

NEXT CARE

PÔLE EUROPÉEN D'INNOVATION EN MATIÈRE DE LONGÉVITÉ

Résultats et Enseignements

NEXT CARE

Chefs de projet

Direction du projet

Nerea Melgosa

Conseillère du Département du Bien-être,
de la Jeunesse et du Défi démographique.
Gouvernement Basque

Marian Olabarrieta

Directrice de l'aide à la vie quotidienne.
Département du bien-être, de la jeunesse et
des défis démographiques.
Gouvernement Basque

Coordination

Javier Castro-Spila

Chercheur principal
Centre d'innovation en politique sociale - GIZALAB

Conseil, révision et conception

Arantxa Sainz de Murieta

Jokin Arregi

Komunikatik

Fonds de la prochaine génération

NEXT-CARE (Euro-Border Innovation Pole on Longevity) est
un projet financé par l'Union européenne - Next Generation
EU dans le cadre du Plan de récupération, de transformation
et de résilience du gouvernement espagnol.

Vitoria-Gasteiz, 2025

Table des matières

Avant-propos	4
Introduction	5
Les défis de la longévité, de l'innovation et de la coopération transfrontalière	6
Bonnes pratiques en matière d'innovation dans le domaine de la longévité dans les régions NEXT-CARE	14
Cas de démonstration: innovation en matière de longévité	20
Le réseau NEXT-CARE: innovation, recherche et formation	26
Feuille de route transfrontalière pour l'innovation en matière de longévité	30
Politiques d'innovation en matière de santé, de services sociaux et de longévité	38
Innovation en matière de longévité: scénarios 2040	44
Recommandations	50
Annexe	52

Avant-propos

Pour la première fois dans l'histoire, notre société connaît un phénomène sans précédent: la coïncidence de cinq générations ou plus partageant le temps et l'espace. Dans l'Euro-Région —le Pays Basque, la Navarre, la Nouvelle Aquitaine et l'Occitanie— l'espérance de vie dépasse aujourd'hui 82 ans, soit l'une des plus élevées d'Europe. Et à l'horizon 2050, plus d'un tiers de la population aura 65 ans ou plus. La longévité, l'une des grandes réussites collectives de notre époque, nous confronte à un changement qui n'est pas seulement démographique, mais aussi social, culturel et politique. Un changement qui interpelle les familles et les communautés, les institutions publiques et les entreprises, le monde éducatif, scientifique et associatif.

La longévité doit être comprise comme une opportunité de renouveler notre pacte intergénérationnel. Vivre plus longtemps, c'est aussi vivre davantage ensemble, partager les responsabilités et les apprentissages entre les âges, et garantir que le bien-être des générations actuelles ne se fasse pas au détriment de l'avenir des générations futures. Ce n'est que grâce à la solidarité intergénérationnelle que nous pourrions soutenir des sociétés plus cohésives, plus inclusives et plus justes.

La nouvelle longévité est donc proposée comme un paradigme renouvelé dans lequel la personne, avec ses capacités et ses droits, est au centre. Cela implique de repenser les politiques publiques, les systèmes de santé et les structures sociales afin de garantir non seulement plus d'années de vie, mais aussi plus de vie au cours de ces années: auto-

mie, participation à la vie de la communauté, soins de qualité et dignité jusqu'à la fin du cycle de vie.

Le projet NEXT-CARE, le pôle d'innovation européen sur la longévité, s'inscrit dans cette démarche. Sa principale contribution a été de générer un espace transfrontalier de connaissance et d'apprentissage dans lequel des institutions, des professionnels, des organisations et des citoyens du Pays basque, de Navarre, de Nouvelle-Aquitaine et d'Occitanie ont travaillé ensemble pour promouvoir l'innovation dans les soins, l'accompagnement et les politiques publiques en matière de longévité. Leur objectif était clair: améliorer la vie des personnes âgées fragiles et dépendantes, véritables protagonistes de cette transformation, en leur garantissant dignité, sécurité et autonomie.

Cet ouvrage rassemble les enseignements et les recommandations issus de ces années de travail commun. Il offre des clés pour progresser vers un modèle de longévité que nous concevons non seulement comme une réussite sociale, mais aussi comme un véritable investissement humain, centré sur les personnes, ouvert à la diversité et fondé sur la coopération entre les territoires et les acteurs.

J'espère que ces pages inspireront ceux qui travaillent dans les secteurs public et privé, dans le monde universitaire, dans la société et dans les entreprises, pour continuer à construire des communautés plus inclusives et plus solidaires. Car l'avenir de la longévité s'écrit aujourd'hui, avec vision, coopération et engagement intergénérationnel.

Nerea Melgosa

Conseillère pour le bien-être,
la jeunesse et le défi démographique

Introduction

La longévité et ses dimensions

La longévité ne doit pas être comprise comme un “défi du vieillissement”, mais comme la transformation intergénérationnelle du cycle de vie. Ainsi, la longévité fait référence à l’augmentation soutenue de l’espérance de vie à la naissance et pendant la vieillesse, ce qui implique de garantir le bien-être aux différents stades de la vie et à leurs différentes transitions, en reconfigurant les rôles et les compétences des personnes à chaque moment vital. La longévité doit alors être comprise comme la capacité d’une société à transformer l’augmentation de l’espérance de vie en un pacte de coopération entre les âges, où chaque génération contribue et bénéficie de l’autre, selon un principe de durabilité dans lequel la garantie du bien-être des générations actuelles ne compromet pas le bien-être des générations futures.

Du point de vue du cycle de vie, la longévité affecte la séquence et le calendrier des étapes de la vie et leurs transitions à chaque moment de la vie. Plus le cycle de vie est long, plus l’interdépendance entre les différentes générations est grande. Ainsi, plus les générations coexistent dans le même espace —social, géographique, temporel— plus les interdépendances entre les générations sont modifiées.

Du point de vue de l’économie du vieillissement, la longévité soulève la question de la répartition des ressources entre les différentes cohortes générationnelles, ce qui suscite des initiatives en faveur d’un nouveau contrat social, d’un cadre de coopération et de solidarité intergénérationnelles visant à maintenir la cohésion sociale et le bien-être de toutes les générations.

Du point de vue de l’innovation, la longévité fait ressortir la nécessité de favoriser les approches écosystémiques de l’innovation, en combinant les innovations technologiques, sociales, institutionnelles, communautaires, culturelles et organisationnelles sur la base de modèles de transition vers de nouveaux modèles de longévité.

Les objectifs du projet NEXT-CARE

L’objectif général du projet NEXT-CARE est de concevoir, promouvoir et relier les entités locales et les administrations publiques des régions d’Euskadi, de Navarre, des Pyrénées-Atlantiques et des Hautes-Pyrénées liées au développement de l’innovation en matière de longévité, sur la base de la conception de diagnostics et de futurs, de réseaux d’apprentissage et de bonnes pratiques, ainsi que de la conception de politiques sociales et socio-sanitaires visant à promouvoir la transition vers de nouveaux modèles de soins pour les personnes âgées. Le projet NEXT-CARE a trois objectifs et actions spécifiques pour promouvoir l’innovation dans le domaine de la longévité.

Réaliser des processus de diagnostic et concevoir des futurs pour la coopération transfrontalière sur les politiques d’innovation et de longévité.

Concevoir et mettre en œuvre un réseau d’apprentissage transfrontalier NEXT-CARE sur les politiques d’innovation et de longévité.

Concevoir et réaliser des études comparatives sur les politiques sociales et socio-sanitaires entre les régions impliquées dans le projet NEXT-CARE.

Chapitre 1

Les défis de la longévité, de l'innovation et de la coopération transfrontalière

La construction d'un Euro Pôle Transfrontalier d'Innovation en Longévité promu par le projet NEXT-CARE, qui se développe dans les régions d'Euskadi, de Navarre, des Pyrénées-Atlantiques et d'Occitanie, constitue un défi complexe qui fait face à différents types d'enjeux.

Le premier concerne les défis de la longévité. La longévité observée d'un point de vue démographique a été considérée comme un succès social et sanitaire, mais c'est aussi un défi car l'augmentation soutenue de la population des personnes âgées (65+), associée à une réduction de la population jeune, pose des défis en termes de durabilité des ressources publiques, d'organisation, de gestion et de qualité des soins, de prise en charge et d'accompagnement, ainsi que la nécessité d'un pacte intergénérationnel pour garantir que les générations actuelles aient les mêmes opportunités de prise en charge et d'attention que les générations à venir.

D'autre part, la longévité comprise dans une perspective de cycle de vie ne se réfère pas seulement au fait de vivre plus longtemps, mais aussi de vivre mieux (qualité de vie). Ainsi, l'objectif de la dynamique de longévité est de stimuler les personnes âgées à

développer des habitudes de vie saines, à maintenir et à développer des liens sociaux et émotionnels solides et permanents, ainsi qu'à avoir et à maintenir des objectifs vitaux (projets et intérêts). Ces dynamiques de longévité se développent différemment dans les contextes sociaux transfrontaliers en fonction des relations urbaines-rurales, de l'accès à des services de qualité, des ressources et des politiques.

Ces questions de longévité dessinent un horizon de tensions et de défis qui ne peuvent être relevés durablement que par des approches innovantes et des modèles de gouvernance solides, inclusifs et adaptatifs. Cependant, l'innovation et la gouvernance sont toutes deux confrontées à leurs propres défis, car tout processus de transformation comporte des incertitudes et des risques qui conditionnent en fin de compte la durabilité à long terme des innovations institutionnelles, sociales, culturelles et technologiques.

Ce chapitre explore ces défis et propose une évaluation des réponses possibles et potentielles qui ont été envisagées et discutées dans le cadre du projet NEXT-CARE pour les régions d'Euskadi, de Navarre, des Pyrénées-Atlantiques et des Hautes-Pyrénées (Occitanie).

1.1. Les défis de la longévité dans les régions NEXT-CARE

1.1.1. La longévité dans les régions NEXT-CARE

L'analyse comparative des taux de vieillissement (tableau 1) révèle un modèle commun de sociétés à longue durée de vie dans les régions NEXT-CARE, bien qu'avec des intensités différentes.

Euskadi, avec un taux de vieillissement de 170% (2023), est l'une des communautés les plus vieillissantes d'Europe, reflétant une longévité élevée et une faible base de jeunes. La Navarre, avec un taux de 129% et des projections de 207% en 2039, montre un processus de vieillissement accéléré qui prévoit un fort déséquilibre intergénérationnel dans les décennies à venir.

Du côté français, les Pyrénées-Atlantiques ont un taux de vieillissement de 112% et l'Occitanie d'environ 104%. Ces valeurs sont plus modérées, mais elles confirment la même dynamique de surreprésentation des personnes de plus de 65 ans par rapport aux cohortes plus jeunes.

Dans l'ensemble, ces chiffres confirment non seulement le succès sanitaire et social d'une espérance de vie élevée, mais soulignent également la nécessité de réinterpréter la longévité comme un phénomène intergénérationnel: plus d'années partagées entre quatre générations, une plus grande interdépendance entre les cohortes et, en même temps, un défi croissant pour la durabilité des soins, des pensions et de la cohésion sociale.

1.1.2. Tensions entre zones rurales et urbaines

Au Pays Basque, en Navarre, dans les Pyrénées Atlantiques et en Occitanie, la longévité est vécue de manière inégale entre les zones urbaines et rurales, ce qui génère d'importantes tensions territoriales. Dans les capitales et les zones métropolitaines —Bilbao, Vitoria-Gasteiz, Pamplona-Iruña, Bayonne, Toulouse ou Montpellier—, la population est relativement plus jeune, avec un meilleur accès aux services de santé, à l'éducation et aux opportunités d'emploi qui favorisent le maintien de la population active.

En revanche, les zones rurales et montagneuses présentent des taux plus élevés de vieillissement, de dépeuplement des jeunes et d'isolement. Ce déséquilibre crée un double défi: alors que les villes doivent s'adapter à un vieillissement quantitativement massif, mais avec des ressources relativement disponibles, les zones rurales sont confrontées à un vieillissement qualitativement plus critique où la dispersion, le manque d'infrastructures et la réduction des réseaux communautaires intensifient la vulnérabilité des personnes âgées.

1.1.3. Longévité dans les zones rurales

Les personnes âgées des zones rurales ont un accès limité à la santé et aux soins, ce qui exacerbe les inégalités préexistantes et en creuse de nouvelles. En outre, la migration de la population jeune et active vers les villes réduit les bases fiscales et la main-d'œuvre dans ces régions, ce qui affecte le dynamisme économique et la disponibilité des res-

Territoire	Population ≥65 (%)	Indice de vieillissement	Interprétation
Euskadi	24% (2024)	170% (2023)	170 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 16 ans
Navarre	21% (2024)	129% (2024)	129 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 16 ans
Pyrénées-Atlantiques	25% (2022)	112% (2022)	112 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 16 ans
Occitanie	22% (2019)	104% (2019)	104 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 16 ans

Tableau 1. Taux de vieillissement dans les régions NEXT-CARE

sources pour les services essentiels. Enfin, la dispersion géographique et les fractures numériques parmi les personnes âgées accentuent non seulement les limites de l'accès aux services, mais aussi l'accès aux communautés, augmentant et approfondissant les processus de solitude non désirée.

1.1.4. Longévité dans les zones urbaines

Les environnements urbains concentrent une plus grande offre de services sanitaires, sociaux et culturels, qui sont aussi les lieux où vit une plus grande proportion de personnes âgées —une densité démographique plus élevée— une situation qui augmente la pression sur les services sanitaires et sociaux. Dans le même temps, il existe un parc immobilier vertical, souvent vieillissant, qui limite l'accessibilité pour les personnes âgées. À cela s'ajoute la concurrence intergénérationnelle pour les espaces et les ressources urbains —tels que le logement, les transports ou les zones de loisirs— qui oblige à repenser l'accès non seulement aux ressources sanitaires et sociales, mais aussi aux ressources urbaines et communautaires.

1.1.5. Accessibilité et coordination des services

Le vieillissement de la population est un succès du modèle de santé et de soins, mais aussi un défi institutionnel pour la mise en œuvre de modèles de soins personnalisés et coordonnés. Ce défi a des points critiques dans la coordination des services —sanitaires, sociaux, communautaires— car il génère des duplications, des inefficacités et n'est pas suffisamment adapté aux besoins et aux trajectoires de vie des personnes âgées qui, à un âge avancé, se caractérisent par des poly-pathologies, des fragilités —physiques et sociales— et le besoin d'un soutien dans la vie de tous les jours.

1.1.6. Disponibilité des professionnels et de la formation dans le secteur

Les soins et l'accompagnement des personnes âgées fragiles, dépendantes et complexes nécessitent un système de formation professionnelle continue et intégrée, capable de répondre aux différents types de demandes à travers des services personnalisés et coordonnés. Toutefois, cette nécessité

se heurte à des difficultés majeures en raison de la pénurie de professionnels infirmiers et de soignants chargés de l'aide à la vie quotidienne à domicile, une pénurie qui a un impact direct sur la qualité des soins.

1.1.7. Équité entre les hommes et les femmes en matière de soins, de prise en charge et d'accompagnement

La longévité de la population a accentué les disparités entre les hommes et les femmes dans le domaine des soins, puisque ce sont les femmes qui, dans les familles et dans la sphère professionnelle et informelle des soins, effectuent la majeure partie du travail de soins et d'assistance aux personnes âgées. Cette situation est également exacerbée par le manque de reconnaissance sociale et économique du travail de soins, qui affecte les conditions de travail des femmes qui exercent ces activités.

1.1.8. Solidarité intergénérationnelle

Dans les contextes sociaux caractérisés par des taux élevés de vieillissement de la population, comme c'est le cas dans les régions NEXT-CARE, la solidarité intergénérationnelle est un défi directement lié à la durabilité des systèmes sociaux, de santé et d'aide sociale. Cette durabilité signifie garantir le bien-être des générations actuelles sans compromettre celui des générations futures. Ce défi implique de créer des espaces d'apprentissage mutuel, de partager les expériences, tant au niveau familial que social, et de promouvoir la prise de conscience de la valeur de chaque génération, en reconnaissant qu'elles ont toutes des capacités spécifiques qui peuvent être combinées et partagées pour prévenir l'âgisme et l'exclusion sociale.

1.2. Défis de l'innovation en matière de longévité

1.2.1. L'innovation sociale

L'innovation sociale peut être définie comme l'élaboration et la mise en œuvre de produits, de méthodes, de services, de solutions ou de modèles organisationnels et communautaires nouveaux ou améliorés qui apportent des réponses durables aux problèmes sociaux liés à la longévité. Ces innovations conduisent à des stratégies de coopération —entre organisations et institutions— et d'inclusion —des

individus et des communautés—dans le but de répondre de manière adéquate aux besoins des personnes âgées, de promouvoir leur bien-être, leur autonomie et leur participation active à la vie de la communauté. Elles permettent également d'aborder des problèmes et des défis spécifiques afin de progresser vers de nouveaux modèles de longévité dans les régions NEXT-CARE.

