



Vieillir sans se mettre en retrait(e)

Conférence-débat et pique-nique canadien
SIT, Genève, 13 juin 2018, 12h-14h30

avec Hans Peter Graf, retraité non pratiquant
Dr sc. pol., gérontologue, membre du Conseil de la FAAG,
Fondation pour la Formation des Aînées et des Aînés de Genève
ainsi que (du comité) de moult associations d'aînés

SIT-R_VieillirSansSeMettreEnRetrait-e .ppt
15 participant-e-s

Lieux de vie des personnes (très) âgées à Genève : une minorité en EMS

- sur les 494'000 personnes habitant le canton au 31 décembre 2016, 81'200 (soit 16.4%) avaient > 65 ans, parmi ces dernières **24'200 avaient > 80 ans**
- 3'917 lits dans les 52 EMS au 31 décembre 2016
- **3'884 personnes hébergées en EMS** au 31 décembre 2016
- 5'045 personnes hébergées en EMS pendant l'année dont 81% âgées 80 ans ou plus
- seuls 13% des âgé-e-s 85-89 ans, 25 % des 90-94 ans, 41% des 95-99 ans résident en EMS
- fin 2016, **1300 personnes habitent dans un des 1234 logements des immeubles avec encadrement pour personnes âgées - IEPA**, anciennement appelés D 2, dans lesquels l'imad assure un encadrement
- un estimé d'environ **1000 personnes** (pas de statistiques disponibles) vivent dans autres **structures offrant logements adaptés à des personnes âgées encore indépendantes sur un plan fonctionnel (mais peut-être fragiles ou personnes en perte d'indépendance partielle)**: résidences, immeubles pour personnes âgées, immeubles intergénérationnels p.ex. Résidence Colladon, Jardins du Rhône, Résidence de la Gradelle et Trembley, Nouveau Prieuré, Les Crets de Vézenaz, Immeubles à infirmières de la Ville de Genève, Logements liés à l'EMS Stella, Espace intergénérationnelle de Meinier, Immeuble Cressy Plus à Confignon, Centre de vie intergénérationnel de Perly-Certoux. ...
- → la grande majorité habitent dans leur logement traditionnel

Les établissements de santé à Genève : résultats 2016, Genève : OCSTAT, janvier 2018

Statistiques cantonales, Domaine 14 Santé-Tableaux EMS, www.ge.ch/statistique/domaines/14/14_02/tableaux.asp#6

Maintien à domicile, résultats 2016, Genève : OCSTAT, novembre 2017

Autres structures: estimation très approximative de Hans Peter Graf "Déménager en EMS ?", dia 8.

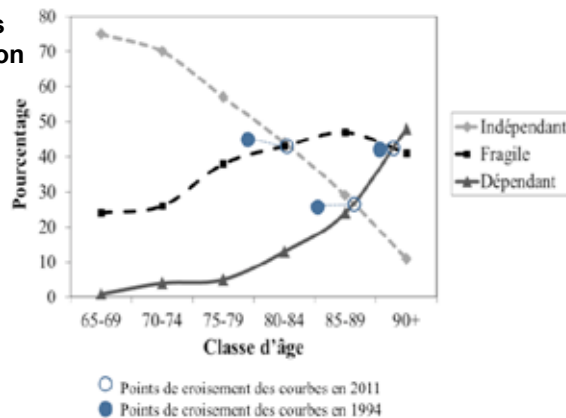
1^{er} Jeudi des 3 Jéudis de la FAAG du 22 février, 8 et 22 mars 2018, "Vieillir à domicile, en EMS, ou en IEPA ? ou ailleurs ?" 2

La bonne nouvelle : sur le plan de santé fonctionnelle la majorité parmi nous resterons plus longtemps indépendants, malgré les inégalités devant la vieillesse et l'augmentation avec le grand âge de la proportion des fragiles et dépendants

Statuts de la santé dans la population âgée, selon la classe d'âge

Sources :
2011 : Etude VLV, dir. M. Oris, CIGEV, CIGEV, UniGE : Genève et Valais central, personnes vivant à domicile et en institution, N = 1424

1994 : Etude CIG, dir. Chr. Lalive d'Epina, CIG, Université de Genève, Genève et Valais central, personnes vivant à domicile et en institution, N = 2101

