

<p>SAINT ROCH</p> <p>ESPACE DE SANTE PUBLIQUE</p> <p>DU SOIN A LA SANTE</p>	<p>Relevé : 6 pages Annexes : 2 articles + 3 Annuaires</p> <hr/> <p>Diffusé le 29/06/07 aux membres présents + Mme PIQUET, Dr DREKSLER, M. DERRIVES, M ROMATET, M. BINI, Mme DUPONT</p>
<p>RELEVÉ DE CONCLUSIONS</p> <p>COMITE DE PROGRAMMES « VIEILLISSEMENT » du MARDI 19 JUIN 2007 de 9h00 à 12h00 Lieu : CCAS de la Ville de Nice, place Pierre Gautier à Nice</p>	
<p><i>Sommaire</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Approbation du compte rendu du Comité de Programmes du 22 mai 2007 2 - Compte rendu de la réunion du 13 juin 2007 du groupe Recherche/Innovation/Evaluation" 3 - Echanges sur le pôle partagé de santé publique 4 - Validation de la composition des 3 groupes de travail : A/ Infocentre/Observatoire B/ Recherche/Innovation/Evaluation C/ Information/Formation 5 - Point sur les objectifs attendus des groupes "Observatoire" et "Information/Formation" 6 - Proposition d'organisation d'une rencontre sur la "nouvelle santé publique" 7 – Prochaines réunions 	
<p><i>Présents</i></p> <p>CONSEIL GENERAL 06 : Dr JOSSERAN, Dr DALFIN représentant le Dr SAOS</p> <p>MAIRIE DE NICE : Pr AYRAUD, Dr TOBAILEM, Mme BALLAIRE</p> <p>CCAS DE LA VILLE DE NICE : Dr MARI-FONTANA, Dr KAZARIAN, Mme JOUFFRE, Mme BOTTERO</p> <p>CODES DES ALPES-MARITIMES : Pr ZIEGLER, Mme PATUANO</p> <p>CODERPA : Pr ZIEGLER</p> <p>MUTUALITE FRANCAISE DES ALPES-MARITIMES : Dr MUCCHIELLI</p> <p>Experts : Pr ROCHON, Pr BURY</p> <p>CHU DE NICE : Dr CAPRIZ-RIBIERE, Dr PRADIER, Mme ASSO-VERLAQUE, Dr BENTZ, Dr LE DUFF, C. SEYS, Mme PAUMELIN</p> <p><i>Absents excusés</i></p> <p>M. GROUSELLE, Pr BROCKER, Dr DREKSLER, Dr REFAIT, Dr ARRIGHI</p>	

Mme le Dr MARI-FONTANA souhaite la bienvenue à l'ensemble des participants et souligne l'intérêt du CCAS de la Ville de Nice pour le projet de création d'un pôle partagé de santé publique.

Mme ASSO-VERLAQUE et **M. le Pr ROCHON** remercient M. le Directeur Général et Mme la Vice-Présidente du CCAS de la Ville de Nice pour leur accueil. Ils rappellent que, d'une part, le projet Saint Roch Espace de santé publique est désormais lancé, notamment dans le cadre des travaux actuels sur le Vieillessement, et que d'autre part, les équipes pourront être accueillies très rapidement à Saint-Roch après la libération des locaux par les services cliniques actuels.

1 – APPROBATION DU RELEVÉ DU COMITÉ DE PROGRAMMES DU 22 MAI 2007

Aucune observation n'est formulée sur ce relevé qui se veut, avant tout, un aide mémoire pour les participants.

2 – COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DU 13 JUIN 2007 DU GROUPE RECHERCHE/INNOVATION/EVALUATION

M. le Dr PRADIER fait un bref compte rendu de la réunion du 13 juin.

2.1. Postulat retenu par le groupe

Ce groupe de travail se fixe d'emblée la possibilité d'explorer « sans limites » toutes les pistes, de bouleverser les dogmes, d'imaginer d'autres modèles, de penser autrement comme l'a souhaité notamment M. GROUSELLE le 22 mai.

2.2. Pistes de réflexions évoquées

2.2.1. Bien Vieillir et santé publique

- Qu'est ce que le Bien Vieillir ?
- En tant qu'intervenant en santé publique :
 - sur quels déterminants de santé pouvons nous agir ?
 - comment travailler sur les itinéraires, trajectoires, transitions et zones de fractures ?
 - comment évaluer le bien être ?
 - Vieillir n'est pas une maladie : le problème n'est pas de mourir en bonne santé, mais d'agir sur la réduction des problèmes sociaux et médicaux inhérents à la fin de vie
- Qu'est ce qu'une politique de prévention du vieillissement ?
- Quelles vont être les nouvelles pathologies liées au vieillissement ?

Travaux à prendre en compte :

- les travaux de l'Assurance Maladie sur la préparation à la retraite
- l'analyse des besoins sociaux faite par les CCAS.

2.2.2. L'approche par les parcours de vie

- la construction des parcours de vie
- la contrainte des classes d'âge à prendre en compte dans le cadre légal (âge de la retraite, âge d'entrée dans les EHPAD, ...)
- L'incidence des ruptures/fractures dans les trajectoires de vie : « Le déterminant du mal vieillir c'est un dysfonctionnement qui casse le projet de vie »

2.2.3. L'environnement, le modèle social et la préservation du capital social

- les attentes et besoins des futurs seniors, forcément différents de ceux des seniors actuels
- les évolutions sociétales dont le retentissement est fort sur la façon dont on vit, et dont on envisage son avance en âge
- la préservation du capital social
- La perte du lien social (cf. création du Service Lien Social au CCAS)
- la perte ou l'absence de projet de vie
- le rôle de la famille et de l'entourage
- l'incidence de la précarité (les personnes précaires meurent plus tôt)
- l'évolution des foyers logements qui n'acceptent plus aujourd'hui que des personnes valides
- le fait que les maisons de retraite accueillent aujourd'hui en grande majorité des patients lourds, voire très lourds
- la vision négative que nos sociétés ont du vieillissement.
- l'hypothèse des corrélations entre l'absence de projets d'établissement et de projets de vie dans certaines EHPAD

Cf. 2 articles sur le capital social joints en annexe.

2.2.4. Recherche et Observation

- Pour innover, il faut être en capacité d'observer et d'assurer un suivi multidimensionnel
- Comment coordonner les acteurs détenant des données pour obtenir des données probantes ? Ne se pose-t-il pas un problème de gouvernance ?

→ Il est acté que ce groupe de travail travaillera en lien avec celui consacré à l'Observatoire.

2.3. Quelques pistes méthodologiques

- nécessité d'un travail bibliographique sur les modèles sociaux existants.
- nécessité de s'adjoindre les compétences de chercheurs en sciences sociales et/ou de l'INSERM
- participation nécessaire des usagers à cette réflexion (Inviter le CODERPA).