Changement de paradigme sur le vieillissement

Problème. La vieillesse a été culturellement perçue comme une étape de déclin et de dépendance dans laquelle les capacités multiples et les contributions précieuses que les personnes âgées peuvent apporter à la société et à l'économie, ainsi qu'à la vie institutionnelle et à la culture des autres générations, sont peu reconnues.

Le défi de l'innovation. L'innovation sociale en matière de longévité doit relever le défi de transformer ce paradigme et de promouvoir une nouvelle vision du vieillissement. Son objectif est de promouvoir des programmes, des projets et des espaces communautaires qui permettent d'expérimenter et de consolider de nouveaux modèles de longévité. À travers ces initiatives, l'innovation sociale promeut des expériences et des réseaux qui valorisent la contribution des personnes âgées dans les processus de gouvernance institutionnelle, le tutorat intergénérationnel pour la création d'entreprises, le conseil dans les entités sociales et la participation active à la vie de la communauté, entre autres domaines.

Promotion des communautés et des espaces de participation

Problème. Les personnes âgées (65+) participent à la vie de la communauté d'une manière différente des autres générations. Cependant, les modèles et la conception —physique et sociale—des espaces de participation ne sont pas toujours adaptés à leurs habitudes et à leurs compétences, ce qui entrave leur pleine participation et limite les possibilités de générer des dynamiques intergénérationnelles.

Le défi de l'innovation. L'innovation sociale en matière de longévité est confrontée au défi de promouvoir de nouveaux modèles communautaires et des espaces de participation qui intègrent les personnes âgées et les autres générations. L'objectif de ces innovations est de promouvoir des programmes, des projets ou des initiatives qui encouragent le bénévolat culturel et social impliquant les personnes âgées, des expériences de co-conception participative pour créer des espaces physiques polyvalents —biblio-

thèques, cafés, centres— adaptés à leurs besoins, et des réseaux de soutien intergénérationnel qui mettent en relation les personnes âgées et les jeunes. Ensemble, ces projets favorisent le développement de nouvelles compétences, renforcent l'estime de soi et contribuent à la construction de la communauté.

Lutte contre la solitude non désirée et l'isolement social

Problématique. Le phénomène de la solitude non désirée s'entend comme le sentiment subjectif d'isolement social qu'une personne éprouve lorsque ses relations ne sont pas suffisantes ou n'ont pas la qualité ou l'intensité souhaitée. Il ne s'agit pas d'une situation choisie, mais d'une situation imposée, qui se prolonge dans le temps et génère un profond malaise. Dans les régions NEXT-CARE, la solitude non désirée touche entre 10 et 15% des personnes âgées (65+).

Le défi de l'innovation. L'innovation sociale dans le domaine de la longévité est mise au défi de promouvoir des activités de prévention, d'intervention et d'évaluation de la solitude non désirée en encourageant les réseaux d'amitié et la participation communautaire. Il s'agit notamment d'initiatives de bénévolat intergénérationnel, de clubs de marche, de groupes de lecture et d'autres initiatives qui favorisent l'inclusion sociale des personnes âgées en interaction avec d'autres générations.

1.2.2. Innovation technologique

L'innovation technologique peut être comprise comme l'application de nouvelles technologies pour la conception de produits et de services de soins basés sur des plateformes numériques, l'intelligence artificielle ou la robotique sociale. Elle a pour but de prévenir la solitude non désirée, de maintenir et d'accroître l'autonomie des personnes âgées, de faciliter la production et l'utilisation de données et de promouvoir l'interopérabilité des informations pour la gestion intégrée des parcours de vie socio-sanitaires. Tout cela vise à développer des modèles intégrés de soins, de prise en charge et de soutien.

Fracture numérique générationnelle

Problème. Les nouvelles technologies permettent de progresser dans le développement de modèles de gestion pour la prévention et l'intervention coordonnée en matière de soins, de prise en charge et d'accompagnement. Toutefois, nombre de ces solutions technologiques sont conçues du point de vue des experts, sans la participation des utilisateurs de plus de 65 ans. Cela affecte directement la facilité

d'utilisation, car les compétences et les capacités réelles des personnes âgées dans l'utilisation de ces technologies ne sont pas prises en compte. En conséquence, des situations d'isolement social sont générées en raison des limites de la communication avec la famille et les amis par le biais d'appels vidéo, de réseaux sociaux ou d'autres canaux numériques. Parallèlement, l'utilisation croissante des technologies dans les services médicaux, bancaires et administratifs limite l'accessibilité des personnes âgées, générant des situations d'inégalité des chances et d'accès, des sentiments d'inutilité et d'exclusion, ainsi qu'une plus grande vulnérabilité à la fraude numérique et une perte d'autonomie en raison de la dépendance à l'égard de tiers possédant des compétences numériques pour effectuer les procédures et les formalités.

Défi de l'innovation. La fracture numérique nécessite le développement de projets et d'initiatives visant à la co-conception et à la co-évaluation de technologies adaptées aux personnes ayant de faibles compétences numériques afin de faciliter leur inclusion sociale et numérique. Outre la promotion de la participation active des personnes âgées dans les processus de co-conception, il est essentiel de promouvoir les activités de formation aux compétences numériques et le développement de solutions accessibles telles que les assistants vocaux, les capteurs intelligents et les interfaces simplifiées qui contribuent à améliorer leur autonomie et leur qualité de vie.

Utilisation éthique des données personnelles

Enjeu. L'un des principaux apports des nouvelles technologies est le développement d'algorithmes intégrés aux plateformes numériques qui favorisent la coordination des services, améliorent l'efficacité de la gestion et permettent une interaction plus fluide et personnalisée avec les utilisateurs. Dans le même temps, la capacité croissante à traiter de grands volumes de données socio-sanitaires offre des avantages significatifs en termes de prévention, d'intervention efficace, de suivi et de contrôle des situations sanitaires et sociales.

Le défi de l'innovation. L'innovation technologique est confrontée au défi d'assurer une conformité stricte avec les règles de protection des données, en évitant l'utilisation abusive ou la commercialisation. En outre, les limitations de nombreuses personnes âgées dans la gestion de ces outils peuvent devenir une question de droits si elles ne sont pas traitées de manière adéquate, compromettant à la fois leur autonomie et leur pleine inclusion numérique et sociale.

1.2.3. Innovation culturelle

L'innovation culturelle en matière de longévité fait référence à la transformation des valeurs, des croyances, des pratiques personnelles et des modes de relation qui redéfinissent le vieillissement, les soins et la manière dont les gens se préoccupent de leur santé et de leur bien-être à tous les stades de la vie, en particulier pendant la vieillesse, en modifiant leurs attitudes et leurs modes de vie malsains. Le vieillissement sain et actif est un choix et une responsabilité personnelle qui exige de nouvelles compétences en matière de soins.

L'âgisme et la culture des soins

Problème. Dans les sociétés à longue durée de vie, des situations d'âgisme, connues sous le nom d'âgisme, persistent. L'âgisme se manifeste par un système de croyances et de préjugés qui considère les personnes âgées comme un fardeau, les perçoit comme limitées dans leur capacité à apprendre de nouvelles choses, ou génère des sentiments de rejet, d'infantilisation et de refus d'opportunités d'emploi sur la base de l'âge. L'âgisme a un impact négatif sur la santé mentale et réduit considérablement la qualité de vie des personnes âgées.

Le défi de l'innovation. L'innovation culturelle est confrontée au défi de promouvoir des projets et des initiatives de sensibilisation qui rendent visible et valorisent le talent des personnes âgées, d'encourager les activités entre les générations pour générer des liens d'apprentissage mutuel, ainsi que la création d'espaces physiques inclusifs qui favorisent la coexistence et la participation par le biais de programmes de sensibilisation.

Intergénérationnalité et coexistence

Problématique. La promotion de l'intergénérationnalité et la création d'espaces de coexistence entre les différentes générations constituent un espace important pour le changement culturel en matière de longévité. Toutefois, les différences culturelles, les modes de vie, les écarts technologiques, le manque d'espaces de partage d'expériences intergénérationnelles, le manque de formation, de sensibilisation et d'empathie entre les générations limitent ce potentiel d'innovation culturelle.

Le défi de l'innovation. Les innovations culturelles doivent surmonter ces écarts dans les modes de vie, les compétences technologiques et les cultures de la longévité en promouvant des projets et des initiatives qui encouragent les échanges intergénérationnels basés sur des expériences d'apprentissage

mutuel, des espaces et des programmes communautaires qui développent des projets artistiques et un mentorat croisé, en promouvant des expériences partagées avec d'autres initiatives.

1.2.4. Innovation institutionnelle

L'innovation institutionnelle peut être comprise comme la conception et la mise en œuvre de produits, de processus, de règles (réglementations) et de services visant à garantir la qualité de vie des personnes et des populations qui font l'objet de services publics. Ce type d'innovation promeut une culture innovante dans la gestion administrative, l'évaluation et le leadership transformationnel, favorisant la coordination des services entre les entités publiques, privées et sociales, et incorporant les usagers dans les processus de gestion de la qualité et des soins. Enfin, l'innovation institutionnelle favorise la durabilité par la mise en œuvre de modèles qui assurent la continuité, un financement stable, des capacités techniques suffisantes et une adaptation permanente aux changements du contexte.

Inertie institutionnelle et trajectoire politique

Le problème. Les politiques sociales et socio-sanitaires, tant au niveau stratégique qu'opérationnel, sont dépendantes de la trajectoire. L'inertie institutionnelle est résistante au changement. Dans un contexte social dynamique, les politiques doivent adopter des principes d'adaptation pour actualiser les modèles de soins et de soutien. Toutefois, ce processus nécessite de nouvelles compétences et des stratégies de transition qui sont difficiles à développer et à mettre en œuvre dans des institutions publiques conditionnées par des cadres réglementaires rigides et des routines organisationnelles fortement consolidées.

Le défi de l'innovation. Le développement de nouveaux modèles centrés sur les personnes et la communauté implique de surmonter de multiples obstacles liés au poids de la trajectoire des modèles actuels de gestion institutionnelle. En ce sens, l'innovation institutionnelle s'articule autour d'approches progressives qui incluent la conception de l'avenir, le développement de nouvelles compétences, l'introduction de produits, de processus et de services innovants ou améliorés, la mise en œuvre de modèles de gouvernance adaptatifs, ainsi que l'évaluation de l'impact et l'apprentissage continu.

Durabilité des systèmes de soins, de prise en charge et de soutien

Défi. L'augmentation de la longévité de la population est un succès incontestable des politiques sociales, de santé et d'aide sociale, car elle a permis aux gens de vivre plus longtemps et dans de meilleures conditions. Cependant, cette réussite pose un défi croissant: elle nécessite un investissement accru des ressources publiques dans un contexte démographique marqué par deux tendances simultanées. D'une part, une augmentation soutenue de la population âgée, avec plus d'années de vie active mais aussi des besoins spécifiques en matière de soins. D'autre part, une réduction relative de la population jeune, qui limite la base contributive et la viabilité du système. Dans ces conditions, la durabilité des ressources publiques doit être repensée afin de trouver un équilibre entre la reconnaissance des succès obtenus et l'adaptation des politiques aux nouveaux défis démographiques et sociaux.

Le défi de l'innovation. Ce scénario pose des défis majeurs aux modèles de protection sociale publique, qui nécessitent des formules et des mécanismes de financement innovants, capables de garantir des services de qualité face à une demande croissante de soins et d'assistance. À cette fin, il est nécessaire d'avancer dans des politiques de prévention proactives et communautaires qui intègrent de nouvelles technologies —telles que la téléassistance, l'intelligence artificielle ou la domotique— ainsi que des modèles de gouvernance et de coopération plus flexibles, visant à une plus grande efficacité dans la gestion.

Intégration intersectorielle

Problème. Les politiques publiques ont tendance à être structurées dans des sphères sectorielles étanches, ce qui rend difficile l'élaboration de réponses globales et cohérentes à des problèmes sociaux qui, par nature, sont multidimensionnels. Cette fragmentation institutionnelle entraîne des chevauchements, des lacunes et un manque de coordination entre les différents systèmes, ce qui rend difficile l'évolution vers des modèles de soins plus personnalisés, flexibles et centrés sur les personnes et la communauté. En conséquence, cela affaiblit la capacité de l'administration publique à répondre efficacement aux défis contemporains qui nécessitent des approches intersectorielles et collaboratives adaptées à la complexité des trajectoires de vie des personnes utilisant des services sociaux, de santé et socio-sanitaires.

Défi de l'innovation: Afin de promouvoir des politiques de longévité transversales, coordonnées —entre les

services— et participatives —entre les utilisateurs des services—, le défi de l'innovation consiste à mettre en œuvre des protocoles de coordination, à promouvoir des plateformes numériques qui facilitent l'interopérabilité des données sociales et de santé.

Participation sociale dans la conception des politiques pour les personnes âgées

Problème. Les décisions relatives aux politiques publiques et de soins sont souvent prises sans la participation directe des personnes âgées, qui sont non seulement des utilisateurs et des bénéficiaires de services, mais aussi des détenteurs de connaissances précieuses issues de leur expérience de vie. Leur exclusion limite la possibilité de les reconnaître en tant qu'experts de la longévité et du vieillissement, se privant ainsi d'une ressource fondamentale pour la conception de réponses plus pertinentes, inclusives et adaptées à leurs besoins réels.

Défi de l'innovation. Concevoir des mécanismes de consultation, de représentation et de co-conception des politiques avec les personnes âgées en mettant en place des panels d'usagers, de membres de la famille et de professionnels pour garantir la participation aux processus de gestion des soins et de l'accompagnement.

1.3. Les défis de la coopération transfrontalière dans le domaine de la longévité

1.3.1. Inégalités structurelles entre les régions

Problématique. Les inégalités de développement économique, de dynamique démographique et de capacités institutionnelles entre les régions NEXT-CARE créent des obstacles majeurs à l'harmonisation des stratégies, rendant difficile la construction de réponses communes et cohérentes à des défis partagés au niveau transfrontalier.

Défi de la coopération. Concevoir des mécanismes de coopération qui renforcent les capacités techniques, administratives et de gouvernance entre les régions, en promouvant des programmes de formation conjoints, le transfert de bonnes pratiques et la création d'espaces partagés —tels que des laboratoires ou des bureaux transfrontaliers— qui relient les agents locaux dans les processus de formation, d'innovation et d'évaluation avec une dimension transfrontalière.

1.3.2. Manque de cadres juridiques communs

Défi. L'absence d'un cadre juridique transfrontalier spécifique sur la longévité et les droits des personnes âgées limite la possibilité d'organiser de manière cohérente les soins et le soutien transfrontaliers, ainsi que de créer des espaces efficaces de convergence et de coordination des politiques de longévité entre les régions.

Défi de la coopération. Dynamiser et consolider les cadres régionaux ou multilatéraux qui guident la formulation et la mise en œuvre des politiques transfrontalières, y compris les protocoles de soins partagés, les réseaux d'apprentissage et d'échange de connaissances, ainsi que les stratégies conjointes d'intervention dans le domaine des soins et de l'aide sociale.

1.3.3. Coordination institutionnelle limitée

Défi. La coopération transfrontalière en matière de longévité est fragmentée, avec des interventions dispersées entre les agences de santé, les services sociaux et des activités transfrontalières spécifiques et faiblement coordonnées. Ce manque d'articulation limite la possibilité d'apporter une réponse cohérente et durable aux défis du vieillissement de la population par-delà les frontières, en raison de l'absence de modèles intégrés de coordination et de gouvernance capables d'aligner les priorités, les ressources et les capacités de part et d'autre de la frontière.

Défi de la coopération. Promouvoir une gouvernance à plusieurs niveaux qui intègre des mécanismes de coordination entre les agents et les gouvernements locaux, en favorisant la création d'infrastructures telles que des conseils transfrontaliers sur la longévité et des plateformes de connaissances et d'innovation partagées —laboratoires d'innovation sur la longévité, incubateurs et accélérateurs— ainsi que des modèles de cofinancement qui renforcent la durabilité de ces initiatives.

1.3.4. Diversité culturelle et modèles de vieillissement

Défi: Les perceptions de la vieillesse, des soins et du rôle de l'État, de la famille et de la communauté dans la prise en charge des personnes âgées varient considérablement d'une région à l'autre. Ces différences

culturelles influencent les attentes sociales, les modèles de soins adoptés et les priorités politiques, ce qui crée des obstacles à l'élaboration d'approches et de stratégies communes pour la coopération transfrontalière en matière de longévité.