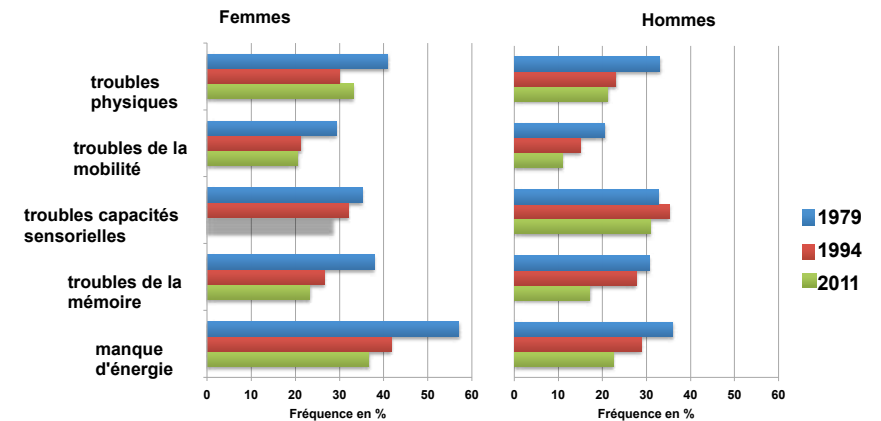


LALIVE D'EPINAY Christian, CAVALLI Stefano, Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie, Lausanne: Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, 2013, p. 22 (Le savoir suisse 93)

3

2011 comparé à 1994 ou 1979 : les personnes âgées en meilleure forme physique et mentale

Diminution nette des troubles de la mémoire et du manque d'énergie

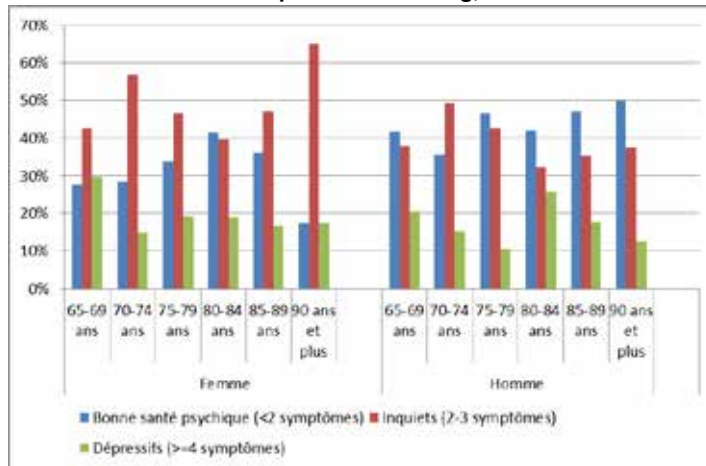


ORIS Michel "Le vieillissement de la population en Suisse ...", Colloque Marie Curie Le migrants âgés en Suisse, Université de Genève, 6 septembre 2016, dia 14 qui cite Baeriswyl, Oris, 6/5/2014

4

mais symptômes de dépression très répandus

Echelle de dépression de Wang, Genève 2011



ORIS Michel "Premiers résultats de Vivre-Leben-Vivere. Une enquête nationale sur les conditions de vie et de santé des personnes âgées, Annexe 3 au PV AG du 15 avril 2013 de la Plate-forme des associations d'ainés de Genève, dia 34

5

Personne âgée indépendante, fragile, dépendante

Définitions des statuts de santé fonctionnelle:

Indépendant [indépendance fonctionnelle]

Personne non fragile et sans incapacité sur les **AVQ de base**: activités de la vie quotidienne = faire une toilette complète, s'habiller / se déshabiller, manger, se coucher / se lever, se déplacer à l'intérieur du logement.

± activités **instrumentales** de la vie quotidienne (**AIVQ**):

faire les courses, faire les tâches ménagères, préparer les repas, prendre médicaments, gérer finances, prendre un transport, etc.

Fragile

Personne fragile, mais sans incapacité sur les AVQ de base.

La fragilité résulte de la perte de réserves physiologiques et sensori-motrices qui affecte la capacité d'une personne à préserver un équilibre avec son environnement et à le rétablir à la suite de perturbations.

Dimensions de la fragilité: sensorielle, neuro-locomotrice, métabolisme énergétique, cognitive, morbidités

Une personne est dite fragile lorsque deux de ces dimensions présentent des atteintes La fragilité = constitutive du grand âge.

