devait se prolonger initialement par un événement grand public sur le même thème.

2. Appréhender le contexte d'accès « difficile » aux soins : conférence introductive

Heddi Bouti – Médecin Généraliste depuis 35 ans à Grenoble, Président de l'association Isère Gériatrie, Président de l'Association des médecins coordonnateurs de Grenoble

Place du médecin généraliste dans le soin de la personne âgées : La législation française place le médecin généraliste au centre bien que « tout seul on est rien » et la coordination des soins est importante, elle peut être faite pas d'autres personnes que des médecins.

Population de Grenoble :

Population vieillissante même s'il y a beaucoup de jeunes (15 à 30 ans).

Difficultés des aînés :

- Importante difficulté d'accès aux soins,
- Grande fracture numérique, ainsi, les plateformes ne permettent pas aux personnes âgées de prendre leurs rendez-vous médicaux. Il en est de même pour les démarches en lignes et les téléconsultations qui ne sont pas accessibles à ce public.
- Difficulté de déplacement des personnes âgées aux rendez-vous médicaux, ils ne se déplacent plus, il faut alors compter sur la disponibilité des aidants.
- 95% des prises en charge des personnes âgées sont des visites à domicile (statistiques DREES)

¹ <https://aueg.org/programme-ebv-vax/>

- La fin de vie n'est plus un sujet abstrait ni lointain, cette réalité imprègne la dimension relationnelle des consultations et oblige le médecin à travailler sur des questionnements éthiques (fin de vie, tiers de confiance, directives anticipées, âgisme, obstination déraisonnable, privation de droits de personnes atteintes de troubles cognitifs)
- Plusieurs sources de prescriptions

Difficultés / Réalités pour les praticiens :

- Listes de patientèles sont fermées pour la plupart
- Visites à domicile ne sont plus faites par la quasi-totalité des généralistes et des spécialistes
- Dentistes ne se déplacent pas : par manque de matériel certainement
- Vieillesse des professionnels médicaux également parti constitutive de la population vieillissante
- Désertification médicale à Grenoble (liée au départ à la retraite des médecins).
- Médecine des aînés est chronophage : plusieurs rendez-vous, visites à plusieurs (ex : accompagnateurs)
- Santé des aînés : complexe « le vieillissement normal n'est pas une pathologie, donc ne se traite pas. Le vieillissement pathologique se traite si on peut traiter. Il y a un cumul de pathologies chroniques, et parfois décompensation des maladies chroniques par des maladies aiguës ».
- Travail dans l'urgence en raison des carnets de rdv pleins, donc moins de temps pour faire un travail de prévention optimal.
- La santé des aînés oblige aussi à prendre en compte des facteurs sociaux : isolement, fragilités, importance de communiquer entre professionnels et bénévoles
- Médecine des aînés mal considérée, le paiement à l'acte privilégie la consultation en 5min, ce qui est en contradiction avec les besoins du terrain.
- Beaucoup de liens du médecin spécialisé en gériatrie avec les acteurs médico-sociaux et sociaux du secteur : c'est une chance pour un accompagnement global
- Les médecins sont mis sous objectifs et très contrôlés quant à leurs pratiques d'arrêts de travail, cela participe aux conditions de travail sous pression.

Opportunités :

Il y a de plus en plus de MSP qui attirent de jeunes médecins. Il y a de nouveaux dispositifs, notamment la CPAM qui finance des assistants médicaux, mais seulement pour décharger de la partie administrative : une solution serait de décharger les médecins de leur charge administrative. On assiste à une augmentation de délégation de tâche auprès de pharmaciens, de kinés, d'infirmières...