Défi de la coopération. Concevoir des politiques interculturelles qui respectent les identités locales et les approches communautaires, en promouvant la compréhension mutuelle et la construction d'une base commune de valeurs. Pour ce faire, il est essentiel de promouvoir des espaces de dialogue transfrontaliers, des rencontres et des campagnes de sensibilisation communes, ainsi que des programmes de formation pour les professionnels et les fonctionnaires dans le domaine de la sensibilisation interculturelle liée à la longévité.

1.3.5. Production et harmonisation limitées de données comparables

Problème. L'absence d'indicateurs comparables sur la longévité, la qualité de vie des personnes âgées, l'accès aux services sociaux, la dépendance fonctionnelle et d'autres aspects essentiels rend difficile l'élaboration de visions et de politiques communes entre les régions.

Défi de la coopération. Promouvoir les réseaux de recherche coopérative sur la longévité, la perception sociale et l'intergénérationnalité, ainsi que l'analyse des impacts sociaux de la longévité par la création d'observatoires transfrontaliers et de systèmes de suivi partagés. Cela nécessite l'élaboration de méthodologies normalisées afin d'identifier les tendances et de concevoir des politiques fondées sur des données probantes et alignées sur les territoires.

1.4. Conclusions

La longévité est un concept multidimensionnel qui peut être abordé sous différents angles —économique, social, institutionnel et cycle de vie—. Les données et analyses disponibles montrent que la longévité dans les régions NEXT-CARE pose de multiples défis et enjeux, qui peuvent également être explorés sous l'angle de l'innovation et de la coopération transfrontalière.

Tout d'abord, bien qu'il existe des différences entre les régions, les personnes âgées sont surreprésen-

tées dans la population globale, en particulier par rapport à la population jeune de moins de 16 ans. Il est donc nécessaire d'interpréter la longévité comme un phénomène intergénérationnel, puisque quatre générations coexistent actuellement dans les mêmes espaces sociaux et géographiques.

Deuxièmement, la longévité et ses défis ne se manifestent pas de la même manière dans les zones urbaines et rurales. Les problèmes et les défis sont géographiquement et socialement situés, nécessitant différents types d'innovation et d'intervention à déployer en fonction des contextes territoriaux.

Troisièmement, les défis de la longévité s'expriment également en termes d'accessibilité et de facilité d'utilisation des services, conditionnés par des lacunes numériques, sociales, culturelles et cognitives qui affectent différemment les différents profils de personnes âgées.

Quatrièmement, tous ces défis requièrent des modèles d'innovation intégrés —sociaux, technologiques, institutionnels et culturels— qui stimulent de nouvelles capacités aux niveaux local, organisationnel et communautaire. Ces modèles doivent aborder des questions telles que la solitude non désirée, les fractures numériques, l'intégration des services, l'inertie des trajectoires institutionnelles —stratégies, routines et cadres juridiques—, la lutte contre l'âgisme et la promotion de l'intergénérationnalité.

Enfin, d'un point de vue transfrontalier, la coopération est confrontée à d'autres défis à surmonter tels que le manque de cadres juridiques communs sur la longévité, la coordination limitée à travers les frontières, la diversité culturelle et les modèles de vieillissement, ainsi que la production et l'harmonisation limitées de données comparables entre les régions pour identifier les tendances, les impacts transfrontaliers de la longévité, parmi d'autres dimensions.

Le projet NEXT-CARE est configuré comme une stratégie de collaboration transfrontalière visant à relever ces défis et à stimuler les innovations systémiques dans les régions d'Euskadi, de Navarre, des Pyrénées-Atlantiques et d'Occitanie.

Chapitre 2

Bonnes pratiques en matière d'innovation dans le domaine de la longévité dans les régions NEXT-CARE

Le vieillissement de la population, un phénomène courant dans les régions NEXT-CARE, pose des défis complexes et multidimensionnels qui nécessitent des réponses coordonnées, efficaces et durables. Ces défis comprennent l'augmentation de la dépendance, la pression sur les systèmes de santé et de soins, la solitude non désirée, l'évolution des liens familiaux et communautaires et la nécessité d'assurer la qualité de la vie au troisième âge. La longévité, comprise non seulement comme une augmentation de l'espérance de vie, mais aussi comme une question intergénérationnelle, exige de nouvelles façons de penser, de planifier et d'agir.

Dans ce contexte, l'identification, l'adaptation et le transfert de bonnes pratiques dans les domaines de l'innovation, de la recherche et de la formation deviennent un élément stratégique pour la conception de politiques publiques efficaces et la mise en place de systèmes de soins plus résilients et inclusifs. Les bonnes pratiques, en particulier celles fondées sur des données probantes, permettent de capitaliser les expériences réussies, d'optimiser les ressources, d'accélérer les processus de mise en œuvre et de réduire les inégalités entre des territoires dotés de capacités institutionnelles et sociales différentes.

En outre, l'intégration systématique de l'innovation —technologique, sociale, institutionnelle et culturelle— offre des solutions adaptées aux nouveaux besoins des personnes âgées, favorisant des modèles de soins plus centrés sur la personne, basés sur la communauté et préventifs. Pour sa part, la recherche appliquée permet de mieux comprendre les facteurs qui influent sur le bien-être des personnes âgées et fournit des éléments pour une prise de décision éclairée. Enfin, la formation continue et spécialisée des professionnels des soins et des agents institutionnels garantit une réponse plus humaine, efficace et culturellement appropriée aux nouveaux défis de la longévité.

Dans les contextes transfrontaliers où les différences culturelles, réglementaires et organisationnelles peuvent amplifier la fragmentation, l'identification des bonnes pratiques sert de pont pour la coopération et l'harmonisation des stratégies. Elle facilite la construction d'un langage commun, renforce la confiance mutuelle et génère des synergies entre des régions confrontées à des problèmes similaires dans des contextes différents.

Ce chapitre explore donc la valeur stratégique des bonnes pratiques en tant qu'outils clés pour relever les défis de la longévité à partir d'une approche globale, collaborative et territorialement équilibrée. Les expériences pertinentes, les critères de qualité et les mécanismes de transfert efficaces sont analysés dans le but de fournir un cadre d'orientation aux décideurs politiques, aux praticiens et aux universitaires.

2.1. Qu'est-ce qu'une bonne pratique d'innovation en matière de longévité ?

Une bonne pratique d'innovation, de formation et de recherche en matière de longévité, dans le cadre du projet NEXT-CARE, peut être considérée comme un projet ou une expérience validée, collaborative et fondée sur des données probantes qui favorise la transition du modèle de soins —personnalisé, coordonné et de proximité— afin d'améliorer le bien-être des personnes âgées, de renforcer les capacités des professionnels et de générer des connaissances transférables de part et d'autre de la frontière, garantissant ainsi son impact social, scientifique et territorial.

La cartographie des bonnes pratiques du réseau NEXT-CARE a été mise en œuvre entre octobre et décembre 2021 et a permis d'identifier 52 bonnes pratiques de transition. Toutes constituent une banque d'expériences précieuses et transférables qui reflètent la diversité et le potentiel d'innovation des territoires.

Au-delà de la documentation d'initiatives concrètes, la cartographie apporte une valeur ajoutée: elle sert de point de départ à l'apprentissage partagé, jette les bases du réseau NEXT-CARE pour l'innovation, la recherche et la formation, et offre des contributions utiles pour guider la transition vers un modèle de soins durable et centré sur la personne.

2.2. Objectifs de la cartographie des bonnes pratiques en matière de longévité

2.2.1. Objectif général

L'objectif principal de la cartographie des bonnes pratiques en matière d'innovation, de recherche et de formation est d'identifier les expériences de référence dans les régions NEXT-CARE afin de rendre visibles leur valeur et leur potentiel de transfert.

Dans le même temps, il s'agit de jeter les bases d'un processus d'apprentissage partagé entre les agents concernés et de favoriser la création et la consolidation du réseau d'apprentissage et de transfert NEXT-CARE en tant qu'espace de coopération durable.

2.2.2. Objectifs spécifiques

Objetivo específico 1. Concevoir et mettre en œuvre une méthodologie d'identification des bonnes pratiques basée sur un questionnaire en ligne, afin de documenter les bonnes pratiques qui contribuent au développement d'un nouveau modèle de soins à domicile et dans les centres résidentiels pour personnes âgées.

Objetivo específico 2. Créer une banque de bonnes pratiques accessible aux différents acteurs transfrontaliers —administrations, secteur tertiaire, universités et entreprises— afin de faciliter l'apprentissage mutuel et le transfert d'expériences.

Objetivo específico 3. Définir la base méthodologique du réseau NEXT-CARE, considéré comme un espace d'interaction, d'apprentissage et de transfert de connaissances entre les organisations de l'Eurorégion.

Objetivo específico 4. Produire un rapport de synthèse présentant les principaux résultats de la cartographie et des lignes directrices utiles pour promouvoir la transition vers de nouveaux modèles de soins et des soins centrés sur la personne.

2.3. Méthodologie de l'inventaire

La cartographie des bonnes pratiques a été élaborée selon une approche systématique et participative. Le travail a été réalisé au moyen d'une enquête numérique auto-administrée adressée aux conseils locaux, aux organisations du troisième secteur, aux universités et aux entreprises. Cet outil a permis de recueillir des informations comparables sur les objectifs, les activités, les résultats et les enseignements tirés de chaque expérience, offrant ainsi une vision large et rigoureuse de l'écosystème d'innovation en matière de longévité existant dans les régions NEXT-CARE.

La méthodologie a été structurée en sept étapes principales:

1. Identification des sources.

Préparation d'une liste préliminaire d'organisations, de municipalités et de projets liés à la longévité et aux soins —à domicile et dans les centres résidentiels—, y compris les administrations publiques, les entités du troisième secteur, les universités et les entreprises.

2. Conception et validation du questionnaire.

Création d'un questionnaire en ligne auto-administré, avec un temps de réponse estimé à 15-20 minutes, qui recueille des informations sur les objectifs, les activités, les résultats et les enseignements tirés de chaque pratique.

3. Distribution et collecte d'informations.

Le questionnaire a été envoyé à 85 organisations de l'Eurorégion du NAEN entre le 18 octobre et le 2 décembre 2021. 52 réponses valides ont été reçues (taux de participation de 61%).

4. Traitement et systématisation.

Classification des pratiques selon différents critères: typologie —innovation sociale, technologique, institutionnelle ou de formation—, population cible, portée de l'impact et contribution au modèle de transition des soins.

5. Regroupement théorique.

Regroupement des bonnes pratiques de transition par affinité en termes d'objectifs, de population cible, de technologies utilisées ou de domaines d'impact —domicile, résidences, communautés, etc—.

6. Validation et intégration dans les pôles d'innovation territoriaux.

Sélection et validation de groupes théoriques qui serviront de base à la conception d'expériences pilotes et à leur intégration dans les pôles territoriaux d'innovation.

7. Promotion du réseau NEXT-CARE.

Diffusion des résultats et promotion du réseau par la signature d'une lettre d'adhésion des agents impliqués comme étape initiale pour consolider un espace transfrontalier d'apprentissage et de transfert.

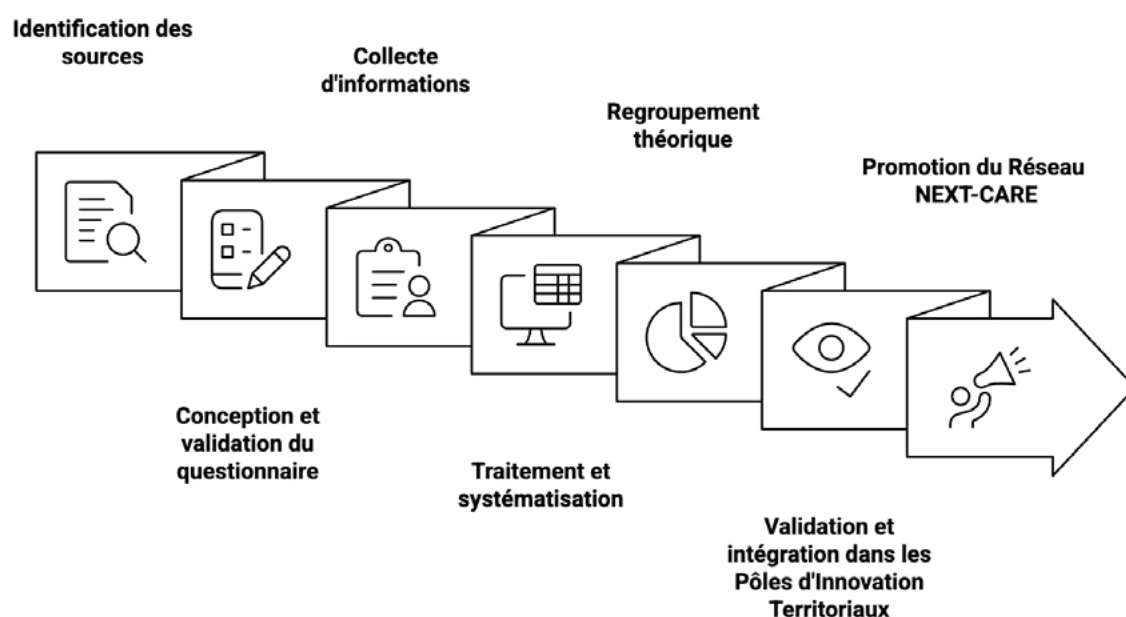


Figure 1: Méthodologie de la cartographie des bonnes pratiques

2.4. Résultats

L'exercice de cartographie révèle un déséquilibre régional dans les réponses. Quarante-huit pour cent des initiatives identifiées (45 au total) sont concentrées au Pays Basque —31 en Gipuzkoa, 6 en Bizkaia et 8 en Araba—, avec 2 bonnes pratiques en Navarre et 5 en Nouvelle Aquitaine. Cette concentration s'explique en grande partie par la plus grande diffusion réalisée au Pays Basque pour inviter les entités à répondre au questionnaire.

Les pratiques identifiées présentent une grande diversité que l'on peut regrouper en cinq domaines principaux.

Innovation sociale (77%): axée sur le renforcement des liens communautaires et le soutien aux aidants, qu'il s'agisse d'aidants formels ou familiaux. Elle comprend des programmes de formation et de soutien psychosocial pour les familles qui s'occupent d'eux à domicile, des initiatives d'information et de soutien pour les personnes âgées afin d'encourager leur participation à la vie de la communauté, la création d'espaces accessibles pour lutter contre la solitude non désirée et des services d'assistance téléphonique gratuits.

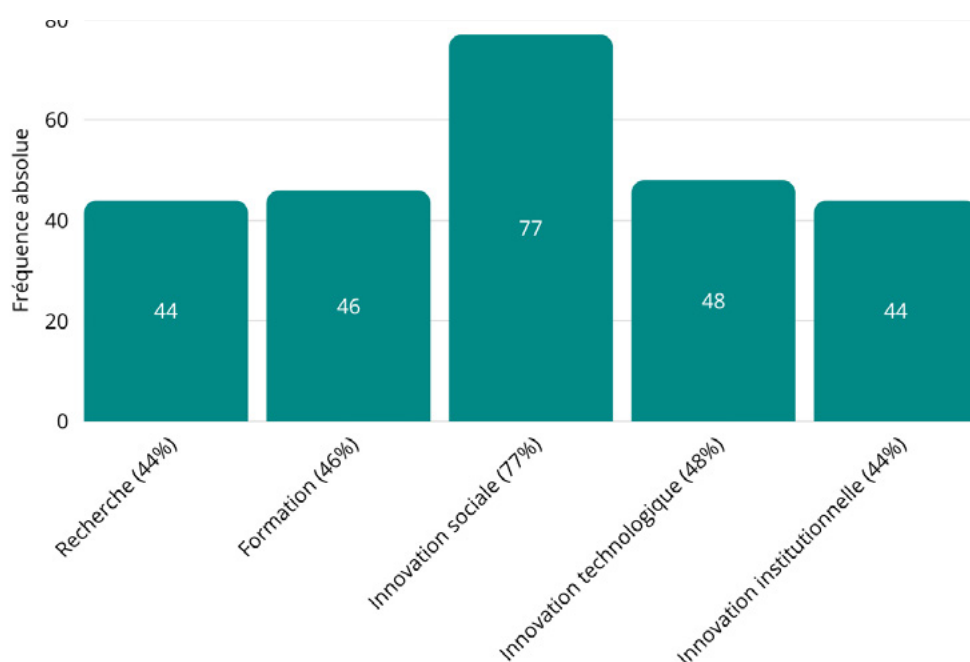
Innovation technologique (48%): utilisation d'outils numériques et technologiques pour améliorer la qualité de vie. Les expériences de stimulation cognitive à l'aide de tablettes chez les personnes souffrant de

déficiences légères ou modérées, l'application de la réalité virtuelle dans les maisons de soins pour promouvoir le bien-être émotionnel et cognitif, les plateformes numériques qui réduisent le fossé technologique chez les personnes âgées vivant à domicile et les systèmes interopérables pour gérer les demandes de soins de santé par le biais de la téléassistance sont des exemples particulièrement intéressants.