Dépendant

Personne fragile et présentant au moins une incapacité sur les AVQ de base

LALIVE D'EPINAY Christian, La retraite et après ?. Leçon d'adieu, 2003, <http://cigev.unige.ch/fr/publications/cle>, dias 20 -23, 30

6

Perte d'indépendance fonctionnelle ≠ perte d'autonomie

- **Autonomie** : l'autonomie est l'aptitude perçue à maîtriser, affronter et prendre des décisions personnelles relatives à sa vie quotidienne dans le respect de ses propres règles et préférences.
- **Indépendance** : l'indépendance est généralement définie comme la capacité à s'acquitter des tâches quotidiennes, c'est-à-dire à vivre de manière indépendante dans son environnement habituel sans aide extérieure ou avec une aide extérieure minimale
- **Qualité de la vie** : la qualité de la vie est « la perception qu'a une personne de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs du lieu où elle vit, par rapport à ses objectifs, attentes, normes et préoccupations En ce qui concerne les personnes âgées, la qualité de la vie est largement déterminée par la capacité à conserver son autonomie et son indépendance.

- Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation, Genève : OMS, 2002, p. 13 Quelques définitions clé

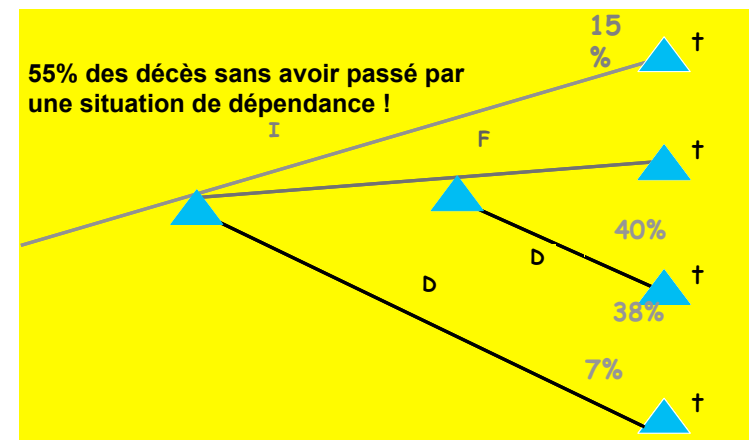
Une dépendance d'autrui pour effectuer les activités et gestes de la vie quotidienne ne signifie donc pas une limitation de son autonomie dans le sens d'autodétermination!

Pourtant "le terme [autonomie] est souvent employé mais très peu défini et souvent confondu avec l'absence de dépendance. Sous une apparence objective et technique il recouvre en réalité un jugement moral. Dans une société qui tend de plus en plus à valoriser le dynamisme individuel et à stigmatiser les fragilités non dépassées par l'effort, l'autonomie devient une valeur-clé. L'individu devra être autonome, c'est-à-dire actif (au besoin grâce à une allocation compensant des handicaps) ou il sera rejeté. L'injonction à l'autonomie individuelle peut être un simple slogan qui amène à dédouaner les individus en pleine possession de leurs moyens à penser à la nécessaire interdépendance qui fonde une société humainement riche."

- Les mots pour le dire. En quoi et sur quoi est-il intéressant de travailler sur les mots ? Suivi du Lexique pratique sur la dépendance et le handicap. [Paris :] Les chantiers leroymerlinsource 2009 / 2013 <http://leroymerlinsource.fr/savoirs-de-l-habitat/autonomie/les-mots-pour-le-dire/#>

7

Trajectoires inégales de santé / de (fin de) vie parmi les octogénaires genevois et valaisans