Des ressources numériques :

- [Omnidoc](#) : téléexpertise
- [Mon Sisra](#) : demandes de télé-expertises (ex : iatrogénie : ré-évaluer des ordonnances)
- [Dom'inno](#) : base de données d'aides technologiques

3. Quelles solidarités ? : Point de vue « collectivité territoriale »

Virginie Parvillé Chargée de mission Santé Publique, Plan Municipal & Contrat Local de Santé Direction Santé Publique et Environnementale Ville de GRENOBLE

Marion LEDUC, Directrice de l'Action Sociale Personnes Agées, CCAS Ville de Grenoble

Julie CHARVET, Directrice Déléguée Accès aux droits, coopérations et prospective, Direction Action Sociale Personnes Agées, CCAS Ville de Grenoble



- **Importance du diagnostic préalable à la mise en place d'actions territoriales favorables aux parcours de soins des aînés**

État des lieux statistiques démographiques

Sur le vieillissement il y a des tendances et des évolutions, notamment l'évolution du grand âge (dont la croissance démographique). Il y a des marqueurs de fragilités comme la question de l'isolement ou des revenus. Ainsi, 1 personne sur 2 de plus de 75 ans vit seule. Le revenu médian est inférieur à Grenoble que sur la métropole, le taux de pauvreté des + de 75 ans est plus important à Grenoble que dans la métropole. Ces marqueurs rendent encore plus difficile l'accès aux soins.

Documents et schéma cadres - Ville

Rappel : la Ville n'a pas de compétence en Santé, c'est un engagement historique à Grenoble. À Grenoble les deux documents cadres sont le plan communal de santé et le CLS. Les dispositifs menés par la Ville se basent sur des diagnostics locaux de santé et mobilisent les acteurs de l'accès aux droits du CCAS, les médiatrices en santé (qui font de l'accès aux droits et aux soins dans les MDH de la ville). La mutuelle communale est un de ces dispositifs,

- **Des formes de solidarité**

Mutuelle communale - Ville

Lancée il y a 6 mois qui part d'un diagnostic basé sur les données de la CPAM (16% des grenoblois n'ont pas de complémentaire santé). Ce dispositif repose sur les solidarités, notamment intergénérationnelles. En effet, ce dispositif intéresse fortement les personnes âgées (au nombre de 80 à 85% des retraités en France et 45% d'adhérent à la mutuelle communale à Grenoble). Pour que ce dispositif fonctionne au mieux, il faut que les plus jeunes, supposés consommer moins de soins, adhèrent également à la mutuelle communale.

Cité Baya et actions de coordination interne - CCAS

A vu le jour depuis 1 mois, en direction des personnes âgées. C'est un lieu ressource pour les aidés et les aidants mais aussi pour le bien-vieillir avec la dimension de l'accès aux droits en s'appuyant sur un certain nombre de partenaires (CPTS, CPAM...). C'est la partie visible des choses qui sont faites par la collectivité. D'autres actions sont faites en faveur des aînés, elles sont invisibles notamment le diagnostic, la coordination externes avec les partenaires qui permet une interconnaissance des acteurs, une cartographie de l'existant, la création de nouveaux projets, de nouvelles organisations et un meilleur maillage territorial. Il y a également la coordination des agents en interne, notamment dans les situations préoccupantes comme les personnes isolées/loin des parcours de soins.

- **Soutenir le pouvoir d'agir des personnes concernées**

Pouvoir apporter, sensibiliser, faire connaître les dispositifs, c'est permettre aux usagers de pouvoir choisir et décider par eux même : c'est donner du pouvoir d'agir. Les actions de prévention permettent de comprendre et de connaître pour passer le pas et choisir ce que l'on souhaite. Des outils sont développés comme celui pour la liberté de choix qui permet de sensibiliser aux directives anticipées, en sensibilisant et en faisant connaître les possibilités, les personnes ont le choix de décider et donc d'agir sur elles-mêmes. Il existe également le dispositif d'auto dépistage Icope, mais aussi les actions collectives comme le conseil des aînés.

- **Questions**

Amandine Porcher Sala, gérontologue – association TASDA :

Existe-t-il des structures pour les personnes allophones ? Ou avez-vous connaissance de structures les accompagnant ?