Innovation institutionnelle (44%): mesures visant à réorganiser et à coordonner les services. Des exemples pertinents sont la mise en œuvre du gestionnaire de cas dans les services sociaux municipaux, la coordination socio-sanitaire dans les maisons de retraite et la formation institutionnelle pour les professionnels de l'aide à domicile afin d'augmenter l'efficacité et la qualité du service.

Formation et renforcement des capacités (46%): programmes destinés à la fois aux professionnels et aux aidants informels. Ils comprennent la double formation et l'accompagnement rapproché des professionnels, l'éducation à la prévention des accidents domestiques et l'évaluation fonctionnelle des personnes âgées, ainsi que la formation au modèle de soins centrés sur la personne et sans contrainte.

Recherche (44%): initiatives qui fournissent des connaissances pour transformer le secteur, telles que les études de marché sur les modèles d'entreprise, la recherche sur la qualité des services et les projets d'évaluation des modèles de soins et d'assistance.



La figure 2 montre la répartition des bonnes pratiques par typologie:

En **termes d'impact**, la majorité des initiatives (83%) ciblent les personnes fragiles ou dépendantes à domicile, suivies par celles développées dans les centres d'hébergement (73%). En outre, 37% travaillent dans des centres de jour et 2% dans des logements alternatifs.

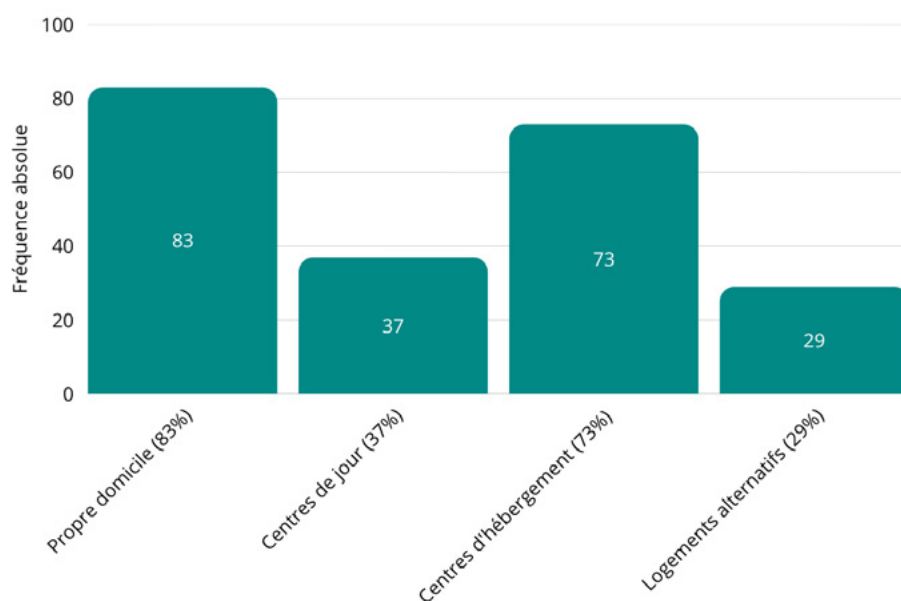


Figure 3: Domaines d'impact des bonnes pratiques

En ce qui concerne la **population cible**, les résultats montrent que 90% des pratiques s'adressent aux personnes en situation de dépendance et 69% aux personnes fragiles. Près de la moitié impliquent des aidants — professionnels, familiaux ou informels— et seulement un quart s'adresse aux personnes âgées autonomes à travers des programmes de prévention et de promotion du vieillissement actif et en bonne santé.

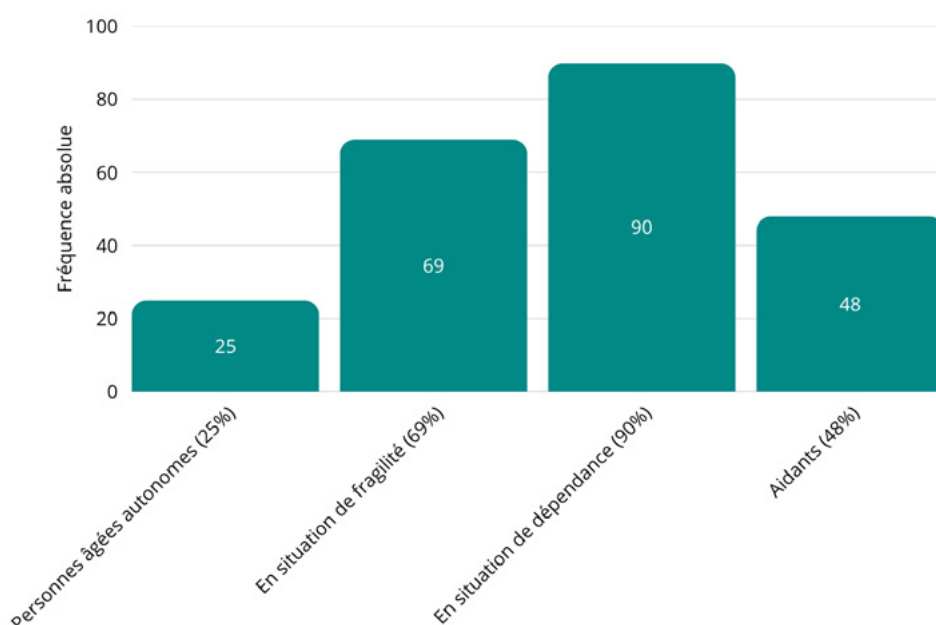


Figure 4: Population cible des pratiques identifiées

2.5. Considérations finales

La cartographie a permis d'identifier et de documenter 52 expériences qui contribuent à la transition vers un modèle de soins plus humain, personnalisé et durable. Un aspect clé est l'application de l'approche centrée sur la personne, à la fois à domicile et dans les centres résidentiels, avec une attention particulière pour les groupes en situation de dépendance et de fragilité. Parallèlement, des initiatives visant la prévention et le vieillissement actif des personnes autonomes ont été identifiées, ainsi que l'intégration progressive de technologies accessibles et utiles qui étendent les possibilités d'autonomie et de soins.

Le travail réalisé confirme la pertinence des réseaux transfrontaliers en tant qu'espaces de partage d'expériences et d'apprentissage mutuel. La création et la consolidation du réseau NEXT-CARE sont considérées comme une étape clé pour promouvoir l'interaction entre les acteurs de l'Eurorégion et pour transformer la diversité des initiatives en un écosystème cohérent d'innovation dans le domaine des soins.

Afin de progresser dans cette direction, les recommandations suivantes sont proposées:

- Approfondir l'accompagnement des organisations pour faciliter la documentation de leurs bonnes pratiques et leur incorporation dans le réseau NEXT-CARE.
- Promouvoir la création de groupes thématiques et territoriaux qui favorisent les synergies et l'apprentissage collectif.
- Encourager le transfert de bonnes pratiques de transition par le biais d'expériences pilotes adaptées à différents contextes locaux.
- Continuer à promouvoir l'innovation centrée sur la personne en accordant une attention particulière à la personnalisation, à la participation de la communauté et à l'intégration de technologies accessibles et utiles.

La **Banque de bonnes pratiques en matière d'innovation dans le domaine de la longévité** fournit un compte rendu détaillé des initiatives identifiées. Cette banque présente des informations sur les objectifs et les caractéristiques de chaque pratique, offrant une vision systématisée et comparative des expériences. Il s'agit d'une ressource clé pour le transfert et l'apprentissage mutuel, car elle facilite l'accès à des exemples concrets et transférables qui peuvent inspirer la mise en œuvre de nouvelles solutions dans différents contextes locaux (voir l'annexe I)

Chapitre 3

Cas de démonstration: innovation en matière de longévité

Les cas de démonstration de l'innovation en matière de longévité sont des interventions pionnières qui ont été mises en œuvre dans des contextes réels et qui offrent des preuves —ou des indications solides— d'un impact positif à la fois sur la qualité de vie des personnes âgées et sur l'efficacité des systèmes qui s'occupent d'elles. Ces cas se distinguent par leur capacité à répondre à des besoins non satisfaits ou à améliorer considérablement les pratiques existantes, en proposant des modèles plus intégrés, centrés sur la personne et profondément liés à leur communauté. Chaque expérience sélectionnée reflète une combinaison de viabilité technique, organisationnelle et financière, ainsi qu'un fort potentiel de reproductibilité et d'extensibilité dans d'autres territoires. En outre, tous les cas intègrent une forme d'innovation —qu'elle soit méthodologique, technologique, communautaire ou institutionnelle— ce qui en fait des références précieuses pour inspirer des transformations systémiques dans le domaine du vieillissement et de la longévité.

Ce chapitre présente cinq cas de démonstration qui illustrent comment l'innovation —sociale, technologique et organisationnelle— transforme les soins de longue durée et les soins à domicile. Les initiatives analysées —ACERCAR, etxeTIC, Getxo Zurekin, Ogénie et Zaindoo— proviennent du Pays basque, de Na-

varre et d'Occitanie et montrent, dans des contextes différents, des moyens efficaces d'évoluer vers un modèle de soins plus intégré, personnalisé et basé sur la communauté.

3.1. L'innovation comme condition du changement de modèle de soins

L'évolution vers un modèle de soins et d'accompagnement plus intégré, basé sur la communauté et centré sur la personne nécessite, outre des réformes réglementaires ou une réorganisation des ressources, l'incorporation de processus soutenus d'innovation sociale. Dans le domaine des services sociaux, l'innovation est comprise comme l'introduction de produits, processus, méthodes et/ou services nouveaux ou améliorés, capables de répondre aux défis sociodémographiques et politiques actuels en modifiant les pratiques, les relations et les politiques de service, et en générant un impact tangible sur la vie des personnes vulnérables, fragiles et dépendantes.

Les expériences analysées montrent que l'innovation peut prendre de nombreuses formes: développement de nouveaux outils technologiques, utilisation créative des technologies existantes, activation des

liens communautaires, personnalisation des plans de soins, transformation organisationnelle et adoption de méthodologies participatives pour la conception des services. Dans tous les cas, l'objectif est **d'améliorer l'expérience des utilisateurs et d'optimiser la coordination** entre les professionnels et les systèmes, avec un effet préventif et une utilisation plus efficace des ressources.

Pour que **l'innovation soit un véritable moteur de changement dans le modèle**, certaines conditions doivent être remplies: maintenir le face-à-face au centre des préoccupations, s'attaquer à la fracture numérique, rendre les services plus flexibles pour les adapter à chaque personne et à chaque territoire, susciter la confiance de la communauté, bénéficier d'un soutien institutionnel stable, accepter le risque inhérent aux essais et aux erreurs et valider les résultats de manière empirique.

En résumé, l'innovation n'est pas un complément au modèle de soins et d'accompagnement, mais une condition préalable à sa transformation. Sans elle, les avancées risquent de se limiter à des expériences pilotes sans capacité de consolidation ou de mise à l'échelle; avec elle, s'ouvre la possibilité d'un système plus équitable, plus préventif et plus centré sur la personne.

3.2. Cas de démonstration: innovations en matière de longévité

Les cas de démonstration ont été définis comme des **expériences innovantes de soins** qui, bien que déjà opérationnelles, sont susceptibles d'inspirer et d'orienter la transition vers de nouveaux modèles de soins et d'aide dans le domaine de la longévité. Il s'agit de pratiques qui combinent des approches sociales, sanitaires et communautaires, et qui intègrent des éléments de nouveauté, d'efficacité, de durabilité et de reproductibilité dans d'autres contextes.

L'approche adoptée vise à aller au-delà de la description spécifique des initiatives. Elle analyse les facteurs qui les font fonctionner, l'apprentissage qu'elles génèrent et les conditions qui favorisent leur succès. L'objectif est d'identifier non seulement "ce que les projets font", mais aussi "comment" et "pourquoi" ils parviennent à apporter des changements pertinents dans la prise en charge des personnes âgées. La sélection des cas s'est faite sur la base de critères préalablement définis:

- **Capacité à répondre** à des besoins non satisfaits ou à améliorer sensiblement les pratiques existantes.
- **Orientation vers un modèle plus intégré**, centré sur la personne et connecté à la communauté.
- **Preuve ou indications solides d'un impact positif** sur la qualité de vie des utilisateurs et sur l'efficacité du système.
- **Potentiel de reproductibilité et d'extensibilité** dans d'autres territoires.
- **Durabilité** technique, organisationnelle et financière.
- **Innovation** méthodologique, technologique, communautaire ou institutionnelle.

Les cinq cas reflètent une diversité territoriale, une orientation et une portée d'intervention remarquables: des initiatives dans les zones rurales et urbaines, des modèles hybrides de soins, des propositions technologiques, communautaires et de proximité. Ils comprennent des interventions axées sur le domicile, l'activation de la communauté et la connexion entre les ressources formelles et informelles. Ensemble, ils forment un laboratoire vivant d'innovation en matière de longévité et fournissent un apprentissage précieux pour guider les politiques et les services qui sont davantage liés aux réalités locales et aux besoins des personnes âgées.

3.3. Objectifs et méthodologie

Les cas de démonstration analysés poursuivent un objectif commun: **renforcer le maintien à domicile et le bien-être des personnes âgées fragiles ou dépendantes, tout en soutenant et en reconnaissant le rôle des aidants**. Plus précisément, ils visent à réduire la surcharge des aidants et le risque de claudication des aidants, à retarder l'institutionnalisation non souhaitée, à améliorer la qualité de vie objective et perçue et à tirer parti du potentiel de l'innovation sociale et technologique pour des soins plus personnalisés, préventifs et de proximité.

Pour son analyse, une **méthodologie qualitative d'études de cas multiples** a été adoptée, ce qui est idéal pour décrire et analyser en profondeur des expériences contextualisées ayant la capacité d'orienter les politiques publiques.

Le processus s'est déroulé en quatre phases:

1. **Définition des critères d'inclusion et de priorisation:** adéquation avec l'objet de l'étude, lien avec le niveau communautaire, innovation sociale/technologique, preuve de l'impact, validité, extension et portée.
2. **Sélection de cinq cas représentatifs** avec différents types de pratiques, d'agents et de territoires:
 - **ACERCAR** (Navarre): service de soins hybrides en milieu rural.
 - **etxeTIC** (Pays basque): aide au maintien à domicile grâce à des soins hybrides et à la technologie.
 - **Getxo Zurekin - Compassionate Community** (Pays basque): réseau local de soins palliatifs, de fin de vie et de deuil.
 - **Ogénie** (Occitanie): plateforme numérique pour le lien social des personnes âgées.
 - **Zaindoo** (Pays basque): soins télématiques et soutien psychosocial aux aidants.
3. **Collecte d'informations** par le biais d'une analyse documentaire et d'entretiens semi-structurés avec les promoteurs de chaque initiative.
4. **Description et analyse** systématiques de chaque cas —origine, objectifs, lignes d'action, développement, résultats, apprentissage et perspectives— complétées par une analyse transversale des tendances, des facilitateurs et des défis communs.