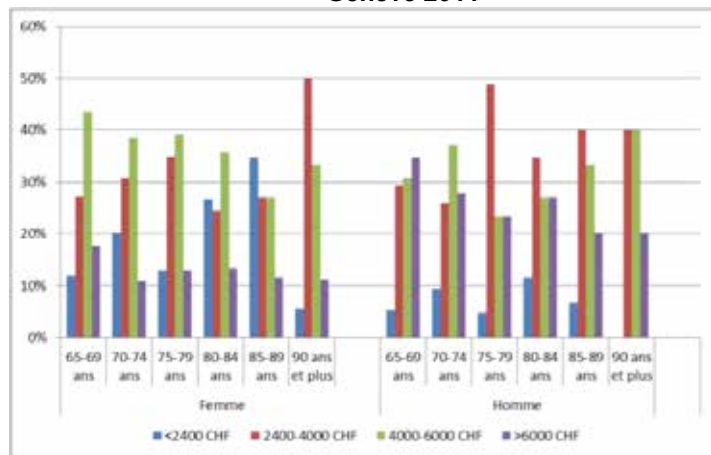


ORIS Michel, Vieillir en Suisse: les premiers résultats d'une enquête nationale sur les conditions de vie et de santé des personnes âgées. Conférence Uni 3, Genève, 1er février 2013, dia 16, <https://mediaserver.unige.ch/conferences/search/departement:280/Universite%20du%203e%20age> <https://mediaserver.unige.ch/play/77999> basé sur LALIVE D'EPINAY Christian, La retraite et après ?. Leçon d'adieu, 2003, dia 27

8

Inégalités entre aîné-e-s: grande disparité de l'échelle de revenus individuels

Genève 2011



ORIS Michel, Premiers résultats de Vivre-Leben-Vivre. Une enquête nationale sur les conditions de vie et de santé des personnes âgées, Annexe 3 au PV, AG du 15 avril 2013 de la PLATEFORME des associations d'aînés de Genève, dia 20, aussi in "Les aînés ne forment plus une catégorie à part", Tribune de Genève, 16-17 février 2013, p. 3

9

Personnes vivant à domicile : difficultés à accomplir des activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ)

Réponses à la question : je vais énumérer plusieurs activités de la vie courante. Dites-moi, pour chacune d'elles, si vous pouvez l'accomplir sans difficulté, avec quelque difficulté, avec beaucoup de difficultés, ou pas du tout. (Interviewer : ne pas inclure les problèmes de santé temporaires !)

Personnes interrogées de 85 ans et plus

	Réponses (en %)				A : H	F
	A	B	C	D		
manger sans qu'on vous aide	97.6	1.3	0.7	0.4	98	98
vous coucher, sortir du lit sans aide, vous lever d'un fauteuil, sans aide	82.6	12.4	2.8	2.2	90	80
vous habiller et vous déshabiller sans aide	86.0	6.2	1.4	6.5	92	83
aller aux toilettes sans aide	91.3	3.2	1.6	3.9	97	89
prendre un bain ou une douche sans aide	72.6	10.0	5.2	12.1	84	67

A : oui, sans difficulté; B : oui, avec quelque difficulté;
C : oui, avec beaucoup de difficultés; D : non, pas de réponse
H : hommes; F : femmes

Source : ESS 2007 (interviews téléphoniques, données pondérées)

10

HOEPFLINGER et al. (2011) p.129 Extrait (en enlevant du Tableau la partie Personnes interrogées de 65 ans et plus)

Personnes vivant à domicile : difficultés à accomplir des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Personnes interrogées de 85 ans et plus

	Réponses (en %)				p. r.	A : H	F
	A	B	C	D			
préparer des repas sans aide	73.9	8.7	4.0	13.0	0.4	76	73
téléphoner sans aide	83.2	7.3	2.5	7.0	0.0	83	84
faire des achats sans aide	59.3	10.6	3.4	25.9	0.8	70	55
faire la lessive sans aide	63.7	9.1	2.4	23.9	1.0	70	61
faire de petits travaux ménagers sans aide	68.3	13.4	2.6	15.7	0.0	75	65
faire occasionnellement de gros travaux ménagers sans aide	30.5	15.9	9.5	44.1	0.0	37	28
faire vos comptes sans aide	70.2	7.3	1.8	20.4	0.4	79	66
utiliser les transports publics sans aide	57.8	9.6	3.2	28.2	1.2	72	51

A : oui, sans difficulté; B : oui, avec quelque difficulté;
C : oui, avec beaucoup de difficultés; D : non, p. r. : pas de réponse
H : hommes; F : femmes