Réponses :

- dans les MDH il y a la présence d'écrivains publics et des ateliers sociolinguistiques, dispositif porté par la ville/CCAS
- association Paysage

François Thérèse, Adhérent à Alertes 38 :

Pose une question à l'écosystème au sujet du non-remplacement des médecins.

L'indisponibilité des médecins, à laquelle il s'est confronté, devient très problématique. Il demande comment mettre en place un écosystème de santé, notamment des centres de santé locaux.

Réponses :

La situation des médecins de ville est très tendue, il y a peu de MSP. L'AGECSA est très subventionnée par la ville. La ville a un travail très rapproché avec la CPTS et la CPAM. Il y a un projet d'ouverture d'un centre de santé (public) mais la ville manque de locaux.

La CPTS du Nord-Grésivaudan est très active mais elle connaît une pénurie de médecins.

Sur le [site internet de MR38](#) -> des informations avec les contacts des PASI (points d'accueil de soins immédiats)

Ce qui est important c'est d'utiliser au mieux les moyens existants et surtout de les faire connaître au grand public. Il y a un véritable enjeu de communication et de diffusion.

4. Quelles solidarités ? : Point de vue de médecins retraités

Olivier ROUX – Président de l'association des Médecins Retraités de l'Isère (MR38)

Aider les membres de l'amicale et pallier à leur isolement + contribuer à la promotion de la santé en tant que médecin retraité

MR38 a mis en œuvre des actions en ce sens :

- EBV VAX
- Vaccination COVID bénévole à domicile des personnes en GIR 1 et 2 dans le département
- Réunion régulières des adhérents sur les pathologies des seniors
- Membre du lab santé [tecadom](#) (UIAD/TASDA/MR38)
- GT interne avec les membres :

Quelles sont les problématiques rencontrées par les adhérents de MR38 ?

- Ces adhérents ne sont plus soignants mais des personnes seniors
- Peu de soignants en cumul emploi retraite
- Pénurie de médecins pour eux-mêmes malgré leurs réseaux
- Fracture numérique (difficultés d'accès aux prises de rdv et dans la récupération de résultats d'analyses sur les plateformes)
- Difficultés d'accès aux urgences que leur qualité d'ancien médecin ne soutient pas
- Beaucoup de sollicitations par des proches pour fournir une aide à trouver des soignants
- Méconnaissance des structures / organisations actuelles (MSP, DAC, CPTS...)

Préconisations aux adhérents issues de ce GT :

- Avoir un médecin de traitant (arrêter la logique de l'auto-médecin traitant)
- S'informer, rester abonné aux revues médicales, garder la connaissance du système
- Recruter des médecins en cumul emploi-retraite parmi les adhérents de l'association
- Entraide sur l'accès au numérique
- Mise en commun des carnets d'adresse en interne
- Publication de la liste des CPTS, ordre des médecins, accès hotline CHUGA réservée aux médecins et anciens médecins

Trois constats :

- Utiliser et diffuser les informations sur les « rustines » actuelles en matière d'accès aux soins.
- La pénurie de médecin ira jusqu'à 2030
- Invitation à repenser le système de soins

Autres perspectives mobilisant les médecins retraités :

- en projet à Grenoble : [Centre de Spécialités Médicales Odon Vallet](#) (CSMOV)
- actualité en AURA : Dispositif « [un médecin près de chez vous](#) », ARS AURA
- ailleurs en France : l'association [Médecins Solidaires](#)

5. Solidarités intergénérationnelles : Point de vue SC2S

Matthias Touillon – Responsable régional (AURA) du Service Civique Solidarité Seniors

SC2S : service civique solidarités seniors est une association nationale de loi 1901. Elle permet à des jeunes, âgés de 16 à 25 ans, de s'engager sur des missions de service civique auprès de personnes âgées, le service civique n'est pas obligatoire. L'objectif de leur service civique est de lutter contre l'isolement des personnes âgées.