2.4. Les grandes lignes du débat du 19 juin

- l'importance d'une réflexion sociétale et d'une action sur les déterminants de santé
- le pari ambitieux de réfléchir à un nouveau modèle social
- le champ particulièrement vaste de l'étude et la nécessité probable de définir une problématique ciblée
- l'ouverture de ce groupe de réflexion aux usagers
- les passerelles à créer entre les trois groupes de réflexion

- la nécessité de mettre en place un espace collaboratif pour faciliter les échanges entre partenaires

Ce groupe « Recherche/Innovation/Evaluation » se réunira, autour d'un brain storming, le 11 juillet à 14h30 à l'Hôpital de Cimiez, Pavillon Victoria, salle de réunion du 2nd étage.

3 – ECHANGES SUR LE POLE PARTAGE DE SANTE PUBLIQUE

- L'Espace St Roch devra se positionner comme lieu de recherche appliquée au terrain et non comme lieu de recherche fondamentale.
- L'Espace ne doit pas se substituer aux opérateurs de terrain, notamment les associations, qui oeuvrent depuis longtemps dans le domaine de la santé publique et qui sont subventionnés par l'Etat et les collectivités locales et territoriales.
- La place de l'Espace St Roch serait plus en amont ou en aval, dans la « meta-analyse », de type observatoire, cartographie, aide à l'évaluation des acteurs de terrain qui manquent d'outils.
- L'Espace St Roch doit apporter une réelle plus-value au bénéfice de la population, en respectant les acteurs de terrain et en n'ignorant pas ce qui se fait depuis de longues années sur le terrain.
- L'Espace St Roch ne doit pas être vécu comme une structure concurrentielle. Il a plutôt vocation à être un lieu fédérateur d'aide à la mise en œuvre, qui ne doit pas faire à la place de.
- L'Espace Saint Roch ne doit pas non plus s'interdire de faire en n'étant qu'un espace de réflexion.
- Il conviendra probablement de définir les champs d'action dans lesquels le soutien de l'Espace St Roch peut permettre de faire plus et mieux.
- La valeur ajoutée de l'Espace St Roch réside fortement dans le partenariat avec des structures très différentes. Au cours du débat, sont également cités comme autres partenaires : l'Institut Gérontologique des Alpes-Maritimes, la Société Française de Gérontologie, la Société Française de Santé Publique ainsi que l'Assurance Maladie.

4 - VALIDATION DE LA COMPOSITION DES 3 GROUPES DE TRAVAIL

Cf. annuaires joints en annexe.

5 - POINT SUR LES OBJECTIFS ATTENDUS DES GROUPES "OBSERVATOIRE" ET "INFORMATION/FORMATION"

5.1. Groupe Infocentre / Observatoire

M. le Dr JOSSERAN signale, en préambule, qu'il est chargé de relancer les travaux de l'Observatoire Gérontologique Départemental. Il propose, pour éviter tout doublon dans les travaux, de mutualiser et de rassembler les ressources susceptibles de travailler sur ce sujet.

Il est rappelé les fonctions de cet Infocentre évoquées lors du Comité Programmes Vieillesse du 22 mai dernier :

- 1/ se donner les moyens d'une meilleure connaissance de la problématique liée au Vieillissement en identifiant **les bases de données** et en les mettant en réseau
- 2/ se doter d'un système de **veille** notamment sur les parcours de vie
- 3/ mettre en place un système de **surveillance**
- 4/ réaliser des enquêtes épidémiologiques

Il est souligné, d'une part, que l'Observatoire n'est pas seulement appelé à fournir des chiffres bruts mais également des données issues des sciences sociales et, d'autre part, qu'un travail de recensement d'expériences similaires serait profitable. Il est suggéré qu'un lien soit fait, dans ce cadre, avec la gestion des connaissances afin de donner du sens et une valeur ajoutée aux données collectées.

Ce groupe se réunira le jeudi 12 juillet à 14h au Département de Santé Publique du CHU de Nice, Archet 1.

5.2. Groupe Information / Formation

Rappel des cibles d'actions d'information et de formation évoquées lors de la réunion du 22 mai :

- les professionnels de la santé, les formateurs eux-mêmes ainsi que les responsables d'établissements publics et privés
- les associations et acteurs de proximité
- la population générale
- les aidants naturels et les personnes intervenant au domicile

Il est souligné que l'objectif est de rendre les personnes acteurs de leur santé et que l'analyse des besoins de formation de l'ensemble des acteurs intervenant en santé publique est, pour ce faire, primordiale.

Il est dit que les acteurs politiques ne doivent pas être oubliés car ils ont un rôle majeur dans l'élaboration des politiques de santé publique. Il est observé que les acteurs de terrain doivent également être formés à l'expression des besoins de santé publique auprès des élus.

Ce groupe se réunira le 12 juillet à 10h au Département de Santé Publique du CHU de Nice, Archet 1.

6 – PROPOSITION D'ORGANISATION D'UN SEMINAIRE DE FORMATION SUR LE CONCEPT DE « NOUVELLE SANTE PUBLIQUE »

Il est proposé que soit organisé, avant la fin de l'année 2007, un séminaire de formation sur le concept de « nouvelle santé publique » auquel seraient invités prioritairement les partenaires réunis au sein de l'Espace partagé Saint Roch. Seront également conviés :

- le conseil de l'ordre des médecins
- le réseau des pharmaciens
- les infirmiers et kinésithérapeutes libéraux
- les responsables des pôles de santé publique des hôpitaux PACA Est.

Il est évoqué la possibilité de tenir deux rencontres, regroupant chacune une quarantaine de participants. Les rencontres seraient précédées de l'envoi d'un dossier documentaire.

7 – PROCHAINES REUNIONS

M. le Dr MUCCHIELLI convie l'ensemble des participants réunis aujourd'hui au prochain Comité de Programmes Vieillessement le **14 novembre 2007 de 9h à 13h à la Mutualité Française, avenue Gustave V.**

RECAPITULATIF DES PROCHAINES REUNIONS

* 2^e réunion du groupe "**Recherche/Innovation/Evaluation**" du "Comité Vieillessement" : **mercredi 11 juillet 2007 à 14h30** à l'Hôpital de Cimiez, Pavillon Victoria, salle de réunion du 2nd étage

* 1^{ère} réunion du groupe "**Information/Formation**" du "Comité Vieillessement" : **jeudi 12 juillet 2007 à 10h** au Département de Santé Publique, Niveau 1 de l'Hôpital de l'Archet 1, 151 route de St Antoine de Ginestière, à Nice

* 1^{ère} réunion du groupe "**Infocentre/Observatoire**" du "Comité Vieillessement" : **jeudi 12 juillet 2007 à 14h** au Département de Santé Publique, Niveau 1 de l'Hôpital de l'Archet 1, 151 route de St Antoine de Ginestière, à Nice

* **Comité Programmes Vieillessement** : **mercredi 14 novembre 2007 à 9h**, à la Mutualité Française PACA, salle du Conseil d'Administration, 7 avenue Gustave V à Nice

* Rencontre sur la "**nouvelle santé publique**" : **le mardi 11 décembre 2007 à 14h30** et/ou **le 5 février 2008 à 10h** à l'Hôpital de Cimiez (Grand Hôtel, salle Pierre Lilly)

Annexes :

- 1 – Deux articles sur le capital social
- 2 – Annuaire mis à jour du Comité Programmes Vieillessement
- 3 – Annuaire des 3 groupes de travail