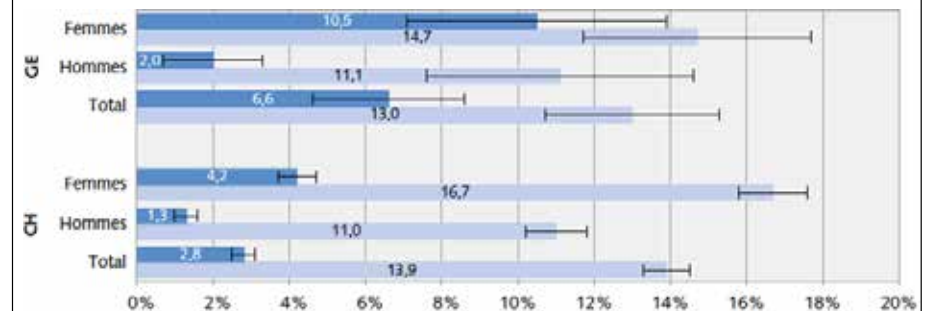
Source : ESS 2007 (interviews téléphoniques, données pondérées)

11

HOEPFLINGER et al.(2011) p.130 Extrait (en enlevant du Tableau B la partie Personnes interrogées de 65 ans et plus)

Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle,

selon le sexe, canton de Genève et Suisse, 2012 (dans les douze mois précédant l'enquête)



Source: OFS - Enquête suisse sur la santé 2012

© Obsan 2015

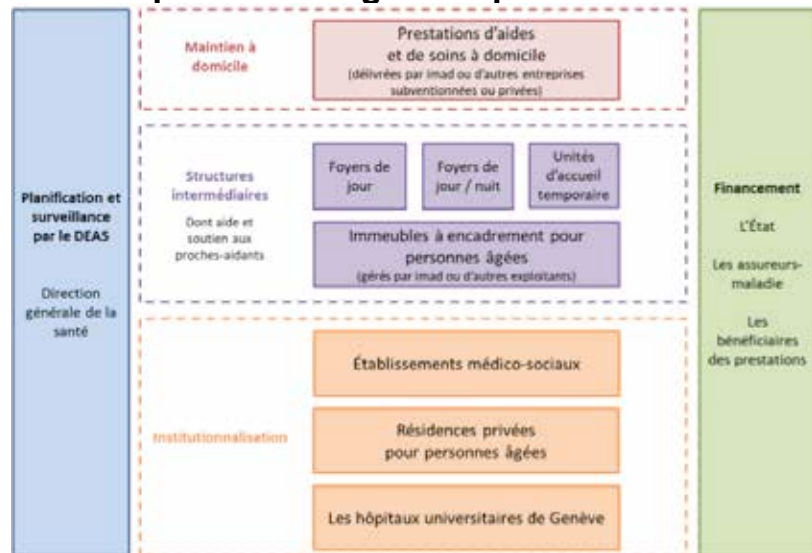
Services d'aide et de soins à domicile
Aide informelle

Parmi les 80 ans et plus, 41,8% à GE (> 19,9% en moyenne suisse), surtout des femmes, bénéficient des services d'aide et de soins à domicile et 28,4% d'aide informelle.

La santé dans le canton de Genève. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2012 et de l'exploitation d'autres banques de donnée, Neuchâtel: OBSAN, 2015 (Obsan Rapport 63) p. 123, Fig. 5.19

12

GE: Dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes

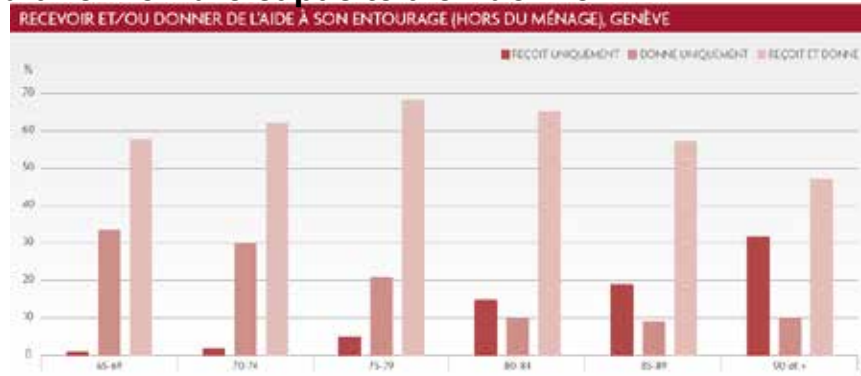


Pour info / adresse-s détaillées, aller sur www.ge.ch/reseau-de-soins/soins

Audit de gestion. Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), Genève: Cour des comptes, février 2018, p.12

13

Les aîné-e-s pas seulement bénéficiaires, mais donneurs/euses d'aide, même dans le grand âge, où un besoin d'aide accru s'accompagne souvent d'une moindre capacité à en donner !