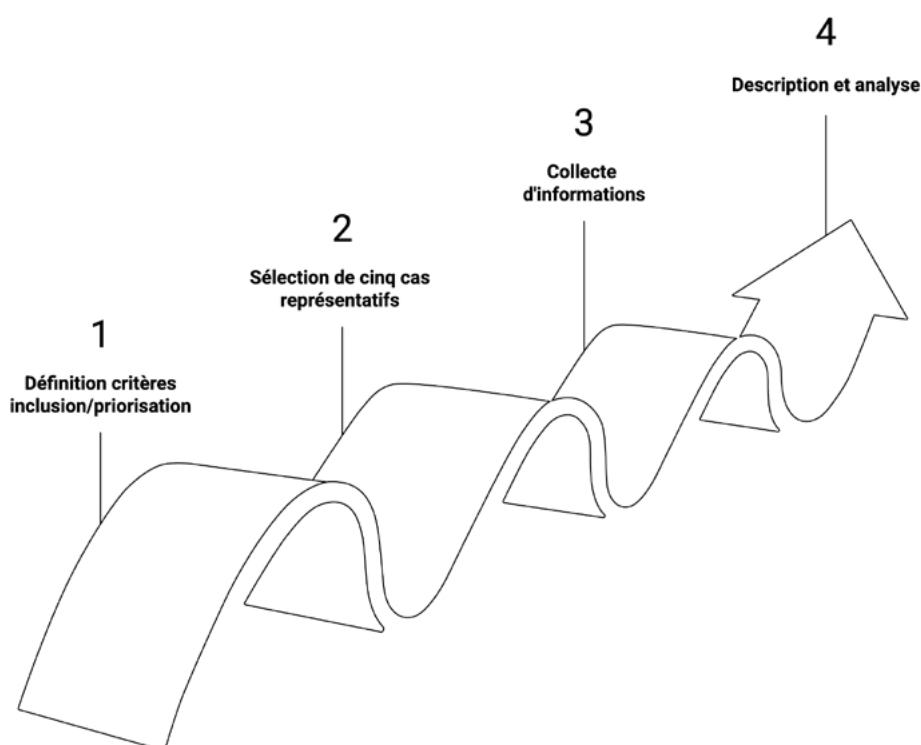


Figure 5: Phases de la méthodologie des études de cas

3.4. Résultats

L'analyse comparative des cinq cas d'innovation en matière de soins, d'accompagnement et de soins à domicile montre des **avancées significatives dans la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services**, ainsi que dans l'intégration des approches prioritaires.

Dans la sphère **sociale**, on note des expériences qui ont transformé les récits et les pratiques communautaires (Getxo Zurekin), renforcé le soutien aux aidants (Zaindoo - etxeTIC) et élargi l'accès à des services qui n'existaient pas dans les zones rurales (ACERCAR).

En termes de **technologie**, toutes les initiatives intègrent des outils numériques —des plateformes de connexion sociale (Ogénie) aux systèmes de suivi et de télé-réhabilitation (ACERCAR - etxeTIC)— qui ont permis d'optimiser les ressources, d'améliorer la détection précoce des besoins et de réduire l'utilisation des services formels.

En matière **d'innovation organisationnelle**, on observe des modèles de coordination entre les systèmes sanitaires, sociaux et communautaires (Getxo Zurekin - ACERCAR), la création de nouvelles figures professionnelles, un gestionnaire de cas (etxeTIC - Getxo Zurekin) et l'ouverture des espaces institutionnels à la communauté (ACERCAR).

Les **résultats quantitatifs** montrent une amélioration des indicateurs de bien-être émotionnel, une réduction

de la surcharge, une augmentation de l'auto-efficacité des aidants et des économies significatives pour le système public en réduisant l'utilisation des services formels.

Dans tous les cas, la **satisfaction des utilisateurs et des familles** est élevée, avec des évaluations positives de la qualité, de la pertinence et de l'utilité des solutions mises en œuvre.

Malgré leurs différences, les pratiques partagent la **coopération interinstitutionnelle et communautaire** comme thème transversal. L'approche rurale est particulièrement pertinente dans ACERCAR, Zaindoo et etxeTIC; la perspective de genre est explicitement intégrée dans etxeTIC et Zaindoo; et la solidarité intergénérationnelle est particulièrement encouragée dans Getxo Zurekin et Ogénie. Pris ensemble, ils offrent tous des leçons précieuses pour la conception de politiques publiques et pour la mise à l'échelle de solutions innovantes adaptées à différents contextes territoriaux.

Vous trouverez ci-dessous un tableau comparatif qui résume, pour chaque cas analysé, son thème principal, sa description sommaire, ses éléments innovants et ses approches prioritaires. Cette structure permet de visualiser rapidement les similitudes et les différences entre les pratiques, ainsi que les domaines dans lesquels chacune a le plus progressé. La comparaison facilite également l'identification des éléments transférables et des opportunités d'apprentissage mutuel et de coopération entre les territoires.

Cas	Thématique	Description	Éléments d'innovation	Approches
ACERCAR Navarre https://acercar.es/	Service de soins hybrides en milieu rural.	Modèle combinant les soins en face à face et à distance (surveillance, téléassistance, physiothérapie, neuropsychologie) pour améliorer l'accessibilité et l'efficacité dans les zones rurales.	Innovation sociale par la technologie; modèle organisationnel hybride; coordination entre le système de santé et le système socio-sanitaire; ouverture des résidences à la communauté.	Rural, coopération.
etxeTIC Euskadi https://www.bizkaia.eus/es/etxetic	Soutien au maintien à domicile par le biais de soins hybrides et de la technologie.	Il intègre les soins à domicile, la technologie et la coordination socio-sanitaire pour les personnes en situation de dépendance, avec un soutien aux aidants.	Innovation sociale, technologique et organisationnelle; gestionnaire de cas; intégration des services sociaux, sanitaires et communautaires.	Genre, ruralité, coopération, intersectionnel, solidarité intergénérationnelle, eurorégional.
Getxo Zurekin - Communauté de compassion Euskadi https://fundaciondobiesonria.com/getxozurekin/wp-content/uploads/2020/09/Fundacion-DS-Getxo-Zurekin.pdf	Réseau local pour les soins palliatifs, la fin de vie et le deuil.	Réseau communautaire qui articule les services officiels, la communauté et les agents locaux pour améliorer les soins palliatifs, la fin de vie et le deuil, grâce à la participation de la communauté.	Innovation sociale et organisationnelle; figure de Lokarria et équipe de connecteurs communautaires; méthodologies de co-création et d'activation communautaire.	Coopération, solidarité intergénérationnelle et intersectionnelle.
Ogénie Occitanie https://ogenie.fr/	Plateforme numérique pour la connexion sociale des personnes âgées.	Centralise les activités et les ressources pour prévenir la solitude non désirée avec un service de conseil individualisé et un moteur de recherche accessible.	Innovation sociale, technologique et organisationnelle; visibilité des petites entités; comités stratégiques; section bénévolat.	Coopération, intergénérationnel, solidarité rurale.
Zaindoo Euskadi https://www.euskadi.eus/zaindoo/es/	Soins télématiques et soutien psychosocial aux aidants.	Service numérique offrant un soutien psychosocial et des outils d'organisation aux aidants, réduisant la surcharge et améliorant l'efficacité personnelle.	Innovation sociale et technologique; application propre avec conception participative; promotion de la coresponsabilité dans les soins.	Genre, ruralité, coopération.

3.5. Considérations finales et enseignements tirés

L'analyse conjointe des cinq cas d'innovation en matière de soins et de soins à domicile confirme que ces expériences génèrent des avancées significatives dans la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services, ainsi que dans l'intégration d'approches prioritaires telles que la coopération interinstitutionnelle et communautaire, la perspective de genre, l'attention portée aux environnements ruraux et la solidarité intergénérationnelle. Au-delà de leurs particularités, toutes ces initiatives montrent le potentiel de l'innovation sociale, technologique et organisationnelle en tant que moteur d'un changement du modèle de soins vers un modèle de soins plus centré sur la personne et son environnement immédiat. D'une manière générale, **les initiatives ont démontré**:

- **Impact sur le bien-être et la qualité de vie:** amélioration du bien-être émotionnel, réduction de la surcharge de travail des soignants, augmentation de l'auto-efficacité et grande satisfaction des utilisateurs et des familles.
- **Efficacité et durabilité du système:** la réduction de l'utilisation des services formels —téléassistance, centres de jour, résidences— génère des économies significatives pour l'administration publique et contribue à retarder l'institutionnalisation non désirée.
- **Transformation socioculturelle:** des expériences telles que Getxo Zurekin et Ogénie montrent qu'il est possible de modifier les récits de la communauté concernant la mort, la solitude ou la valeur des soins partagés.
- **Utilisation de technologies adaptées:** toutes les expériences intègrent des outils numériques —surveillance, plateformes sociales, téléadaptation— avec des avantages évidents en termes de suivi, de détection précoce et d'optimisation des ressources, bien que des défis persistent en ce qui concerne la fracture numérique et l'adaptation technologique à différents profils.
- **Modèles organisationnels innovants:** la création de figures de liaison professionnelles, la coordination efficace entre les systèmes sanitaires et sociaux et l'ouverture des espaces institutionnels à la communauté ont été décisives.

Il existe également une série de **facteurs facilitateurs communs**: des éléments, des conditions et des ressources partagés par les cinq cas qui ont favorisé leur développement, leur impact et leur du-

tabilité, et qui constituent des leviers clés pour le succès de futures expériences d'innovation dans le domaine des soins.

- **Volonté politique** et engagement institutionnel à différents niveaux.
- **Participation active** de la communauté et des utilisateurs à la conception et à la co-crédation.
- **Collaboration** entre les secteurs public, privé, tertiaire et communautaire.
- **Flexibilité** pour adapter le service aux besoins et contextes locaux.

Les principaux **obstacles, barrières, défis et limitations** récurrents identifiés dans les cinq cas qui ont conditionné leur développement, leur mise en œuvre ou leur durabilité, et qui fournissent des enseignements utiles pour prévenir, minimiser ou gérer ces défis dans les futures initiatives d'innovation en matière de soins, sont les suivants:

- **inadéquation** entre le temps et les procédures administratives et la dynamique de l'innovation.
- **La fracture numérique** et les obstacles culturels à l'adoption de nouveaux services, en particulier le soutien psychosocial.
- **La faiblesse des liens** avec certains secteurs du système formel, en particulier les services sociaux de base.
- **Dépendance excessive** à l'égard du bénévolat dans certaines expériences, ce qui met en péril la durabilité.

Enfin, une série de **recommandations et d'enseignements clés** sont inclus sous forme de lignes directrices pratiques, de conclusions opérationnelles et de connaissances transférables, qui peuvent servir de guide pour la conception, la mise en œuvre et la transposition à plus grande échelle de nouvelles expériences d'innovation dans les soins:

- **Consolider des cadres de coopération stables** entre les administrations, les services formels et la communauté, afin d'éviter que la dynamique ne dépende d'individus ou d'équipes spécifiques.
- **Concevoir des plans de viabilité économique** dès les phases initiales, en combinant un financement public stable et des formules de collaboration public-privé-social.
- **Investir dans la réduction de la fracture numérique** en offrant un soutien à la formation et un accompagnement continu.
- **Renforcer la perspective de genre dans l'évaluation** en désagrégeant systématiquement les

données et en concevant des interventions visant à équilibrer la charge des soins et de l'aide.

- **Garantir l'évolutivité et l'adaptabilité** des modèles tout en préservant les soins personnalisés et les liens avec la communauté.
- **Intégrer des processus d'évaluation continue** pour mesurer l'impact, tirer les leçons des erreurs et ajuster la conception.
- **Valoriser et renforcer le capital social de la communauté** en intégrant le bénévolat, mais en évitant sa surcharge et sa dépendance exclusive.

L'analyse des expériences rassemblées dans ce rapport montre que l'innovation dans les soins est non seulement possible, mais nécessaire, et qu'elle requiert de **combiner stratégie, flexibilité et ancrage communautaire** pour transformer un défi structurel en une opportunité collective.

Chapitre 4

Le réseau NEXT-CARE: innovation, recherche et formation

Suite à la cartographie des bonnes pratiques en matière d'innovation, de recherche et de formation et à l'analyse des cas de démonstration, le projet NEXT-CARE a encouragé la création du RÉSEAU NEXT-CARE, qui représente une opportunité stratégique de capitaliser les connaissances générées, de consolider un écosystème collaboratif dans les régions impliquées et d'accélérer le transfert de solutions innovantes. Le réseau vise à faciliter l'apprentissage et la transposition d'expériences innovantes dans différents contextes en encourageant la recherche appliquée, la formation continue et le développement de compétences clés dans le domaine des systèmes de soins. Les travaux menés dans le cadre du réseau ont pris la forme de différentes activités, dont les séminaires numériques organisés en 2022 et 2025. Ces réunions ont permis de partager les expériences, d'identifier les obstacles et de formuler des propositions sur des questions pertinentes —des soins à domicile aux soins de proximité en passant par la solidarité intergénérationnelle— fournissant des clés utiles pour guider la conception des services et des politiques publiques sur la longévité et la prévention de la dépendance.

4.1. Objectifs et méthodologie des séminaires

Les séminaires numériques organisés en 2022 et 2025 ont été conçus comme des espaces d'apprentissage collaboratif et de transfert de bonnes pratiques en matière de soins, reliant les agents institutionnels, communautaires, universitaires et commerciaux de l'Eurorégion.

Le cycle, développé entre octobre et décembre 2022, s'est concentré sur la visibilité des bonnes pratiques en matière d'innovation, de recherche et de formation promues par les agents territoriaux —institutions publiques, organisations du troisième secteur, entreprises et universités—, facilitant la connexion et l'apprentissage collaboratif entre eux, et ouvrant la possibilité de promouvoir le transfert de ces pratiques entre les territoires. En outre, l'objectif est de documenter l'apprentissage réalisé, d'identifier les obstacles et les leviers pour promouvoir une culture du changement et d'évaluer le développement des sessions afin de formuler des recommandations.

En 2025, les séminaires ont conservé l'objectif général du réseau, en intégrant trois axes thématiques avec leurs propres objectifs:

1. Soins à domicile: identifier les programmes et services innovants pour la détection précoce de la fragilité, et proposer des modèles de prévention axés sur le bien-être et l'autonomie.
2. Soins de proximité: identifier les bonnes pratiques et les obstacles dans les soins informels et de proximité, et proposer des mesures de soutien, de formation et d'articulation institutionnelle.
3. Solidarité intergénérationnelle: analyser les obstacles à la coopération entre les générations et proposer des initiatives visant à renforcer les liens et la coresponsabilité.

Pour atteindre ces objectifs, une méthodologie adaptée au contexte et aux priorités définies a été conçue et appliquée dans chaque session, combinant des outils participatifs, des dynamiques d'échange et des processus d'évaluation. Cette approche a permis non seulement de présenter des expériences, mais aussi de générer un espace de co-création et de systématisation des propositions, en veillant à ce que les leçons apprises soient transférables et utiles pour le développement de politiques et de services.

Les séminaires numériques organisés en 2022 ont suivi une méthodologie divisée en cinq étapes clés, qui ont guidé l'ensemble du processus, de l'identification des problèmes à l'évaluation finale:

1. Identification des sujets: sur la base d'une cartographie préalable des bonnes pratiques dans l'Eurorégion NAEN et d'un atelier collaboratif en face à face (mars 2022), auquel 102 personnes ont participé, les sujets les plus intéressants, les principaux obstacles au changement de modèle de soins et les modes de transfert les plus pertinents ont été classés par ordre de priorité.
2. Conception méthodologique: une approche d'apprentissage interactive a été choisie, basée sur la présentation de bonnes pratiques sous forme d'entretiens, privilégiant la conversation à l'exposition classique.
3. Préparation: élaboration de fiches opérationnelles trilingues —basque, espagnol, français— et de scripts d'entretien basés sur les questionnaires remplis par les responsables des bonnes pratiques.
4. Mise en œuvre: entretiens avec les différents invités de chaque séminaire, accompagnés d'un expert chargé de faire un bilan final des apports et des enseignements.
5. Évaluation: enquêtes de satisfaction après chaque session pour évaluer la qualité, l'utilité et la transférabilité des bonnes pratiques.

Les séminaires organisés en 2025 ont appliqué une méthodologie participative adaptée à chaque thème, combinant des pré-enquêtes, des présentations de cadres et des ateliers de co-création.

Dans les deux premiers séminaires, la pré-enquête a permis de vérifier le degré de connaissance et les perceptions initiales des participants, dont les résultats ont été analysés et utilisés comme point de départ dans les ateliers. Le troisième séminaire, consacré à la solidarité intergénérationnelle, s'est passé de cette enquête pour permettre une exploration plus ouverte et non conditionnée du sujet.

Chaque session a suivi une structure commune:

- Ouverture institutionnelle avec mise en contexte de l'objectif du séminaire.
- Présentation d'un cadre pour encadrer le débat du point de vue d'un expert.
- Ateliers parallèles de co-création au cours desquels les obstacles, les opportunités et les propositions concrètes ont été identifiés.
- Synthèse finale avec collecte et systématisation des contributions dans un rapport ultérieur.

Ce format a favorisé l'échange entre des professionnels du secteur social et de la santé, des responsables institutionnels, des experts du monde académique et des représentants des communautés, générant un espace de dialogue et de construction collective de propositions.

4.2. Résultats des séminaires

Les séminaires organisés en 2022 et 2025 ont généré un ensemble d'apprentissages et de propositions qui guident l'innovation dans les soins selon différentes perspectives: soins à domicile, soins de proximité, centres résidentiels et solidarité intergénérationnelle. Les principaux résultats de chaque édition sont présentés ci-dessous, organisés par thème et par année.