Capital social et sain vieillissement

Joanne Veninga, *Division du vieillissement et des aînés, Centre pour la promotion de la santé, Agence de santé publique du Canada*

*L'auteure tient à souligner l'aimable participation de **Norah Keating**, de **Jennifer Swindle** et de **Deborah Foster** de l'Université de l'Alberta.*

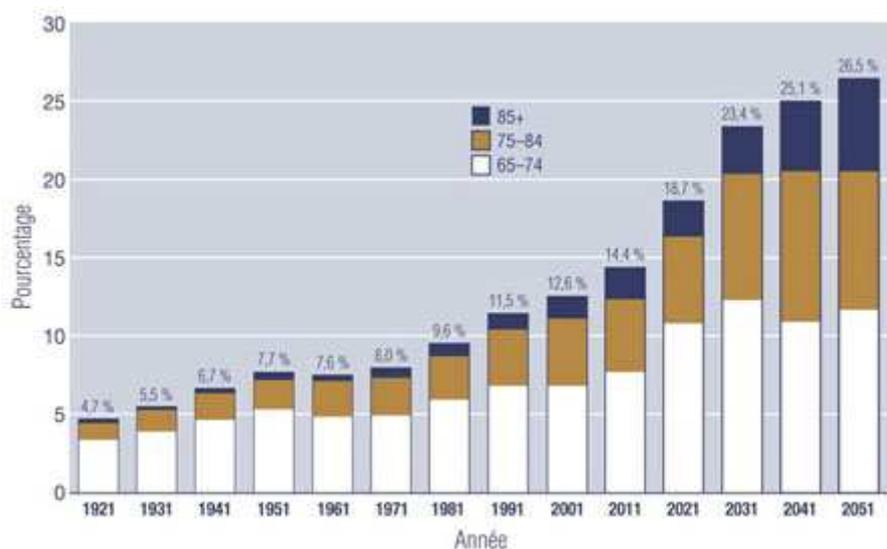
Au fil de la vie, l'ensemble de la population des aînés traverse plusieurs grandes étapes, d'où la vulnérabilité accrue des personnes âgées à l'isolement social et à l'exclusion. En ce sens, il est bon d'aborder la question sous l'angle du capital social, surtout lorsqu'on tente d'élaborer des politiques et des programmes axés sur le sain vieillissement. Cet article fait état de récentes études portant sur le capital social et le « bon vieillissement », examine divers types de réseaux d'aînés et décrit en quoi ils peuvent servir à réduire l'isolement social, à garantir la qualité des soins et à instaurer d'intéressants modes et services de soutien au sein des secteurs communautaire et bénévole.

Une population canadienne vieillissante

Les aînés constituent le segment de population qui augmente le plus rapidement au Canada. Ce phénomène se poursuivra, au fur et à mesure que les membres de la génération de l'après-guerre, soit les « baby-boomers », atteindront 65 ans¹. D'ici 2015, il y aura plus d'aînés que d'enfants au Canada¹.[↑](#)

En 2005, les aînés constituaient 13 %² de la population totale. D'ici 2031, on prévoit qu'ils représenteront quelque 23 % de l'ensemble de la population canadienne ([voir la Figure 1 à la page 22](#))³. Les aînés « plus âgés » constituent le groupe démographique en plus grande expansion; d'ici 2056, un Canadien sur dix aura 80 ans ou plus, comparativement à un Canadien sur 30 en 2005¹. En outre, un nombre croissant d'aînés vieillissent « sur place », c'est-à-dire que plus de 90 % des personnes de 65 ans et plus continuent de vivre au sein de leur collectivité⁴. Les Canadiennes tendent à vivre plus longtemps que les hommes et représentent donc 57 % de la population vieillissante^{2,5}. Une femme de 65 ans peut espérer vivre pendant 20,8 autres années alors qu'un homme peut s'attendre à vivre pendant 17,4 autres années⁵.

Figure 1 : La population canadienne des aînés par sous-groupes d'âge, 1921-2051³



Source : Statistique Canada, 1999-2005.

Une période de transitions

Au fur et à mesure qu'ils vieillissent, les aînés peuvent connaître de grands bouleversements de vie susceptibles d'affaiblir leurs réseaux sociaux, comme la retraite, la détérioration de la santé, les déplacements forcés et le décès de personnes chères, par exemple^{6,7, 8}. L'isolement social tend également à s'exacerber au fur et à mesure que les gens vieillissent et que les réseaux de parents et d'amis se réduisent⁹. Les études révèlent que les personnes qui demeurent activement engagées dans la vie et qui sont socialement branchées sont plus heureuses, plus en forme physiquement et mentalement, et plus en mesure de franchir les étapes de la vie.

Les liens sociaux positifs (p. ex., la famille, les amis, l'appartenance à un groupe local) ont pour effet de rehausser et de sauvegarder la santé^{10,11}. En ce sens, les taux de mortalité précoce, de maladies cardiaques et de facteurs de risque pour la santé sont plus faibles chez les gens qui profitent de contacts sociaux et de réseaux de soutien plus solides¹². Par conséquent, les politiques et les programmes axés sur le sain vieillissement ont tout intérêt à miser sur le capital social. Comme le précise l'article en page 6, le capital social fait référence aux « réseaux de relations sociales donnant accès aux ressources et à l'aide nécessaires ».

Les réseaux sociaux et le bon vieillissement

Dans son livre « The Role of Social Capital in Aging Well », Keating *et coll.*¹³ font appel à la théorie du capital social pour expliquer divers types de réseaux d'aînés et leur effets sur le bon vieillissement. Les auteurs explorent trois visions du sain vieillissement et le rôle qu'y jouent les réseaux :

- **Maintien de la santé physique et cognitive** : Les réseaux fournissent-ils les ressources requises et donnent-ils accès aux services nécessaires au maintien et à l'amélioration de l'état physique et cognitif?
- **Engagement dans les domaines du travail et des activités communautaires** : Les réseaux ont-ils pour effet de favoriser ou de restreindre les possibilités?
- **Liens harmonieux entre la personne et son environnement** : En quoi les réseaux aident-ils à assurer des liens harmonieux entre la personne et son environnement¹³?

Sur le plan de la composition et des ressources, on note de grandes disparités entre divers types de réseaux d'ânés que Keating *et coll.* catégorisent ainsi : **réseaux sociaux** (groupes de douze ou treize personnes avec lesquelles les ânés entretiennent des liens étroits); **réseaux de soutien** (des contacts utiles, y compris des interactions quotidiennes et des activités instrumentales, comme de l'aide pour les tâches ménagères, le transport, engageant de cinq à dix personnes); et les **réseaux de soins** (des réseaux de trois à cinq personnes qui fournissent un soutien aux ânés aux prises avec des problèmes de santé à long terme ou dont la capacité fonctionnelle est limitée).

Les faits saillants des études actuelles fournissent des renseignements intéressants et utiles sur les réseaux d'ânés ([voir l'encadré à la page 23](#)).

Quelques données sur les réseaux d'ânés . . .