- = aussi démenti de l'idée d'une démission de la famille et d'un manque de solidarité
- mais 10 % n'offrent ni ne reçoivent aucun service : = particulièrement vulnérables !

"Qualité de vie des seniors en Suisse" IP213 NEWSLETTER | BULLETIN D'INFORMATION DE L'ENQUÊTE "VIVRE, LEBEN, VIVERE" (GENÈVE), février 2015: adressée aux 3500 personnes ayant participé à l'enquête intercantonale VLV en 2011-2012, www.lives-nccr.ch/fr/page/grand-age-n66 → Genève

14

Les 7 conditions pour vieillir avec succès

1. Maintenir un degré d'autonomie [indépendance fonctionnelle] satisfaisant
2. Conserver la maîtrise et la responsabilité des événements [= faire respecter son autonomie]
3. Avoir de bonnes capacités d'adaptation
4. Entretenir des relations affectives de qualité
5. Rester engagé dans la société
6. Avoir des revenus suffisants (le confort financier facilite l'adaptation nécessaire aux changements liés à l'âge)
7. Donner un sens à la vie [= avoir des projets dans sa vie → reconnaissance par les autres, estime de soi]

Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir. [Rapport rédigé par le psychiatre et gériatologue Olivier de Ladoucette à la demande de Madame Nora Berra, Secrétaire d'État chargée de la Santé], Paris, mars 2011, p. 25; [] par H.P. Graf (de Ladoucette, O. : *Le Nouveau Guide du bien vieillir*, Odile Jacob, Paris, 2011, p. 546)

15

SOC- Sélection, compensation et optimisation : stratégie pour faire face à l'âge

Les psychologues allemands Paul et Margret Baltes ont dégagé en 1990 le modèle de comportement adopté par des les personnes âgées pour faire face à des déficits liés à leur vieillissement et la limitation consécutives des ressources matérielles, physiques et mentales à leur disposition: en jonglant leur recours aux trois composantes de la stratégie SOC, elles peuvent continuer à s'accomplir, même à voilure réduite:

- la sélection consiste à focaliser ses ressources sur des objectifs, activités et savoirs-faire à signification et à intérêt particuliers pour sa vie,
- l'optimisation est obtenue en se concentrant sur l'acquisition, la conservation et l'entraînement de ses potentiels et moyens résiduels les plus prometteurs pour accomplir les activités retenues,
- la compensation amène à recourir à des moyens auxiliaires ou à des stratagèmes de substitution ou d'aide pour neutraliser les pertes et déficits des ressources et moyens mis en œuvre, et d'ainsi pouvoir continuer à atteindre un niveau de performance satisfaisant.

adapté de "The Mastery of Life: Selection, Optimization, and Compensation (SOC)", Annual Research Report 2003-2004 of the Center for Lifespan Psychology at the Max Planck Institute for Human Development, pp. 164-165, www.margret-baltes-stiftung.de/PBB-Website/LIP_annual_report_2004.pdf

16

Stratégie d'adaptation SOC : l'exemple d'Arthur Rubinstein, pianiste virtuose à 80+ ans

Dans une de ses dernières interviews télévisées, le célèbre virtuose expliqua comment il réussissait à se produire en concert en dépit de son grand âge:

- d'abord il réduisait son répertoire en jouant un plus petit nombre de morceaux (sélection)
- ensuite il les interprétait très souvent (optimisation)
- enfin, avant un mouvement rapide, il jouait plus lentement afin de produire un contraste qui majorait l'impression de célérité durant les allégros (compensation).

Dito stratégie adaptative joueur de tennis âgé à un niveau correct et pour s'amuser

- réduire voire supprimer les jeux en simple au profit des doubles moins fatigants (sélection)
- s'entraîner régulièrement et se renseigner sur les méthodes destinées à optimiser ses aptitudes : rythmes biologiques, régime alimentaire, échauffement, etc. (optimisation).
- s'informer sur les moyens techniques capables de réduire les conséquences du déclin physique sur ses performances (compensation) : chaussures amortissant les chocs, raquette à grand tamis, bandes de contention, anti-inflammatoires, etc.

Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir. [Rapport rédigé par le psychiatre et gérontologue Olivier de Ladoucette à la demande de Madame Nora Berra, Secrétaire d'État chargée de la Santé], Paris, 2011, p. 24

17

Habitat et vieillissement – quatre grands principes

1. En raison de leur fragilité grandissante, les personnes âgées sont moins en mesure de s'adapter aux habitats. Ce sont alors ces derniers qui doivent être adaptés aux besoins de ce public. *)
2. Les aménagements des habitations seuls (logement accessible aux personnes à mobilité réduite, logement protégé) ne suffisent pas: un aménagement adéquat des espaces extérieurs est également crucial (car le contraire favorise le repli à l'intérieur de son logement).
3. Plus les habitats sont diversifiés – sur les plans interculturel et intergénérationnel –, plus un aménagement adéquat de l'espace est important, de même qu'un accompagnement spécialisé pour son utilisation.
4. Objectif principal de l'aménagement d'un habitat: d'abord coexister avant d'aspirer à cohabiter et à se rendre des services réciproques.

François Höpflinger "Habitat et vieillissement-mise en réseau", Pro Senectute Suisse. Symposium suisse de gérontologie. Habitat et relations entre générations, 28.11. 2017, Fribourg, www.prosenectute.ch/fr/prestations/pour-les-specialistes/symposium-de-gerontologie.html

*) Or sur les 38 participants au Jeudi de la FAAG du 24.9. 2015 consacré à "Adapter mon domicile à mes besoins et situations de vie : quelles questions se poser et que faire ?", 20 affirmaient habiter dans un logement pas accessible en chaise roulante / déambulateur, 14 affirmaient qu'ils ne pourraient pas accéder à leurs sanitaires et/ou salle de bains avec un déambulateur

→ ici au SIT-R, combien parmi vous sont dans cette situation ?

Réponse: 11 sur 16 participant-e-s

18

Liste de contrôle (Check-list):

Déménager ou adapter son habitat, c'est la question !

texte distribué, traduit de "Check-liste: Umziehen oder Umbauen- das ist die Frage!", **Ratgeber Wohnen im Alter**. Berlingen: Verlag TERTIANUM-Stiftung, Ausgabe Juli 2009, pp. 25-27, liste de contrôle téléchargeable sur www.platforformeaines.ch/pages/view/commissions/habitat-seniors

Têtes de chapitre = les questions à se poser

Questions de base

Critères liés à l'emplacement Salle de bains

Caractéristiques de l'habitat souhaité? Cuisine

Accessibilité à pied Salon, salle à manger, chambres à coucher

Entrée de l'immeuble Balcons / extérieur

Accès en voiture Fenêtres, portes de balcon

Escaliers Revêtements de plancher

Ascenseur Portes d'entrée

Couloirs Eclairage

19

Recours à ergothérapeutes de l'imad

Bénéficiaires

Personnes de tout âge qui, suite à une maladie, un accident, des problèmes liés à l'âge, des problèmes psychosociaux éprouvent des difficultés à accomplir les activités de la vie courante, soit à cause de déficiences et d'incapacités, soit en raison d'obstacles environnementaux

→ l'ergothérapeute fera des **propositions d'aménagement de l'environnement** pour supprimer ou contourner les obstacles et /ou des propositions de **moyens auxiliaires** pour compenser les difficultés.

Prestations prises en charge par l'assurance-maladie de base sur la base d'une prescription médicale (LAMal)