Résultats du premier cycle de séminaires (2022):

- **Séminaire 1 - Soins à domicile**
53 personnes ont participé et se sont informées sur les expériences de coordination des soins sociaux et de santé, les outils numériques pour les aidants et les technologies appliquées au domicile. Des obstacles tels que la dispersion géographique, le manque d'interopérabilité des sys-

tèmes et la résistance culturelle au changement ont été identifiés, ainsi que des solutions telles que le bénévolat dans les transports ou la co-conception avec les utilisateurs. Il a été constaté que la technologie n'est pas le principal obstacle, mais la résistance culturelle, et que les modèles les plus efficaces brouillent les frontières entre le domicile, la maison de soins et la communauté.

- **Séminaire 2 - Soins résidentiels**

Ce séminaire a réuni 33 participants et a présenté des initiatives sur l'autosoin professionnel, les maisons de soins résidentiels et les soins centrés sur la relation. Il a été souligné que l'innovation vient principalement du terrain, sur la base de besoins réels, et que l'apprentissage à partir d'expériences externes est essentiel. La codification des bonnes pratiques et le manque de structures pour leur mise à l'échelle restent des défis à relever.

- **Séminaire 3 - Soins de proximité**

Avec 32 participants, ce séminaire a présenté quatre expériences autour des projets communautaires, de l'utilisation des données, des réseaux de compassion et du bénévolat intergénérationnel. La réunion a mis en évidence l'importance de l'intégration du public, du privé et du voisinage dans les réseaux de soins, ainsi que le rôle des politiques publiques dans le renforcement du leadership communautaire. Des obstacles tels que la complexité institutionnelle, la résistance culturelle, le manque de ressources et les limites de la gestion des données ont également été identifiés.

Résultats du deuxième cycle de séminaires (2025)

- **Séminaire 1 - Modèles de soins à domicile**

Axées sur la prévention de la dépendance, 11 propositions innovantes ont été présentées, telles que des radars communautaires, des unités mobiles de coordination des soins sociaux et de santé, des cafés d'information et des registres de personnes âgées n'ayant jamais eu de contact avec les services sociaux. Les propositions ont été regroupées en quatre domaines clés: sensibilisation, alerte précoce, intervention et évaluation, soulignant la nécessité de services préventifs axés sur le bien-être et l'autonomie.

- **Séminaire 2 - Soins de proximité**

Destiné à produire un catalogue d'actions visant à améliorer les soins et le soutien communautaires, ce séminaire a proposé des mesures telles que repenser les infrastructures pour les rendre accessibles et partagées, utiliser la technologie pour la cartographie et le suivi, offrir des services mobiles dans les zones dispersées, soutenir et former les aidants informels, et promouvoir les activités sociales et culturelles. La coresponsabilité entre la communauté et les institutions a été soulignée comme une base pour des soins durables.

- **Séminaire 3 - Solidarité intergénérationnelle**

Lors de cette réunion, qui proposait une réflexion ouverte entre les participants, des obstacles ont été identifiés: culturels —âgisme, visions divergentes—, structurels —manque d'espaces de rencontre—, économiques —inégalités et difficultés d'émancipation— et politiques —manque de politiques à long terme—. Les solutions proposées comprennent la création d'espaces physiques intergénérationnels, le soutien aux initiatives communautaires existantes, la promotion d'un leadership inclusif et l'encouragement de valeurs partagées entre les générations.

Outre les propositions et les conclusions formulées, les séminaires numériques 2022 ont permis de découvrir en détail diverses bonnes pratiques promues au Pays basque, en Navarre et en Nouvelle-Aquitaine en vue d'améliorer les soins et l'accompagnement à domicile, dans la communauté et dans les centres d'hébergement. Un résumé de ces pratiques est présenté ci-dessous:

Nom de la pratique	Description de la pratique
EUSKADI	
Gizarea	Mise en œuvre du modèle de soins centrés sur la relation dans une résidence pour personnes atteintes de démence.
Kwido	Construire une plateforme qui facilite la prise en charge des personnes âgées à domicile à l'aide de la technologie.
NAVARRA	
Jubiloteca	Ressource de soutien intermédiaire qui vise à promouvoir la participation et l'inclusion sociale des personnes âgées en tant qu'agents actifs, en évitant l'isolement social et la solitude non désirée.
Projet etxeTIC	Plate-forme conçue pour proposer un plan de soins aux personnes en situation de dépendance et aux aidants.
Création de dix logements liés à la résidence	Création de 10 logements liés à la résidence San Jerónimo où les personnes peuvent vivre de manière indépendante, en toute tranquillité et sécurité, et où elles peuvent bénéficier de tous les soins et de toute l'attention dont elles ont besoin.
Projet satellite "Echa un ojo !"	s'attaque à la solitude des personnes âgées dépendantes ou vulnérables en créant un réseau de soutien de voisinage. Le réseau de soutien est composé de bénévoles, d'entreprises, d'entités locales, d'associations, etc. qui participent au projet.
Intervention communautaire: BIDASOA ZUREKIN, Région compatissante	Création, gestion et implication de réseaux de soins et de soutien pour les personnes atteintes d'une maladie avancée et/ou nécessitant des soins palliatifs et leurs familles.
TEKNOADINEKO	Il propose un partenariat public-privé pour tester un nouveau modèle d'intervention sociale qui combine les soins traditionnels et l'innovation technologique et les met au service de la population la plus fragile. Le modèle s'articule autour de trois vecteurs: l'apprentissage international, la technologie sociale et l'approche communautaire.
NOUVELLE AQUITAINE	
AIDI	Application numérique pour soutenir les aidants avec des conseils pratiques, un annuaire des services et des agents impliqués dans l'aide aux aidants; un calendrier des événements pour aider les aidants sur le territoire; et une ligne d'assistance téléphonique 24/7.
Le yoga dans les maisons de retraite: santé et qualité de vie au travail	Cette pratique s'adresse aux soignants, ayant constaté que peu de personnes avaient une pratique sportive ou méditative. Il s'agit d'une approche de la santé et de la qualité de vie au travail.
Service civique solidarité senior	Il s'agit d'un engagement volontaire de jeunes de 16 à 25 ans (30 ans s'ils sont handicapés) dans une mission d'intérêt général: 24 à 35 heures par semaine pendant 6 à 12 mois. Rémunéré 601€ par mois (111€ restant à la charge de la structure d'accueil). Structures à but non lucratif.

4.3. Considérations finales et leçons apprises

Au cours de la période 2022-2025, le réseau NEXT-CARE a généré un apprentissage collectif précieux sur la manière d'innover en matière de soins et d'accompagnement de la longévité. Bien que les séminaires organisés chaque année apportent des nuances différentes, les conclusions convergent dans la même direction: **un modèle préventif, communautaire, intergénérationnel et centré sur la personne, où la technologie est mise au service des liens et de la durabilité à long terme.**

Sept grandes leçons transversales se dégagent de la comparaison des deux périodes:

- **La prévention comme paradigme.**
Agir avant la détérioration nécessite des services accessibles, proactifs et ancrés dans le territoire. La sensibilisation, l'alerte précoce et le soutien en cas de fragilité sont essentiels.
- **La communauté comme infrastructure de soins.**

Les réseaux locaux réduisent la solitude, soutiennent les soins à domicile et atténuent les interventions sanitaires. Des expériences telles que Jubiloteca, Bidasoa Zurekin, Satélite ou Teknoadineko montrent comment les liens sociaux deviennent une ressource stratégique.

- **Une technologie qui a une finalité et qui est centrée sur l'humain.**
Le défi n'est pas technique, mais culturel. Les solutions fonctionnent lorsqu'elles sont conçues avec les utilisateurs et les soignants en réponse à des besoins réels —Kwido, AIDI, Adarpea—. L'échec de la robotique et le succès ultérieur d'alternatives telles que le yoga à Adarpea illustrent cette transition.
- **Coordination et leadership public.**
L'innovation nécessite une gouvernance partagée, la participation de la quadruple hélice et un leadership institutionnel pour articuler la coordination socio-sanitaire et communautaire.
- **Durabilité et mise à l'échelle.**
Les projets restent souvent dans la phase pilote. Un financement stable et des mécanismes de

mise à l'échelle sont nécessaires pour assurer la continuité et la capacité installée du système.

- **Interopérabilité et gestion des données.**

Le défi est plus organisationnel et juridique que technologique. Les progrès nécessitent des accords de gouvernance, des innovations organisationnelles et des garanties solides en matière de protection des données.

- **Intergénérationnalité et équité.**

Lorsqu'elle découle d'intérêts communs, l'interaction entre les générations enrichit la culture des soins. En outre, les politiques doivent tenir compte du cycle de vie et reconnaître la diversité des trajectoires.

La synthèse des conclusions et des enseignements tirés ne doit pas rester au niveau analytique. Pour que l'innovation en matière de soins et d'assistance se traduise par des changements réels, il est nécessaire de traduire ces enseignements en actions concrètes et pratiques. En ce sens, il est recommandé de:

- **Consolider** la prévention comme élément central des services et de l'assistance.
- **Renforcer** les réseaux communautaires et la prescription sociale pour réduire la solitude.
- **Promouvoir** une technologie axée sur l'humain, co-conçue et adaptée aux besoins réels.
- Renforcer le leadership public et la coordination socio-sanitaire et communautaire.
- **Garantir** un financement stable pour assurer la durabilité et l'expansion.
- **Promouvoir** l'interopérabilité organisationnelle et juridique dans la gestion des données.
- **Codifier et transférer** l'apprentissage, grâce à des visites d'échange et à une documentation pratique.
- **Promouvoir** les initiatives intergénérationnelles basées sur des contextes et des motivations réels.

Le réseau NEXT-CARE montre qu'une innovation efficace en matière de soins et d'assistance nécessite la prévention, la communauté, une technologie ciblée, la coordination et la durabilité. Lorsque ces éléments sont alignés, les changements transcendent la phase pilote et deviennent des capacités structurelles du système.

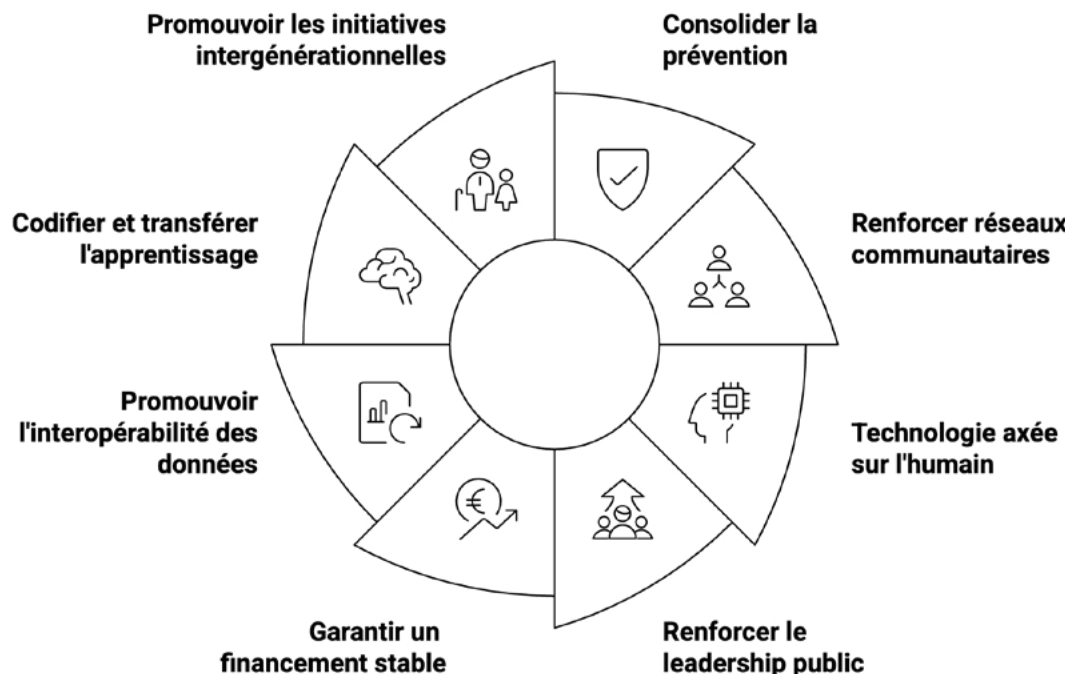


Figure 6: Principaux enseignements

Chapitre 5

Feuille de route transfrontalière pour l'innovation en matière de longévité

La feuille de route pour l'innovation en matière de longévité est l'un des principaux résultats du projet transfrontalier NEXT-CARE. Son objectif est de synthétiser les enseignements tirés de la cartographie des bonnes pratiques et des séminaires d'échange organisés entre 2021 et 2025, et de les mettre au service de ceux qui souhaitent transformer les soins et les modèles de soins. Le guide rassemble des expériences développées au Pays basque, en Navarre, en Nouvelle Aquitaine et en Occitanie, à domicile, en résidence et dans la communauté.

Malgré leur diversité, toutes les initiatives ont un objectif commun: **promouvoir des modèles de soins plus préventifs, personnalisés et durables** qui renforcent l'autonomie, les liens sociaux et la capacité de choix des personnes âgées et de leurs environnements de soins.

5.1. Objetivos y metodología

Le guide de l'innovation en matière de longévité vise à **faciliter l'intégration de l'innovation dans les modèles de soins**, tant à domicile que dans les établissements résidentiels et communautaires. À cette fin, il offre un cadre pratique qui:

- **Systématise** les expériences réelles d'innovation en matière de longévité.
- **Identifie** les processus et les thèmes clés pour la conception et l'amélioration des services.
- **Facilite** le transfert et l'extensibilité des bonnes pratiques entre les territoires.

La méthodologie pour son élaboration a été basée sur **deux sources principales d'information et d'apprentissage**:

1. **La cartographie des bonnes pratiques** développées entre octobre et décembre 2021 dans l'Eurorégion NAEN, qui a identifié 52 expériences innovantes promues par des conseils municipaux, des entités du troisième secteur, des universités et des entreprises, dans des contextes domestiques, résidentiels et communautaires.
2. **Les séminaires numériques du réseau NEXT-CARE**, organisés en 2022 et 2025, qui ont permis de comparer les expériences, d'approfondir les résultats de la cartographie et de progresser dans la définition des thèmes clés pour la transition vers de nouveaux modèles de soins.

L'analyse de ces sources a permis d'observer des modèles communs et des enseignements transférables, qui ont été synthétisés dans le **modèle NEXT-CARE d'innovation en matière de longévité**, structuré en cinq processus et 17 thèmes.

5.2. Modèle d'innovation NEXT-CARE

Le modèle NEXT-CARE d'innovation en matière de longévité est structuré en **cinq processus interdépendants** qui permettent d'organiser et de systématiser les expériences recueillies lors de la cartographie et dans les espaces d'échange du projet. Chaque processus rassemble un ensemble de bonnes pratiques organisées en **17 thèmes clés** allant de l'identification des besoins à la diffusion des résultats:

1. **Diagnostic:** se concentre sur l'analyse du contexte social, du degré de fragilité et de dépendance, et des ressources disponibles pour les soins.
2. **Prototypage:** interprète les informations obtenues lors du diagnostic et définit les éléments de l'intervention.
3. **Intervention:** comprend des actions destinées aux personnes en situation de fragilité et de dépendance, à leurs aidants —formels et informels— et à l'environnement communautaire.
4. **Évaluation:** mesure les résultats obtenus et intègre des indicateurs d'impact sur la qualité de vie, ainsi que l'efficacité et le rapport coût-bénéfice.
5. **Mise à l'échelle:** systématise, adapte, transfère et diffuse les innovations afin de garantir leur durabilité et leur reproductibilité dans différents contextes.

Outre ces processus, le modèle intègre **quatre axes transversaux —défis, idées, innovation et impact—** qui servent de fil conducteur entre les phases. Ces axes permettent de transformer l'apprentissage en propositions de valeur, d'assurer la cohérence entre le diagnostic et l'intervention et, enfin, de projeter les résultats vers leur transférabilité et leur mise à l'échelle.