- L'âge constitue un important déterminant des réseaux sociaux et de soutien --les réseaux sociaux des ânés plus âgés sont plus petits et davantage axés sur la parenté.¹⁶
- Le sexe de la personne a un effet sur la composition du réseau--les réseaux sociaux des femmes âgées sont plus grands que ceux des hommes âgés. Dans une large mesure, les études font ressortir la prédominance des femmes dans le domaine des soins, quoique les récents résultats d'une enquête nationale portent à croire que la proportion de femmes et d'hommes offrant des soins aux personnes âgées est semblable (54 % de femmes par rapport à 46 % d'hommes)¹⁷.
- Les personnes célibataires tendent à avoir des réseaux plus petits.
- Les personnes plus scolarisées semblent cultiver plus de liens avec des voisins et amis plus jeunes, alors que les personnes moins scolarisées tendent à profiter davantage du soutien de leur famille.
- Les personnes qui ont un revenu plus élevé et qui sont en meilleure santé entretiennent plus de liens avec l'ensemble de la collectivité.
- La présence accrue de femmes au sein de réseaux, une plus forte proportion de parents et la taille même du réseau constituent autant de facteurs clés lorsqu'on tente d'établir quels ânés obtiennent des soins personnels.
- Les collectivités qui offrent un haut niveau de soutien sont relativement petites, comptent une proportion accrue d'ânés et de personnes qui ont longtemps vécu au sein de la collectivité et se distinguent par le nombre relativement élevé d'heures de travail non rémunéré accompli par les membres de la collectivité¹³. Par conséquent, le fait de vivre dans une collectivité cohésive peut aider les individus à accéder aux ressources, malgré l'absence de réseaux personnels.

Atteinte d'un juste équilibre entre les soins formels et informels

C'est souvent la taille des réseaux sociaux (nombre d'amis et de parents), la qualité des liens et la proximité physique des aidants qui déterminent si les ânés obtiennent ou non une aide formelle de la part de professionnels, des soins informels de la part de parents ou d'amis ou s'ils n'en reçoivent pas du tout¹⁴. Même si le caractère des familles canadiennes a changé, les estimations révèlent qu'environ 80 % de tous les soins aux ânés leur sont toujours dispensés par des parents ou des proches¹⁵.

Une analyse de l'*Enquête sociale générale* (ESG) de 2002, *cycle 16, sur le vieillissement et le soutien social*¹⁶ s'intéressait aux liens entre les réseaux sociaux d'ânés non institutionnalisés et leur propension à obtenir des soins formels ou informels, ou à ne pas en obtenir¹⁴. Les résultats confirmaient l'importance des réseaux de soins :

- Parmi les aînés recevant des soins, 45 % comptaient exclusivement sur des réseaux informels.
- La nécessité de soins plus formels augmentait au fur et à mesure que les réseaux sociaux s'effritaient avec l'âge (même chez les personnes dont la santé était stable) et avec le décès du conjoint.
- Les personnes ayant accès à un large bassin de soutien (p. ex., l'appartenance à une grosse famille ou à une communauté de croyants) avaient davantage recours aux soins informels.
- Les personnes plus scolarisées et mieux branchées sur leur collectivité faisaient plus souvent appel aux réseaux de soins formels, peut-être parce qu'elles avaient moins de difficultés à maîtriser les rouages institutionnels qui peuvent compliquer l'accès dans le cas d'aînés moins alphabétisés. On note aussi une corrélation entre l'éducation, l'avoir accumulé au cours d'une vie et la richesse, ce qui porte à croire que plus les gens sont éduqués, plus ils ont les moyens de payer pour obtenir une aide formelle¹⁴.

Les réseaux sociaux aident à réduire l'isolement social

Les réseaux sociaux peuvent profiter aux aînés en augmentant leur sentiment de bien-être et de contrôle, et en atténuant le danger d'isolement social. Même si l'isolement social tend à s'accroître au fur et à mesure que les gens vieillissent, d'autres facteurs entrent en jeu, dont une santé déclinante, une invalidité, le sexe (l'isolement social affecte plus les femmes que les hommes¹⁸-- puisqu'elles vivent plus longtemps), le décès du conjoint, le fait de vivre seul, l'affaiblissement des réseaux sociaux, les problèmes de transport, le lieu de résidence, la méfiance face aux autres, la pauvreté et une faible estime de soi^{18,19,20}. Il importe néanmoins de reconnaître que les facteurs affectant un aîné peuvent ne pas affecter les autres de la même façon. Le fait de vivre seul, par exemple, ne signifie pas nécessairement que la personne se sent esseulée ou sans appui⁸. En outre, les aînés dont les réseaux sociaux diminuent au fil des années ne sont pas nécessairement mécontents ou seuls. Les études révèlent que le sentiment de bien-être tient davantage à la qualité qu'à la quantité des contacts sociaux²¹.

Compte tenu du nombre croissant d'aînés qui « vieillissent sur leur place », le problème de l'isolement social prend de l'ampleur. Même si les études ont toujours confirmé les liens étroits entre l'isolement social et la santé, la tangente de causalité entre le soutien social et la santé demeure nébuleuse--même si l'absence de réseaux de soutien peut contribuer à une mauvaise santé, la mauvaise santé en soi peut entraîner une perte de soutien social¹⁹. Quoi qu'il en soit, les programmes et services peuvent aider à réduire l'isolement en favorisant la participation et l'inclusion des aînés dans leurs collectivités. Les données probantes révèlent que les collectivités « bien nanties »²² en capital social sont mieux équipées pour protéger la santé de leurs citoyens, y compris les personnes socialement isolées.

Il faut obtenir plus de données probantes sur les caractéristiques, les facteurs de risque et les conséquences possibles de l'isolement social et ses effets sur la qualité de vie des aînés. En outre, il faut arriver à mieux comprendre les politiques susceptibles d'affecter l'isolement social et l'intégration sociale des aînés¹⁹. Pour répondre au besoin d'information, le ministre fédéral et les ministres provinciaux et territoriaux responsables des aînés ont fait de l'isolement social un enjeu de pointe et ont demandé aux responsables de l'étudier, de mettre en commun l'information à l'échelle des compétences, d'identifier les incidences possibles sur les programmes et les politiques, et de définir des approches axées sur la collaboration²³.

Le bénévolat et le sain vieillissement

On a démontré que le bénévolat contribue autant au bien-être des bénévoles qu'à celui des personnes qui profitent de leurs services²¹. Le bénévolat aide également les personnes à mieux composer avec leurs pertes, au fur et à mesure qu'elles vieillissent²⁴.

Un capital social peut être créé à partir du bénévolat--un niveau de capital social élevé favorise et prolonge la santé des personnes âgées, assure une aide informelle en cas de besoin, réduit la maladie, retarde la mort et améliore la qualité de vie^{25,26}. De plus, les activités bénévoles auxquelles s'adonnent les gens au cours des années adultes favorisent le sain vieillissement en leur permettant de jouer plusieurs rôles plus tard dans la vie. On croit aussi que le fait d'incarner plusieurs rôles dans la vie (p. ex., le rôle d'ami, de travailleur, de conjointe, de bénévole) favorise l'intégration sociale et aide les gens à faire face au stress²⁷.