Conditions : L'établissement doit avoir un tuteur professionnel ou bénévole (ex : animateur) et la mission ne doit pas se substituer à une mission professionnelle/bénévole. Il faut leur laisser une place à l'autonomie (engagement de la part de la structure) : création de projets « fil rouge » (ex : création d'un jardin de soins dans un EHPAD)

L'intérêt de l'intergénérationnalité c'est donc la sensibilisation à l'existant, mais aussi ça permet la création de lien entre le jeune et la personne âgée, entraînant un retour sur le collectif et la création d'autre lien avec d'autres personnes âgées.

Évaluation de l'utilité sociale :

- la présence des jeunes favorise la connaissance et la fréquentation par les aînés à des services locaux (c'est une présence complémentaire à des bénévoles ou des professionnels) et d'identifier des besoins qui n'avaient pas été décelés jusque-là ;
- sentiment de valorisation ressenti par les tuteurs ;
- recul du sentiment de l'isolement, augmentation sentiment de bien-être et sentiment d'utilité auprès des jeunes pour les personnes aînées accompagnées ;
- sentiment d'utilité pour les jeunes, développement de compétences, 40 à 50% des jeunes continuent dans le secteur du médical ou social,
- 100 missions en AURA il y a 4 ans (quasiment pas en Isère) > 700 missions AURA cette année, environ une soixantaine dans le Département de l'Isère

Quels rôles par rapport au parcours de santé ? :

Les jeunes n'interviennent pas sur le soin directement, puisqu'ils interviennent sur les questions du lien mais ils peuvent avoir un impact sur ces questions : échanger sur les questions de soin ; informer sur les dispositifs existants ont un effet de connaissance, d'adhésion et de recours aux soins ; accompagner / encourager le retour à la participation à des temps collectifs de prévention ; appui au numérique (sans être des médiateurs numériques)

Conclusions

Edmond-Jean Menoud

Les statistiques renvoient à des réalités difficiles. Depuis 2005 la participation des + de 60 ans est en chute libre, cela devrait interroger les politiques. Les personnes âgées sont des catégories sociales qui existent depuis longtemps. D'un point de vue électoral elles votent plus à droite que quand elles sont jeunes. Nous assistons également à une progression fulgurante de l'automédication sans connaissances et compétences des individus. Le débat devrait aussi être ouvert sur la sécurité des médecins à l'hôpital. Le militantisme est important car il fait avancer les choses.

Alain Franco

La question posée aujourd'hui est très présente car on voit la rareté de la médecine générale, la raréfaction est de plus en plus présente. Il faut chercher les solutions. La 1^{ère} chose à faire c'est de distinguer, sans séparer, l'accès aux soins et le parcours de vie sociale de la personne. La 2^{ème} concerne le changement de mentalité des acteurs du soin en lien avec la transformation de leurs horaires de travail. Il faut retravailler l'éthique des médecins et retravailler leur éducation sociale.

Pour favoriser l'accès aux soins il faut :

- Utiliser l'existant
- Apprendre aux malades, aux aînés, à s'autonomiser (notion d'*empowerment*)
- Apprendre à mieux accéder aux soins et aux droits
- Apprendre à mieux attendre le soin, être moins anxieux
- Se soigner différemment et se soigner soi-même.
- Echanger mieux avec ses pairs
- Donner et recevoir de l'aide, vivre une solidarité nouvelle, intergénérationnelle et intragénérationnelle
- Transmettre et être utile

**PERSPECTIVES :**

- Prochaine matinale sur le thème des mobilités, détails à venir
- Invitations : les invitations seront élargies aux acteurs locaux particulièrement investis auprès de personnes allophones
- Membres de l'écosystème, n'hésitez pas à relayer l'information concernant l'existence des différents dispositifs présentés !

Votre contact pour l'AUEG :

Amandine PORCHER SALA – amandine.porcher@tasda.fr

L'AUEG remercie l'association Alertes 38 pour la location de la salle.