La figure 7 résume graphiquement le modèle NEXT-CARE d'innovation en matière de longévité, en montrant la relation entre les processus, les thèmes et les axes transversaux qui l'articulent:

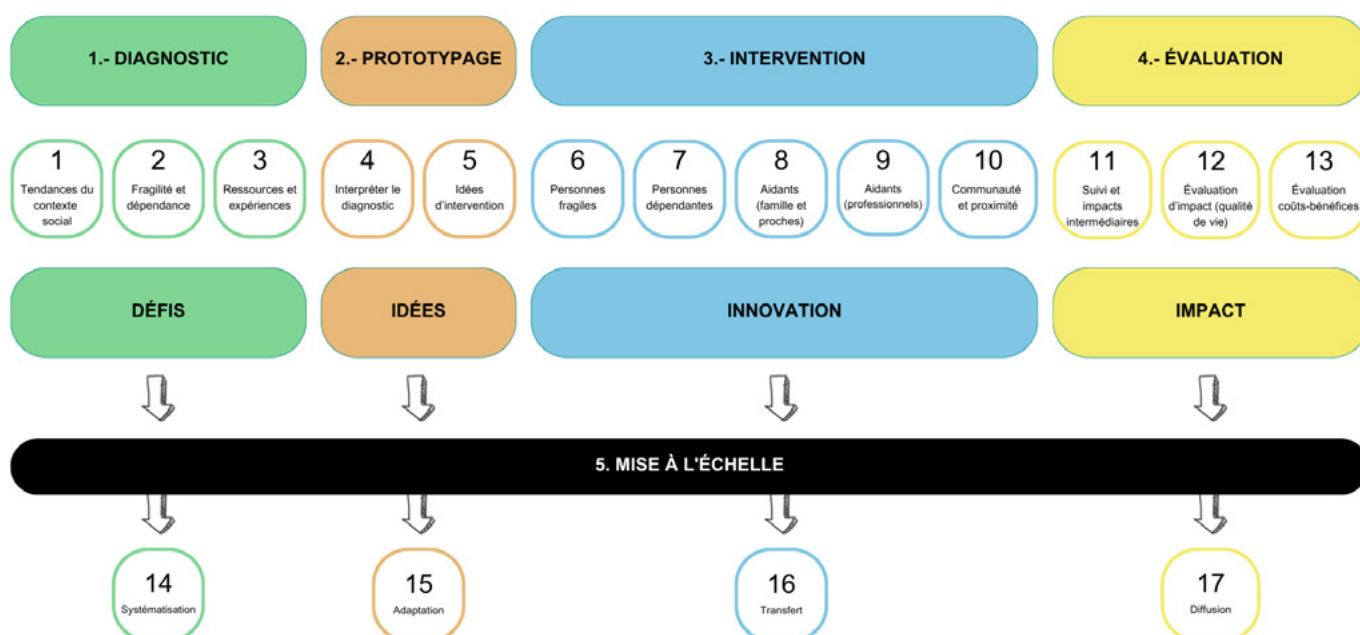


Figure 7: Modèle NEXT-CARE d'innovation en matière de longévité

5.3. Déploiement du guide de l'innovation en matière de longévité

Le déploiement du guide s'articule autour des cinq processus du modèle NEXT-CARE —le diagnostic, le prototypage, l'intervention, l'évaluation et la transposition à plus grande échelle—. Chacun d'entre eux intègre un ensemble de bonnes pratiques qui illustrent comment traduire les principes de l'innovation en matière de longévité dans la pratique, à la fois à domicile, dans les centres résidentiels et dans la communauté.

Processus I. Diagnostic

La première étape du modèle NEXT-CARE consiste à **comprendre la réalité de la longévité et des soins et de l'accompagnement dans les territoires concernés**. Ce processus rassemble les bonnes pratiques visant à identifier les tendances sociales, à analyser la fragilité et la dépendance, et à cartographier les ressources et les expériences existantes.

Le diagnostic construit une base de connaissances qui permet d'anticiper les défis, de concevoir des interventions adaptées aux besoins réels et d'optimiser l'utilisation des ressources. Les initiatives recueillies montrent que l'analyse rigoureuse des données, la collaboration entre les acteurs et l'évaluation du contexte sont essentielles pour guider avec succès l'innovation dans le domaine des soins et de l'accompagnement. Les bonnes pratiques ont été regroupées en **trois thèmes principaux**:

1. **Tendances du contexte social:** observatoires, études et outils pour comprendre l'évolution du vieillissement et ses implications sociales, économiques et territoriales.
2. **Fragilité et dépendance:** méthodologies et dispositifs pour identifier, évaluer et prévenir la fragilité et la dépendance des personnes âgées.
3. **Ressources et expériences:** cartographie et échange de ressources et de pratiques qui renforcent la capacité d'intervention et d'innovation en matière de soins et d'accompagnement.

Le tableau suivant rassemble les **bonnes pratiques du processus I. Diagnostic**, organisées par thème.

Thème	Nom de la pratique	Description de la pratique
Analyse des tendances dans le contexte social	ADINBERRI SIA Euskadi https://sia.adinberri.eus/es/	Plate-forme de référence pour l'échange de connaissances, l'identification des tendances et la conception de scénarios futurs en matière de vieillissement. Elle intègre et transfère des connaissances pour anticiper les défis et soutenir la prise de décision stratégique.
Fragilité et dépendance	BaTuran Euskadi https://www.hurkoa.eus/es/servicios/atencion-personas-en-situacion-de-riesgo-y-o-fragilidad	Outil de diagnostic et d'évaluation de la fragilité sociale des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile sans dépendance sévère, évaluant quatre aspects clés de la fragilité: les activités instrumentales de la vie quotidienne, les réseaux sociaux et la participation sociale, le projet de vie et le contexte.
Fragilité et dépendance	Teknoadineko Euskadi www.agintzari.com	Modèle d'intervention qui combine la technologie, l'activation communautaire et le soutien socio-éducatif pour la détection précoce et la classification des situations de fragilité et de solitude.
Ressources et expériences	Proyecto SAREA (POCTEFA) Transfrontalier https://sareaproiektua.eu	Réseau de coopération professionnelle entre des entités situées de part et d'autre de la frontière afin de partager des expériences, d'identifier des problèmes communs et de développer des outils et des techniques d'intervention sociale.
Ressources et expériences	Red NEXT-CARE Transfrontalier https://www.next-care.eu/	Plate-forme transfrontalière qui relie les agents d'innovation, de recherche et de formation pour l'apprentissage, le transfert et l'extension des bonnes pratiques en matière de soins et d'assistance à domicile, en résidence et dans la communauté.

Processus II. Prototypage

La deuxième étape du modèle NEXT-CARE consiste à transformer les connaissances obtenues lors du diagnostic en propositions d'intervention concrètes. Ce processus rassemble **les bonnes pratiques visant à interpréter les résultats du diagnostic et à générer des idées d'intervention** qui répondent aux besoins détectés dans les territoires.

Le prototypage permet l'expérimentation, la conception et la validation de solutions innovantes avant leur mise en œuvre à plus grande échelle. Les expériences présentées montrent comment la créativité, la co-création et l'analyse contextuelle facilitent des modèles de soins plus personnalisés, durables et centrés sur la personne.

Les bonnes pratiques ont été regroupées en deux thèmes:

- **Interprétation** du diagnostic: pratiques qui convertissent les données et les analyses antérieures en décisions stratégiques et en modèles d'action adaptés au contexte.
- **Génération** d'idées d'intervention: méthodologies et espaces de collaboration pour créer des propositions innovantes afin de relever les défis de la longévité et des soins et de l'accompagnement.

Le tableau suivant rassemble les **bonnes pratiques du processus II. Prototypage**, organisées par thème.

Thème	Nom de la pratique	Description de la pratique
Interprétation du diagnostic	Création de 10 logements liés à la résidence Navarre http://residenciasanjeronimo.com/	Projet issu d'un diagnostic participatif qui a mis en évidence le besoin de logements autonomes et sûrs pour les personnes âgées fragiles. 10 logements liés à la résidence San Jerónimo ont été construits, offrant une indépendance avec des services de soins à proximité, respectant la vie privée et garantissant des soins en cas de besoin.
Génération d'idées d'intervention	GizarteLAB Euskadi https://www.eusko-ikaskuntza.eus/es/proyectos/gizartelab/pr-60/	Programme d'innovation sociale qui combine une formation théorique sur les transitions clés (énergie, technologie, démographie) avec des ateliers pratiques pour générer des idées et des projets de transformation. Il inclut des communautés de transition pour échanger des bonnes pratiques et consolider des réseaux de changement autonomes à moyen terme.

Processus III. Intervention

La troisième étape du modèle NEXT-CARE se concentre sur la **mise en œuvre d'actions spécifiques visant à améliorer les soins et le soutien dans les différents environnements** —domicile, centres résidentiels et communauté— en répondant directement aux besoins détectés lors des phases précédentes. Ce processus rassemble les bonnes pratiques qui montrent comment des approches innovantes peuvent être appliquées aux soins des personnes fragiles et dépendantes, aux aidants et aux communautés en combinant des soins personnalisés, la coordination entre les agents et l'utilisation des ressources locales.

Les initiatives incluses dans ce processus démontrent qu'une intervention efficace nécessite des stratégies adaptées, des méthodologies centrées sur la personne et des réseaux de collaboration qui intègrent les professionnels, les familles, les bénévoles et la communauté.

Les bonnes pratiques ont été regroupées en **cinq thèmes**:

1. **Personnes fragiles:** actions de détection, de prévention et de soins personnalisés pour maintenir l'autonomie et la qualité de vie.
2. **Personnes dépendantes:** modèles et programmes favorisant la prise en charge globale et le respect des préférences de vie.
3. **Aidants (famille et proches):** soutien, formation et accompagnement des aidants dans l'environnement familial.
4. **Aidants (professionnels):** initiatives de formation, de spécialisation et d'amélioration des conditions de travail.
5. **Communauté et proximité:** expériences de soins communautaires et de réseaux de solidarité pour accompagner et soutenir les personnes âgées.

Le tableau suivant reprend les **bonnes pratiques du processus III. Intervention**, organisées par thème.

Thème	Nom de la pratique	Description de la pratique
Personnes fragiles	Équipes opérationnelles de zone Navarre	Équipes interdisciplinaires dans chaque zone de base qui intègrent les soins de santé primaires et les services sociaux avec une gestion partagée des cas et une évaluation socio-sanitaire pour prendre soin des personnes ayant des besoins socio-sanitaires complexes.
Personnes fragiles	DOMCARE Nouvelle-Aquitaine https://mspb.com/usager-ou-accompagnant/accompagnement-medico-social-ssiad-et-domcare/	Service d'intervention d'urgence nocturne qui assure le retour à domicile des personnes âgées en toute sécurité en évaluant leur situation et en coordonnant la continuité des soins et de l'accompagnement au cours des jours suivants.
Personnes fragiles	Ogénie - Prévenir la solitude non désirée Occitanie https://www.hautespyrenees.fr/seniors/prevention/ogenie-un-nouvel-outil-pour-creeer-du-lien-a-destination-des-seniors-dans-les-hautes-pyrenees/	Plateforme permettant de détecter les personnes âgées isolées et de les mettre en relation avec les activités sociales et les ressources locales. Comprend des questionnaires et le soutien d'agents communautaires.
Personnes fragiles	Ma Maison A'Venir Occitanie http://mamaisonavenir.fr/concept/	Projet itinérant avec un camion adapté qui recrée une maison et offre des conseils pratiques sur les adaptations et les aides techniques pour prévenir les chutes et favoriser l'autonomie à domicile.
Personnes dépendantes	Gizarea Euskadi https://www.ifbscalidad.eus/es/iniciativas/gizarea-atencion-centrada-en-las-relaciones/43/	Modèle de soins centrés sur la relation qui valorise la réciprocité et les liens entre les soignants, les familles et les professionnels comme base d'une prise en charge de qualité.
Personnes dépendantes	Etxean Bizi Euskadi https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/etxean-bizi	Programme visant à faciliter le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible, en respectant leurs souhaits et en offrant une prise en charge globale et flexible.
Aidants (famille et proches)	OK à domicile Euskadi https://okencasa.com/	Initiative visant à sensibiliser, informer et proposer des activités de répit et de loisirs aux aidants familiaux, y compris des groupes de soutien et des discussions.
Aidants (famille et proches)	Semaine des aidants Occitanie https://www.hautespyrenees.fr/	Iniciativa para sensibilizar, informar y ofrecer espacios de descanso y actividades lúdicas a cuidadores y cuidadoras familiares incluyendo grupos de apoyo y debates.
Aidants (professionnels)	Formation à la méthode Montessori pour l'autonomie. France https://www.resantevous.fr/actions-resante-vous/former-les-professionnels/	Formation des aidants professionnels à l'adaptation de la méthode Montessori pour favoriser l'autonomie des personnes âgées. Comprend une formation pratique et un accès ultérieur à des ressources en ligne.
Aidants (professionnels)	Adinprest Euskadi https://www.adinberri.eus/es/-/el-proyecto-adinprest-impulsado-y-confinanciado-por-la-fundaci%C3%B3n-adinberri-ya-est%C3%A1-en-marcha	Formation et certification dans le domaine des soins et de l'assistance avec une spécialisation dans les soins centrés sur la personne, combinée à une expérience professionnelle et à un emploi, destinée aux femmes de plus de 45 ans sans emploi,
Aidants (professionnels)	BEGIRADA - Programme de spécialisation en soins centrés sur la personne Euskadi https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/begirada-aprende-aprender-mirar	Spécialisation professionnelle en soins centrés sur la personne avec un programme approuvé pour transformer le modèle de soins et de soutien dans les services sociaux et de santé.
Aidants (professionnels)	Dispositif d'aide à la coordination (DAC) France https://www.dac-64.fr/ / https://www.relais-sante-pyrenees.fr/relais-sante-pyrenees/organisation	Plate-forme territoriale destinée à coordonner la prise en charge sociale et sanitaire des personnes ayant des besoins complexes en leur fournissant des conseils, un suivi et des plans de santé personnalisés.
Communauté et proximité	Comté compatissant Euskadi	Réseau communautaire de soins, de soutien et d'accompagnement pour les personnes atteintes de maladies avancées ou en soins palliatifs, animé par des bénévoles et une coordination sanitaire.
Communauté et proximité	Jubiloteca Navarre https://bortziakgz.eus/es/	Espace de rencontre et de loisirs actifs qui prévient la dépendance, encourage la participation sociale et travaille sur les plans physique, cognitif et émotionnel.
Communauté et proximité	Nagusilan Euskadi https://nagusilan.org/	Association de bénévoles qui accompagne les personnes âgées en cas de solitude non désirée, en promouvant le vieillissement actif et l'engagement solidaire.
Communauté et proximité	Mirada Activa Euskadi	Réseau de détection et de réponse à la fragilité et à la solitude non désirée, mobilisant des associations de personnes âgées, des professionnels et des citoyens pour créer des liens de voisinage stables.

Processus IV. L'évaluation

La quatrième étape du modèle NEXT-CARE se concentre sur la **mesure et l'évaluation de l'impact des interventions innovantes**. L'évaluation permet de vérifier si les solutions mises en œuvre atteignent les objectifs prévus, d'optimiser les ressources et de générer des preuves pour faciliter la prise de décision et la reproductibilité des initiatives.

Les bonnes pratiques recueillies dans le cadre de ce processus montrent comment le suivi continu, la mesure du bien-être et l'analyse coûts-bénéfices contribuent à améliorer et/ou à consolider des interventions efficaces, durables et adaptées aux besoins réels.

Les initiatives ont été regroupées en **trois thèmes**:

1. **Suivi et impacts intermédiaires**: méthodologies et outils pour suivre en continu les interventions, identifier les progrès et détecter d'éventuels ajustements.
2. **Évaluation de l'impact sur la qualité de vie**: systèmes de mesure permettant d'évaluer l'impact des actions sur le bien-être et l'autonomie des bénéficiaires.
3. **Évaluation coût-bénéfice des interventions innovantes**: analyse comparant l'impact social et la qualité de vie générés avec l'investissement réalisé afin d'évaluer l'efficacité et la durabilité des projets.

Le tableau suivant reprend les **bonnes pratiques du processus IV. Évaluation**, organisées par thème.

Thème	Nom de la pratique	Description de la pratique
Suivi et impacts intermédiaires	Ecosystem Monitor (Zaintza HerriLab) Euskadi https://zaintzaherrilab.eus	Suivi continu des projets d'écosystèmes de soins et de soutien locaux afin de connaître leur degré d'avancement, les ressources disponibles, ainsi que les obstacles et les accélérateurs, ce qui favorise l'apprentissage et l'extensibilité.
Évaluation de l'impact (qualité de vie)	Construire des ponts pour lutter contre la solitude non désirée (Rentería) Euskadi	Projet visant à promouvoir l'intégration relationnelle des personnes âgées par le biais d'un diagnostic social, d'écomaps et d'une évaluation de la qualité de vie (CUBRECAVI).
Évaluation de l'impact (qualité de vie)	Pasaia Zaintza HerriLab Euskadi https://zaintzaherrilab.eus/es/w/pasaia-herrilab-cas	Évaluation de l'écosystème de soins et de soutien à Pasaia à l'aide d'une méthodologie conçue en collaboration avec l'UPV/EHU, y compris un guide pour mesurer l'impact dans le cadre d'une coopération interinstitutionnelle.
Évaluation de l'impact (qualité de vie)	Etxean Bizi Euskadi https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/etxean-bizi	Évaluation économique et sociale d'un modèle qui permet aux personnes âgées de rester chez elles, en leur garantissant une qualité de vie et des coûts égaux ou inférieurs à ceux d'un établissement résidentiel.
Évaluation de l'impact (qualité de vie)	Maintien à domicile (coût-bénéfice) Euskadi https://okencasa.com	Étude coûts-bénéfices en collaboration avec la LSE pour évaluer l'impact économique et social d'un programme complet de soutien aux aidants familiaux de personnes âgées dépendantes.