Quoique la proportion officielle d'ainés qui s'adonnent au bénévolat soit plus faible que la moyenne nationale, ce sont les aînés canadiens qui consacrent le plus d'heures aux activités bénévoles^{28,29}. L'apport des aînés au secteur bénévole est jugé essentiel, surtout à l'échelle des organismes communautaires, y compris ceux créés par et pour les aînés. Il importe de reconnaître la valeur de l'action bénévole et de trouver des façons d'aider les personnes vieillissantes à s'adonner à des activités bénévoles valables, surtout celles aux prises avec des problèmes de santé, de revenu ou de transport³⁰.

L'enrichissement du capital social

Même s'ils n'ont pas été spécifiquement conçus dans une optique de capital social, plusieurs programmes fédéraux actuels pour les aînés (p. ex., le Programme de congé de soignant, le programme Nouveaux horizons pour les aînés) peuvent enrichir le capital social et favoriser le bon vieillissement. Ces programmes aident au développement de trois types de capital social : le **capital social qui unit (bonding)**--des relations qui permettent aux gens de « s'adonner aux activités courantes » de la vie; le **capital social qui relie (bridging)**--des liens qui permettent aux gens de se brancher sur des « ressources externes » pour « aller de l'avant »; et le **capital social qui crée des liens (linking)**--qui facilite l'établissement de liens entre les réseaux⁶.

Le capital social qui unit (bonding) : L'appartenance à un réseau de soins informels constitué de parents et d'amis peut s'avérer stressante en raison des coûts financiers, émotifs et de santé éventuels. Par contre, le soutien formel aux aînés (p. ex., les services communautaires et de soins à domicile) peuvent alléger les pressions qui s'exercent sur le réseau de soins informels. Le soutien formel enrichit le capital social qui unit car il permet aux aînés de « vieillir sur place » tout en demeurant branchés sur leur réseau social¹³.

Le capital social qui relie (bridging) : Les programmes qui donnent accès aux ressources peuvent aider les aînés à conserver leurs réseaux sociaux et réduire l'isolement social. Le programme [Nouveaux horizons pour les aînés](http://www.dsc.gc.ca/fr/psr/horizons/tabmat.shtml) de Développement social Canada (<http://www.dsc.gc.ca/fr/psr/horizons/tabmat.shtml>), par exemple, appuie des projets locaux qui encouragent les aînés à contribuer à leur collectivité en misant sur la participation sociale et sur la vie active¹³.

Le capital social qui crée des liens (linking) : Les programmes qui encouragent les liens entre les organismes bénévoles et les organismes gouvernementaux à divers niveaux peuvent améliorer l'accès des aînés et des familles aux ressources. La [Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels](#) est un organisme national qui a pour mission d'appuyer les réseaux de soins et

d'encourager les organismes d'aidants, les chercheurs et les gouvernements à discuter des politiques publiques axées sur la prestation de soins (<http://www.ccc-ccan.ca/index.php>)¹³.

Coup d'oeil vers l'avenir

Une perspective de capital social axée sur les aînés se montre particulièrement utile lorsqu'on tente d'établir des politiques publiques de promotion du sain vieillissement. Entre autres défis qui se posent, on doit mieux comprendre la fragilité des liens entre adultes âgés; l'utilité des liens qui se créent au sein des collectivités « physiques » et « virtuelles » d'aînés; le rôle des familles et des réseaux de soins dans le bon vieillissement; et l'importance d'évaluer les programmes¹³.

L'Agence de santé publique du Canada compte faire appel à la notion de capital social pour expliquer l'effet des relations sociales sur la santé des aînés et pour examiner l'efficacité et la justesse des interventions stratégiques qui sous-tendent ces relations³¹. Il importe de mener d'autres études pour définir les approches qui encadreront le mieux tous les types de réseaux de promotion de la santé.

Comprendre le capital social et son importance sur le plan de la recherche et des politiques de santé

Sandra Franke, *Projet de recherche sur les politiques, gouvernement du Canada*

Au fil du temps, le processus d'élaboration du concept de capital social a donné lieu à plusieurs définitions et à diverses perspectives. Le Projet de recherche sur les politiques (PRP) mené sous l'égide du gouvernement du Canada avait justement pour but de produire une définition et une approche communes du capital social. Cet article décrit la « perspective axée sur les réseaux » adoptée par le PRP et explique en quoi il s'agit d'un instrument utile pour comprendre comment l'intervention publique et les services gouvernementaux peuvent miser sur les liens sociaux pour atteindre leurs objectifs, notamment en matière de prévention et de soins de santé.

Un effort collectif

En janvier 2003, un comité de sous-ministres adjoints représentant 12 ministères fédéraux demandait au PRP d'examiner le rôle et la contribution du capital social en rapport avec la recherche, l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques canadiennes. Intitulé « Le capital social comme instrument de politique publique », ce projet permettait au PRP de produire une définition opérationnelle du concept¹, de proposer un cadre d'analyse et des instruments de mesure pertinents dans le contexte gouvernemental² et d'identifier les domaines de politiques et de programmes fédéraux où le concept était le plus susceptible de jouer un rôle important³. En outre, le PRP formulait une série de grandes recommandations quant à l'utilité et à l'usage du concept de capital social dans le contexte des politiques publiques⁴.

Le concept de capital social

La littérature sur le sujet établit des distinctions entre différentes approches ou perspectives face au capital social. Même si chacune prend une tangente particulière, toutes convergent autour de notions communes, telles que la participation, la coopération et la solidarité. D'autres notions comme la cohésion sociale, l'engagement, la confiance, la réciprocité et l'efficacité institutionnelle sont aussi rattachées de différentes manières au concept. Trois approches principales peuvent être distinguées. La première met l'accent sur la propension des personnes et des organismes à coopérer pour réaliser certains objectifs⁵, examinant ce qui les motive à se regrouper, la manière dont ils le font et leur perception des enjeux collectifs, selon les croyances et les influences culturelles⁶. La seconde approche est davantage axée sur les conditions qui favorisent ou découragent la coopération. Elle met l'accent sur les structures sociales et politiques d'une collectivité qui véhiculent des valeurs ou des normes propices à l'engagement social et civique, comme la confiance et la réciprocité⁷. La troisième⁸ approche, soit la « perspective réticulaire », se concentre sur les structures qui servent à mettre en oeuvre la coopération (c.-à-d., les structures de réseaux qui donnent accès à certaines ressources clés).

Tout en présentant des points de vue intéressants et variés sur le capital social, l'élaboration et l'utilisation de différentes approches a engendré un certain scepticisme quant à la valeur du concept même du capital social, résultant parfois en sa sous-utilisation comme instrument de recherche. C'est l'une des raisons pour lesquelles le PRP a déployé beaucoup d'efforts à l'échelle pangouvernementale pour trouver une définition du capital social qui conviendrait à toutes les parties en cause.