<http://www.imad-ge.ch/fr/prestations.php?service=14>

http://imad-ge.ch/data/services/DAF_ED1_depliant_tarifs_prestations_2015.pdf

20

Vieillir sans nous mettre en retrait(e) *

1. Pour commencer, prenons conscience qu'après notre retraite de la vie professionnelle nous avons jusqu'à 25 ans, voire plus de vieillissement devant nous, soit une période tout aussi longue que notre enfance et notre devenir adultes. Ce seront des années avec des phases dissemblables, mais pour la majorité parmi nous probablement caractérisées pendant longtemps par une relativement bonne santé, sans déficiences ni limitations majeures. Nous serons dès lors amenés à nous réinventer tout au long de cette évolution, à redécouvrir la vie avec ses nouveaux plaisirs et défis, mais aussi à nous adapter continuellement et à apprendre.
2. Par conséquent profitons de la vie, donnons lui un sens, impliquons nous, engageons nous et développons des activités et projets qui nous apporteront des satisfactions, de l'estime de nous-mêmes ainsi que de la reconnaissance de la part des autres. "Vieillir sans nous mettre en retrait(-e)" nous permettra aussi de renouveler nos réseaux et d'éviter ou d'ajourner la solitude ou le déclin de nos compétences et capacités qui pourraient déboucher sur un état de dépression – hélas - si répandu parmi les personnes âgées. Mais ne tombons pas non plus dans un hyperactivisme, apprenons - exercice difficile - à lâcher prise, réduire la voilure et mettre la barre moins haut.
3. Surmontons les vues prévalentes négatives sur le vieillissement ("âgisme") et cherchons à saisir nos chances et opportunités au lieu de juste nous focaliser sur ses pertes concomitantes. En avançant en âge, nous resterons davantage que de simples bénéficiaires de soutiens et de soins de longue durée. Aujourd'hui, encore plus que par le passé, nous aîné-e-s nous continuons à jouer un rôle essentiel pour nos pair-e-s et pour les jeunes générations. Nous constituons ainsi une ressource économique et sociale majeure pour la société, pour nos familles et nos communautés, en tant que grands parents, proches aidant-e-s, bénévoles, coaches et citoyens actifs !
4. Prenons soin de nous : mangeons bien et buvons suffisamment de liquide (pas trop d'alcool), gardons et pratiquons la mobilité (30' de mouvement par jour), restons en contact avec les autres, cherchons, accueillons et donnons des relations d'amitié et d'amour.
5. Informons-nous sur les réalités et les étapes du vieillissement, fréquemment caractérisées par une détérioration de notre santé et de notre indépendance fonctionnelle pouvant déboucher sur des situations de fragilité, voire de dépendance fonctionnelle, précédant l'étape de la fin de vie. Ces réalités disparates s'ajoutent aux inégalités matérielles.
6. Découvrons les conditions et les attitudes qui nous permettront de maîtriser les différentes étapes et situations de la vie, par l'adaptation son cadre, mais aussi par le développement de savoir-faire et de connaissances. Cherchons à acquérir les compétences et capacités pour faire face à un monde en mutation et à des circonstances changeantes. Développons ainsi notre "pouvoir d'agir" ("empowerment") pour "vieillir futé-e" plutôt que juste subir notre vieillissement en victimes. Cette attitude améliorera notre qualité de vie et permettra aussi de compenser d'éventuelles déficiences liées à l'âge ou à des maladies (souvent chroniques). Elle pourra ainsi prévenir ou retarder les conséquences néfastes de ces dernières, au cas où notre déclin organique déboucherait sur des situations d'incapacité, de handicap ou de dépendance fonctionnelle. Continuons à mener un style de vie actif physiquement et mentalement, afin de conserver notre indépendance fonctionnelle et nos capacités cognitives le plus longtemps possible..
7. Confronté-e-s à des situations de perte et de déclin, cherchons la résilience et à nous adapter à ces conditions difficiles, par exemple en recourant à la stratégie de Sélection - Optimisation - Compensation (SOC) et / ou en nous tournant vers un autre mode de vie, d'autres activités, une autre perception de la vie, pourquoi pas plus spirituels. De plus, apprenons à vivre avec des limitations et - encore plus difficile - à accepter de recevoir de l'aide et du soutien.
8. Ne confondons pas la perte d'indépendance fonctionnelle (c'est-à-dire le besoin de soutien dans nos activités de la vie quotidienne) avec la perte de notre dignité ou de notre autonomie, c'est-à-dire de l'aptitude à maîtriser, affronter et prendre des décisions personnelles relatives à notre vie quotidienne dans le respect de nos propres règles et préférences. Même en situation de dépendance fonctionnelle, nous restons des adultes et non des enfants et devons être considérés et traités comme tels !
9. Apprenons à accepter - voire à accueillir - les incontournables phases de déclin terminal et de fin de vie. Ce sont des moments de transition, comme l'avait été la naissance. Parlons-en avec notre famille, nos amis, les soignant-e-s et les médecins. Préparons nos "Directives anticipées" et ou/ notre "Planification préalable des soins" (aussi appelée "Planification anticipée du projet thérapeutique", en anglais "Advance care planning"), énonçant nos valeurs et souhaits et les façons d'être traité-e-s et de "partir".
Restons ainsi acteur de notre vieillissement jusqu'au bout !

*) adapté de ma présentation en anglais sur www.csend.org/images/articles/files/20180526-Graf_Message_Bio_slides_CSEND_RoundtableAgeing13May2017.pdf