Une approche axée sur les réseaux au service des politiques publiques

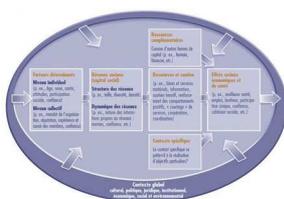
Grâce aux efforts collectifs du PRP, l'approche axée sur les réseaux (approche réticulaire) en est venue à constituer la perspective commune retenue pour comprendre le capital social sous l'angle des politiques publiques. Le fait de saisir en quoi les réseaux offrent aux individus et aux groupes un autre moyen d'obtenir des ressources utiles et de s'interroger sur leur façon d'y accéder et de les mobiliser de manière productive présente de nets avantages du point de vue des politiques publiques. Favorisant cette approche, le PRP a recommandé au gouvernement du Canada d'adopter la définition suivante : *Le capital social réfère aux réseaux de relations sociales pouvant donner accès à des ressources et du soutien*⁴↑.

L'approche réticulaire se fonde sur le postulat selon lequel les aspects structuraux et dynamiques des liens sociaux donnent accès à certaines ressources, y compris l'information, le soutien social et l'aide matérielle^{8,9,10}. Elle prend en compte le **capital social individuel** (le réseau social qui permet à un individu de trouver les ressources dont il a besoin), ainsi que le **capital social collectif** (le réseau créé par les groupes sociaux d'une collectivité pour produire les ressources nécessaires à la réalisation de leurs objectifs).

Pour que l'approche réticulaire soit un instrument utile aux recherches sur le capital social, elle doit être située dans un contexte beaucoup plus large. Au lieu de considérer les réseaux sociaux de manière isolée, il faut les voir comme des ressources complémentaires à d'autres qui fonctionnent de différentes façons selon le contexte. Le PRP a élaboré un cadre de travail qui saisit ce contexte.

Le cadre du PRP fait des distinctions entre ce qu'*est* le capital social (la structure et le fonctionnement des réseaux) et ce qu'il *fait* (ses effets directs et leurs résultats), tout en identifiant également ses sources (les déterminants). Il positionne le capital social comme une variable explicative--et non comme une fin en soi--ce qui permet d'étudier sa contribution à l'atteinte de différents résultats, nonobstant le domaine de recherche visé, d'où son intérêt pour les politiques publiques[↑]s.

Figure 1 : Cadre conceptuel du capital social développé par le PRP



Source : Adapté avec l'autorisation du Programme de recherche sur les politiques, 2005⁴.

Les réseaux sociaux : Une forme de capital

La plupart des gens ne pensent pas aux liens qu'ils créent en tant qu'investissement, comme ils pourraient le faire pour leurs économies ou leur éducation. D'un point de vue de politiques publiques toutefois, il peut être pertinent de considérer la manière dont les gens s'appuient sur leur réseau social pour se sortir de situations difficiles, tirer leur épingle du jeu ou aller de l'avant dans la vie. Le terme « capital » exprime simplement l'idée que, dans certaines situations, les relations peuvent[↑] devenir une ressource qui s'ajoute à d'autres ressources, conceptualisées aussi sous forme de capital : financier, humain, physique. Mieux comprendre la synergie entre les formes de capital tout au long du parcours de vie des individus (complémentarité, substitution ou

effet de levier d'une forme de capital par rapport à une autre) permet de développer des politiques et programmes mieux adaptés aux besoins.

À la base, l'approche réticulaire considère les liens sociaux comme un instrument qui permet de fournir les ressources et le soutien nécessaires, y compris des ressources tangibles (biens matériels, aide financière, services, information ou conseils); un soutien social (soutien émotif, présence, amitié); de l'influence (renforcement des comportements positifs); un renforcement des capacités (aptitude à faire face aux difficultés; contrôle de soi, autodétermination); et le courtage de services (accès efficace aux services offerts aux personnes qui ne veulent ou ne peuvent pas y accéder seules).

Stocks et flux

Il est aussi utile d'emprunter les notions de « stocks » et de « flux » de capitaux pour expliquer le fonctionnement du capital social et les résultats afférents¹¹. Les **stocks de capital social** font référence à la présence et aux différents types de relations sociales d'une personne sous diverses formes et combinaisons. Une typologie¹² utile est celle qui distingue entre les liens affectifs, les liens d'accointances de transition et les relations instrumentales, mais d'autres typologies peuvent s'avérer plus pertinentes, selon le domaine étudié. Chaque type de relations donne accès à une gamme différente de ressources.

Les **flux de capital social** renvoient à la manière dont les relations sociales sont mises à contribution dans une situation donnée. Les *entrées* de capital social sont les investissements (affectifs, en temps, en effort, etc.) qui permettent à une personne d'accumuler un stock de capital social. Ces investissements correspondent à des conditions ou processus qui servent à créer et maintenir des liens sociaux. Les *sorties* de capital social sont les conditions et les processus qui permettent aux individus d'utiliser ces stocks pour atteindre certains résultats socioéconomiques et de santé.

Comment se crée le capital social et comment l'utilise-t-on?

Une perspective réticulaire du capital social insérée dans un contexte d'analyse large comme celui présenté ci plus haut permet de décrire et de mesurer l'ensemble des variables qui entrent en jeu lorsque l'on s'intéresse au rôle instrumental des relations sociales. Il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas toujours aisé d'établir quels facteurs sont les déterminants du capital social dans certaines situations, pas plus qu'il n'est toujours évident d'établir avec certitude le sens de la causalité entre le capital social et certains phénomènes observés.

Prenons, par exemple, la création de capital social à l'échelle individuelle. L'engagement social aide-t-il à créer un capital social au profit de l'individu? Lorsqu'on examine la question dans le cadre du modèle de réseau, plusieurs possibilités émergent. Dans certaines circonstances, il se peut fort bien que l'appartenance à un groupe contribue au capital social de la personne--si elle aboutit à des relations sociales concrètes. Dans ce cas, l'engagement social pourrait être considéré comme un *déterminant* du capital social. Mais tel n'est pas toujours le cas puisque certaines formes d'engagement, comme le fait de voter, ne créent pas *nécessairement* de nouveaux liens.

Un autre exemple témoigne de ce phénomène au niveau collectif. La cohésion sociale au sein d'une collectivité *résulte-t-elle* de réseaux efficaces ou s'agit-il d'un *facteur qui sert à créer* les réseaux? Au sein d'une collectivité quelconque, la cohésion peut être le fruit de réseaux mais ce n'est pas parce qu'une collectivité est riche en réseaux qu'elle est nécessairement cohésive. Tout dépend de la raison d'être des réseaux, en bout de ligne.

Ces exemples soulignent l'importance d'éviter d'utiliser certaines notions comme l'engagement social ou la cohésion sociale (ou d'autres concepts, comme la confiance) comme substituts au capital social. L'utilisation d'un cadre d'analyse permet d'être explicite quant aux hypothèses de recherche sur lesquelles s'appuie l'analyste pour positionner les différentes variables dans le modèle. C'est en vérifiant ces hypothèses qu'il devient possible de mieux comprendre dans quelles circonstances le capital social est créé ou comment il est utilisé pour produire des résultats spécifiques. Les données longitudinales ou provenant d'enquêtes détaillées sont les moyens privilégiés utilisés pour produire les preuves les plus solides à cet égard.

Politiques de santé et capital social

Depuis quelques années, on s'interroge de plus en plus à savoir si le gouvernement devrait intervenir ou jouer un rôle en vue d'orienter le capital social. En fait, les gouvernements influencent *déjà* la manière dont les relations sociales se déploient à des degrés divers; qu'il s'agisse, entre autres, de la configuration et de l'accès aux espaces publics, des programmes de mentorat et de soins à domicile, du soutien aux groupes communautaires et aux aidants naturels ou de l'appel aux partenariats. Adopter une perspective axée sur le capital social implique simplement de porter une attention explicite au rôle des relations sociales dans l'atteinte d'objectifs de politiques et, à l'inverse, de se préoccuper des effets des politiques sur les relations sociales. Une perspective de capital social s'avère particulièrement pertinente et indiquée dans trois secteurs de politique sociale⁴, soit les populations à risque d'exclusion sociale; les grandes transitions de vie; et le développement communautaire.

Populations à risque

Nous savons qu'il existe une association étroite entre l'existence et la qualité des liens interpersonnels et la mortalité, la morbidité, la convalescence et l'ajustement face à une maladie chronique ou à une limitation des activités^{12,13}. À titre d'exemple, le genre de milieu social au sein duquel s'intègre une personne a un lien direct avec ses comportements en matière de santé, pour le meilleur ou pour le pire (p. ex., la consommation de tabac, de drogue ou d'alcool, le régime alimentaire, l'activité physique, le sommeil, les médicaments)¹⁴. Une bonne intégration sociale engendre habituellement un bon soutien social ou, du moins, l'impression qu'on peut avoir accès à un soutien. Par contre, l'isolement social est lié à une détérioration de la santé, surtout la santé mentale, en raison des effets négatifs qui y sont associés, dont l'aliénation¹². Les politiques de santé ont donc avantage à porter une attention explicite à la manière dont les populations les plus à risque de souffrir d'exclusion et d'isolement social peuvent miser ou non sur leurs réseaux sociaux pour atteindre les objectifs reliés à leur santé. On pense ici aux personnes handicapées, à celles souffrant de maladie mentale, aux personnes âgées, aux nouveaux immigrants, aux personnes vivant dans la pauvreté ou au sein de groupes marginalisés, notamment certaines collectivités de Premières nations et d'Inuits.

Grandes transitions de vie

Mieux comprendre l'évolution du réseau social des personnes et son rôle différencié au moment des étapes marquantes du parcours de vie est tout aussi important du point de vue des politiques de santé. On peut penser à l'influence des liens familiaux sur le développement de l'enfant qui se manifeste toute une vie; à l'influence des pairs au cours de la transition à la vie adulte; aux pressions de l'environnement social au moment de devenir parents (maternité, soins au nouveau-né) ou encore, à l'effet du soutien social au cours d'épisodes de maladie, lors de limitations soudaines d'activités et face au vieillissement. On a encore beaucoup à apprendre au sujet de la structure et de la dynamique spécifiques des réseaux sociaux pertinents à ces processus, de même

qu'au sujet de l'identification des personnes les plus à même d'exploiter à bon escient leur capital social dans de telles circonstances¹².

Santé et développement communautaire

Le rôle des réseaux sociaux en santé communautaire s'avère aussi fort intéressant sous l'angle des politiques de santé. Ce qui importe ici, c'est la qualité de la coopération intersectorielle entre divers intervenants communautaires dont les interventions visent l'amélioration de la santé des populations et la réduction des inégalités de santé¹⁵. Une telle approche préconise que les interventions ne soient pas exclusives au domaine de la santé et incluent des actions relatives à la pauvreté, à l'éducation, aux conditions d'emploi, à la qualité de l'environnement naturel, au cadre bâti, à la sécurité, à l'accès à l'information et aux services, etc., soit autant de facteurs qui ont une incidence sur la santé à l'échelle communautaire¹⁶. En ce sens, la qualité de la coopération intersectorielle est jugée essentielle. Porter une attention aux types de réseaux collectifs et aux dynamiques associatives qui prévalent dans différentes communautés, définir les conditions qui leur sont favorables et éliminer les barrières qui en limitent la portée constituent autant de stratégies qui permettent de maximiser la capacité des alliances à atteindre les objectifs que recherchent les politiques de santé.

Potentiel de l'approche axée sur les réseaux

Il est à souhaiter que l'adoption, par le gouvernement fédéral d'un modèle unique--spécifiquement l'approche axée sur les réseaux--aidera à clarifier le concept de capital social tout en maximisant son apport aux activités de recherche, de développement et d'évaluation des politiques et programmes. L'approche s'annonce prometteuse à plusieurs égards, dont l'intégration des immigrants, la lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale, le perfectionnement professionnel, la sécurité publique, la participation civique, le développement communautaire et la santé. L'approche axée sur les réseaux peut s'adapter à une gamme de secteurs et s'appliquer plus ou moins directement, selon les circonstances et les résultats souhaités. Certains articles de ce numéro du Bulletin se penchent sur des applications spécifiques, alors que d'autres discutent du potentiel de l'approche en termes plus généraux.

SAINT ROCH ESPACE DE SANTE PUBLIQUE

ANNEXE 2 : ANNUAIRE COMITE DE PROGRAMMES VIEILLISSEMENT

Nom/Prénom	Organisme	Téléphone	E-mail
Danièle ANTOINE	CCAS de Nice	04 93 13 51 16	dantoine@ccas-nice.fr
Dr Isabelle ARRIGHI	DDASS 06	06 83 51 12 95	Isabelle.arrighi@sante.gouv.fr
Mariane ASSO-VERLAQUE	CHU de Nice	04 92 03 44 22	asso-verlaque@chu-nice.fr
Pr Noël AYRAUD	Mairie de Nice	04 97 13 35 66	noel.ayraud@ville-nice.fr
Martine BALLAIRE	Mairie de Nice	04 92 47 83 54	martine.ballaire@ville-nice.fr
Dr Laurence BENTZ	CHU de Nice	04 92 03 56 35	bentz.l@chu-nice.fr
Joëlle BOTTERO	CCAS de la Ville de Nice	04 93 13 52 55	joelle.bottero@ccas-nice.fr
Pr Patrice BROCKER	CHU de Nice	04 92 03 43 01	brocker.p@chu-nice.fr
Pr Jacques BURY	ADSAN, Genève	+ 41 79 79 74 152	jacques.bury@adsan.org
Dr Françoise CAPRIZ-RIBIERE	CHU de Nice	04 92 03 40 27	capriz-ribiere.f@chu-nice.fr
Dr Corinne CAROLI-BOSC	CG 06	04 97 18 79 72	ccaroli-bosc@cg06.fr
Mme Bérandère DALBIES, Directeur Santé Solidarité Service	Mutualité Française PACA		b.dalbies@actimut.fr
Dr Michèle DALFIN	CG 06	04 97 18 66 84	mdalfin@cg06.fr
Dr Claude DREKSLER	Mairie de Nice	04 97 13 28 43	claudedreksler@ville-nice.fr
M. Robert DUMONT	CODERPA	04 93 82 88 44	
Martine DUPONT	CHU de Nice	04 92 03 40 09	dupont.m@chu-nice.fr
M. Christian GROUSELLE	DGA, CG 06	04 97 18 65 00	cgrouselle@cg06.fr
Dr Fabien JOSSERAN	CG 06	04 97 18 78 04	fjosseran@cg06.fr
Nathalie JOUFFRE	CCAS Nice	04 93 13 52 44	nathalie.jouffre@ccas-nice.fr
Hélène KAZARIAN	CCAS	04 93 13 52 29	hkazarian@ccas-nice.fr
Dr Franck LE DUFF	CHU de Nice	04 92 03 56 35	le-duff.f@chu-nice.fr
Patrick MALLEA	CHU de Nice	04 92 03 42 60 06 87 13 47 14	mallea.p@chu-nice.fr
Dr Eliane MARI-FONTANA	Mairie de Nice CCAS de Nice	06 09 88 49 56	eliane.mari-fontana@ccas-nice.fr
Chantal PATUANO	CODES 06	04 93 18 80 78	c.patuano.codes06@wanadoo.fr
Dr Alain MUCCHIELLI	Mutualité Française	06 15 77 03 79 04 93 82 88 44	a.mucchielli@actimut.fr
Mme Paulette PONS	CODERPA	04 93 82 88 44	paulette.pons@wanadoo.fr
Dr Christian PRADIER	CHU de Nice	04 92 03 56 30	pradier.c@chu-nice.fr
Dr Denis REFAIT	DDASS 06	04 93 72 27 92	denis.refait@sante.gouv.fr
Pr Jean ROCHON	Expert , Québec	001 418 694 1346	jalrochon@videotron.ca
Dr Jocelyne SAOS	CG 06	04 97 18 68 51	jsaos@cg06.fr
Christine SEYS	CHU de Nice	04 92 03 33 28	seys.c@chu-nice.fr
Dr Simone TOBAILEM	Mairie de Nice	06 08 35 81 85	simone.tobailem@ville-nice.fr

Pr Gérard ZIEGLER	CODES 06	04 92 03 56 70 06 89 11 34 35	lziegler@unice.fr
-------------------	----------	----------------------------------	-------------------

SAINT ROCH ESPACE DE SANTE PUBLIQUE – ANNEXE 3

1 - ANNUAIRE GROUPE INFOCENTRE/OBSERVATOIRE DU COMITE DE PROGRAMMES VIEILLISSEMENT

Nom/Prénom	Organisme	Téléphone	E-mail
Danièle ANTOINE	CCAS de Nice	04 93 13 51 16	dantoine@ccas-nice.fr
Mariane ASSO-VERLAQUE	CHU de Nice	04 92 03 44 22	asso-verlaque@chu-nice.fr
Dr Laurence BENTZ	CHU de Nice	04 92 03 56 35	bentz.l@chu-nice.fr
Dr Françoise CAPRIZ-RIBIERE	CHU de Nice	04 92 03 40 27	capriz-ribiere.f@chu-nice.fr
M. Robert DUMONT	CODERPA	04 93 82 88 44	
Dr Fabien JOSSERAN	CG 06	04 97 18 78 04	fjossesan@cg06.fr
Dr Franck LE DUFF	CHU de Nice	04 92 03 56 35	le-duff.f@chu-nice.fr
Dr Eliane MARI-FONTANA	Mairie de Nice CCAS de Nice	06 09 88 49 56	eliane.mari-fontana@ccas-nice.fr
Dr Christian PRADIER	CHU de Nice	04 92 03 56 22	pradier.c@chu-nice.fr
Christine SEYS	CHU de Nice	04 92 03 33 28	seys.c@chu-nice.fr
Pr Gérard ZIEGLER	CODES 06	04 92 03 56 70 06 89 11 34 35	lziegler@unice.fr

2 - ANNUAIRE GROUPE RECHERCHE/INNOVATION/EVALUATION DU COMITE DE PROGRAMMES VIEILLISSEMENT

Nom/Prénom	Organisme	Téléphone	E-mail
Mariane ASSO-VERLAQUE	CHU de Nice	04 92 03 44 22	asso-verlaque@chu-nice.fr
Dr Laurence BENTZ	CHU de Nice	04 92 03 56 35	bentz.l@chu-nice.fr
Joëlle BOTTERO	CCAS de la Ville de Nice	04 93 13 52 55	joelle.bottero@ccas-nice.fr
Dr Françoise CAPRIZ-RIBIERE	CHU de Nice	04 92 03 40 27 06 09 13 06 19	capriz-ribiere.f@chu-nice.fr
Conseil Général 06	A désigner		
Martine DUPONT	CHU de Nice	04 92 03 40 09	dupont.m@chu-nice.fr
Dr Franck LE DUFF	CHU de Nice	04 92 03 56 35	le-duff.f@chu-nice.fr
Patrick MALLEA	CHU de Nice	04 92 03 42 60 06 87 13 47 14	mallea.p@chu-nice.fr
Dr Alain MUCCHIELLI	Mutualité Française	06 15 77 03 79 04 93 82 88 44	a.mucchielli@actimut.fr
Mme Paulette PONS	CODERPA	04 93 82 88 44	
Dr Christian PRADIER	CHU de Nice	04 92 03 56 22	pradier.c@chu-nice.fr
Dr Denis REFATT	DDASS 06	04 93 72 27 92	denis.refait@sante.gouv.fr
Christine SEYS	CHU de Nice	04 92 03 33 28	seys.c@chu-nice.fr

**3 – ANNUAIRE GROUPE INFORMATION / FORMATION
DU COMITE DE PROGRAMMES VIEILLISSEMENT**

Nom/Prénom	Organisme	Téléphone	E-mail
Mariane ASSO-VERLAQUE	CHU de Nice	04 92 03 44 22	asso-verlaque.m@chu-nice.fr
Martine BALLAIRE	Mairie de Nice	04 92 47 83 54 06 76 98 74 18	martine.ballaire@ville-nice.fr
Dr Laurence BENTZ	CHU de Nice	04 92 03 56 35	bentz.l@chu-nice.fr
Pr Patrice BROCKER	CHU de Nice	04 92 03 43 01	brocker.p@chu-nice.fr
Hélène KAZARIAN	CCAS	04 93 13 52 29	hkazarian@ccas-nice.fr
Dr Franck LE DUFF	CHU de Nice	04 92 03 56 35	le-duff.f@chu-nice.fr
Chantal PATUANO	CODES 06	04 93 18 80 78	c.patvano.codes06@wanadoo.fr
Dr Alain MUCCHIELLI	Mutualité Française	06 15 77 03 79 04 93 82 88 44	a.mucchielli@actimut.fr
Dr Christian PRADIER	CHU de Nice	04 92 03 56 22	pradier.c@chu-nice.fr
Dr Simone TOBAILEM	Mairie de Nice	04 92 17 44 96 06 08 35 81 85	simone.tobaiem@ville-nice.fr
Christine SEYS	CHU de Nice	04 92 03 33 28	seys.c@chu-nice.fr
Pr Gérard ZIEGLER	CODES 06	04 92 03 56 70 06 89 11 34 35	lziegler@unice.fr