5.4. Considérations finales et recommandations

Le modèle NEXT-CARE démontre que l'innovation en matière de longévité n'est pas un luxe, mais une **nécessité stratégique pour améliorer la qualité de vie, prolonger l'autonomie et renforcer les systèmes de soins et de soutien**. Sa structure en cinq processus —diagnostic, prototypage, intervention, évaluation et mise à l'échelle— fournit une feuille de route claire pour transformer les connaissances en actions réelles, durables et transférables.

Quatre clés essentielles pour une innovation réussie ressortent de l'expérience transfrontalière:

- **Innovation sociale:** écouter et mettre au centre les besoins réels des gens, en impliquant la communauté, le secteur public, le secteur privé et la recherche (quadruple hélice). La technologie est un moyen, mais la communauté est le moteur.
- **Innovation technologique:** intégrer la technologie en fonction des préoccupations et des attentes des utilisateurs, garantir l'interopérabilité et l'utilisation responsable des données sociales et sanitaires.
- **Innovation sociale institutionnelle:** assurer un leadership public qui génère des alliances solides et durables avec des modèles de financement qui dépassent la phase expérimentale et garantissent la continuité et l'évolutivité.
- **Innovation organisationnelle:** reconnaître que les soins n'impliquent pas toujours un acte médical, mais aussi des liens sociaux forts. La coordination socio-sanitaire et la prévention et la réduction de la solitude non désirée sont également des interventions sanitaires.

Sur cette base, un certain nombre de **recommandations pratiques** sont proposées pour aller de l'avant:

1. **Renforcer** la diffusion du Guide de l'innovation en matière de longévité et de la Banque de bonnes pratiques dans tous les territoires, en particulier en Navarre et en Nouvelle-Aquitaine, afin de parvenir à une représentation plus équilibrée.
2. **Soutenir** les organisations dans la documentation et l'adaptation de leurs pratiques, en facilitant leur incorporation dans l'écosystème du réseau NEXT-CARE.
3. **Promouvoir** les regroupements thématiques et territoriaux qui génèrent des synergies, un apprentissage collectif et des projets pilotes reproductibles.
4. **Encourager** le transfert et la transposition à plus grande échelle des pratiques efficaces, en veillant à leur adaptation aux différents contextes locaux et à leur viabilité financière.
5. **Maintenir** l'innovation centrée sur la personne en mettant l'accent sur la personnalisation, la participation communautaire et l'intégration de technologies accessibles et utiles.

Innover en matière de longévité signifie combiner les aspects humains, organisationnels et technologiques pour créer des écosystèmes de soins et d'assistance plus proches, plus efficaces et plus durables. **Le défi consiste à coordonner les efforts, à transposer à plus grande échelle ce qui fonctionne et à ne pas perdre de vue ce qui compte vraiment: des personnes vivant plus longtemps et mieux dans des communautés bienveillantes.**

Chapitre 6

Politiques d'innovation en matière de santé, de services sociaux et de longévité

Les politiques transitoires en matière de soins de santé et d'aide sociale regroupent des politiques, des programmes et des instruments qui facilitent la coordination locale entre la santé, les services sociaux et le niveau communautaire afin de garantir un continuum de soins pour les personnes âgées fragiles ou dépendantes.

Pour comprendre la dynamique des innovations en matière de longévité, il est essentiel de les situer dans les contextes institutionnels dans lesquels elles sont développées. Pour comprendre ces contextes, une analyse comparative des politiques sociales et de santé entre les régions NEXT-CARE a été réalisée entre novembre 2023 et mars 2024. Cette étude s'inscrit dans un contexte institutionnel conditionné par l'impact de la crise COVID-19, qui a mis en évidence des lacunes structurelles dans les soins résidentiels et à domicile, et mis en lumière des défis tels que la solitude non désirée, la féminisation et l'informalité des soins et la couverture limitée à domicile. Dans le même temps, la crise a révélé des possibilités d'innovation: réseaux communautaires, collaboration intersectorielle et modèles qui intègrent des soins de santé et des services sociaux centrés sur la personne.

6.1. Objectifs et méthodologie de l'étude comparative

L'étude comparative des politiques sociales et de santé se veut un outil pour guider la transition vers de nouveaux modèles de soins pour les personnes âgées fragiles et dépendantes. Son objectif général est **d'analyser et de comparer le fonctionnement du domaine social et sanitaire dans les quatre territoires** du projet NEXT-CARE —le Pays Basque, la Navarre, les Pyrénées Atlantiques et l'Occitanie— en mettant l'accent sur les dynamiques communautaires et les mécanismes de coordination entre les systèmes. Dans ce contexte, les objectifs spécifiques ont été les suivants

1. **Analyser** l'organisation, le fonctionnement et les caractéristiques de l'espace social et sanitaire dans chaque territoire, en accordant une attention particulière aux dynamiques communautaires.
2. **Identifier** les similitudes, les différences et les défis partagés, ainsi que les stratégies spécifiques déployées dans chaque contexte pour y faire face.
3. **Valoriser** le potentiel de la sphère communautaire dans la construction de l'espace social et de santé.
4. **Tirer des leçons** et formuler des recommandations sur les politiques, les outils et les stratégies de coordination des soins sociaux et de santé.

La **méthodologie** a suivi un processus structuré en quatre phases complémentaires:

1. **Description globale de chacun des systèmes sociaux et de santé analysés:** examen des réglementations, des cadres législatifs, des plans stratégiques et des outils d'articulation de l'espace social et de santé.
2. **Cartographie, sélection et systématisation des bonnes pratiques:** identification, analyse et sélection des expériences pertinentes par niveau d'intervention —macro, méso, micro— et par type d'instrument —gouvernance, gestion, soins—.

3. **Entretiens approfondis:** brève étude qualitative par le biais d'entretiens semi-structurés avec 11 professionnels et responsables institutionnels dans les domaines social et sanitaire, sélectionnés pour leur expérience et leur représentativité territoriale.
4. **Analyse individuelle et comparative:** intégration des informations des phases précédentes afin de rédiger les rapports territoriaux, le rapport comparatif et les recommandations finales pour le développement de politiques sociales et de santé transitoires.

Le résultat est une vision commune qui combine la perspective technique avec l'expérience directe de ceux qui travaillent chaque jour dans la coordination des soins et de l'accompagnement, fournissant une base solide pour orienter les futures politiques de transition vers des modèles plus intégrés, plus humains et plus durables.

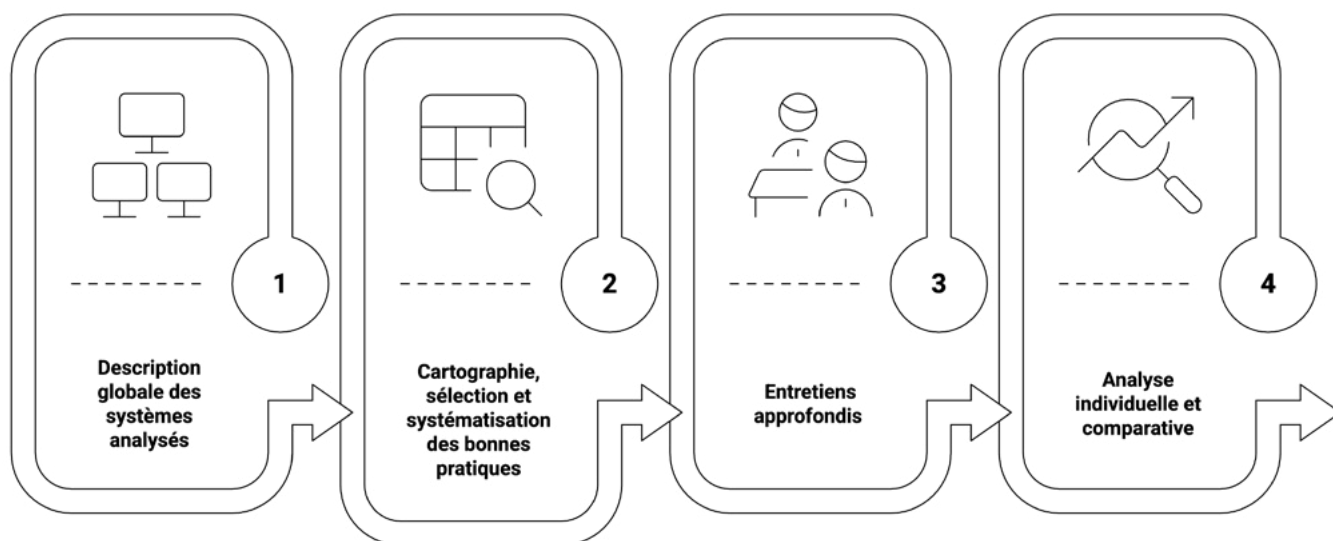


Figure 8: Méthodologie de l'étude comparative

6.2. Analyse comparative des politiques socio-sanitaires

Cette analyse intègre les résultats des trois rapports régionaux, ainsi que l'étude qualitative des entretiens semi-structurés —avec des responsables et des experts— afin de fournir une perspective globale sur la situation actuelle des politiques de transition sociale et de santé dans les quatre territoires de l'Eurorégion.

6.2.1. Image commune et tensions fondamentales

Les quatre territoires partagent un objectif commun: **coordonner les systèmes sociaux et de santé** pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement, la fluidité des parcours et l'utilisation efficace des ressources. Cet objectif s'inscrit dans un contexte commun de **vieillesse, de chronicité, d'affaiblissement des réseaux informels et d'augmentation des ménages d'une seule personne**.

Aucun territoire n'a opté pour la création d'un "troisième système" intégré. Au lieu de cela, des **stratégies de collaboration entre les systèmes sont appliquées** et, dans certains cas, des formes d'intégration fonctionnelle dans des domaines spécifiques. Toutefois, cette coordination est confrontée à des **tensions structurelles** communes:

- **Asymétrie entre les systèmes:** le domaine de la santé est mieux défini, financé et légitimé que le domaine social et médico-social, plus fragmenté, avec des co-paiements et moins de reconnaissance professionnelle. Cet écart se traduit par des différences de culture professionnelle, de normes, de financement et de délais de réponse.
- **La complexité institutionnelle:** la dispersion des compétences et la multiplicité des acteurs rendent la gouvernance difficile. En Nouvelle-Aquitaine et en Occitanie, la multiplication des structures et la pénurie de professionnels, les "déserts médicaux", aggravent la fragmentation.

Malgré ces obstacles, les territoires ont progressé en termes de formes de coordination qui, avec des approches différentes, cherchent à répondre aux besoins réels de manière plus intégrée.

6.2.2. Configuration de l'espace par territoire

Euskadi

Elle a consolidé la gouvernance formalisée dans le Décret de Gouvernance Sociale et Sanitaire (2022), qui structure les relations entre les niveaux macro, méso et micro, avec une attention égale entre les systèmes. Il est complété par la *stratégie de soins sociaux et de santé 2021-2024* et par un *accord-cadre de financement*, qui remplace la logique de compensation par une collaboration plus stable du département de la santé dans les ressources détenues par la société.

À l'heure actuelle, le principal **défi** consiste à traduire ces cadres dans la pratique quotidienne, en particulier au niveau microéconomique, là où la pratique des soins se matérialise. Dans la sphère résidentielle, il existe encore des **zones grises de compétence** —soins de base et soutien par rapport aux soins de santé— et des inégalités territoriales internes. En termes d'information, après l'expérience ratée de l'InterRAI-CA, qui a tiré les leçons de la duplication de la charge et de sa faible acceptation, on s'est orienté vers une **Inter-consultation sociosanitaire** qui partage les éléments essentiels sans dupliquer les dossiers. Les progrès réalisés dans l'accès des maisons de soins aux dossiers cliniques d'Osakidetza méritent d'être soulignés.

Navarre

Ce projet est en phase de **développement**, avec un comité de pilotage et des groupes techniques au niveau macro. Le déploiement le plus important se fait aux niveaux méso et micro par le biais du PAISS, qui promeut des équipes opérationnelles régionales dans le domaine de la santé primaire et des soins sociaux. Ces équipes intègrent des travailleurs sociaux de base, des agents de santé et des infirmières communautaires, et constituent une dynamique efficace de coordination locale.

Le financement des services du PAISS dépend du système social, ce qui reproduit l'asymétrie entre les zones. Il est proposé de s'orienter vers des formules de cofinancement ou de "fonds unique" qui garantissent une plus grande stabilité et une plus grande coresponsabilité. En termes d'**information**, le module Andia Sociosanitaria, intégré au dossier clinique unique, comprend le plan de soins complet et la figure du gestionnaire de cas. Il n'est actuellement pas accessible aux services sociaux et son ouverture éventuelle est en cours d'analyse. Dans le **domaine résidentiel**,

des difficultés persistent dans l'homogénéisation des critères et la contractualisation des profils de santé, bien qu'il y ait une volonté politique de renforcer l'implication du Département de la Santé.

Nouvelle Aquitaine et Occitanie (France)

Le modèle français présente une **gouvernance éclatée** structurée autour de deux axes principaux: les *Agences régionales de santé (ARS)*, responsables du secteur sanitaire, et les Conseils départementaux, qui gèrent le secteur social et médico-social. La coexistence de dispositifs successifs tels que MAIA, PAERPA, PTA ou DAC rend difficile l'articulation d'une stratégie de coordination unifiée et stable.

Dans le domaine **résidentiel (EHPAD)**, le triple système de financement —volet santé pris en charge par l'ARS/Assurance maladie, dépendance assumée par l'APA/Département, et hébergement payé par l'usager— renforce la médicalisation des centres et contraste avec les approches plus sociales du Pays basque et de la Navarre.

Parmi les **outils de coordination**, on trouve les *Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)*, qui fonctionnent comme un guichet unique pour les itinéraires complexes, offrant un soutien à la fois aux professionnels et aux usagers. Il existe également des plateformes numériques telles que *Paaco* en Nouvelle Aquitaine et *SPICO* en Occitanie, bien que leur adoption soit faible en raison de la duplication des enregistrements et du manque d'intégration avec d'autres outils. Au **niveau microéconomique**, l'approche hiérarchique limite la flexibilité opérationnelle. Cependant, une plus grande flexibilité locale a été observée pendant la pandémie, ce qui a amélioré la capacité de réponse et mis en évidence le potentiel du travail de proximité.

6.2.3. Instruments par niveau

La coordination socio-sanitaire se déploie à trois niveaux —macro, méso et micro— qui nécessitent des cadres réglementaires clairs, des structures de gestion efficaces et des outils adaptés aux soins directs. Les territoires analysés présentent des progrès à chacun de ces niveaux, mais avec des degrés de développement variables.

Niveau macro. La gouvernance

Les cadres réglementaires et les structures institutionnelles définissent le degré de formalisation et de stabilité de l'espace social et sanitaire dans chaque territoire.

- **Le Pays Basque** dispose d'un cadre réglementaire consolidé, articulé *autour du décret sur la gouvernance sociale et sanitaire (2022)*, de la stratégie 2021-2024 et d'un *accord de financement*. Cet ensemble renforce le cadre institutionnel de l'espace social et sanitaire avec une approche égalitaire et multi-échelle.
- **La Navarre** a réactivé ses structures de gouvernance, bien qu'il soit encore nécessaire de renouveler le plan sanitaire et social et de clarifier les fonctions et les règles de fonctionnement.
- **La France** combine un cadre étatique et régional avec des dispositifs multiples, qui se chevauchent parfois. Le financement de la santé des EHPAD est structurellement assuré et la Haute Autorité de Santé (HAS) joue le rôle d'agence d'évaluation dans le domaine médico-social.

Niveau méso. Gestion de la coordination

Les territoires déploient des outils pour faciliter le travail en commun entre les secteurs et les acteurs:

- **Espaces de rencontre et culture commune:** réunions régulières, formations communes, réseaux professionnels et équipes qui renforcent l'interdisciplinarité et la reconnaissance mutuelle générant un véritable "temps socio-sanitaire".
- **Figures de liaison:** travail socio-sanitaire (Navarre), référents socio-sanitaires (Euskadi) et coordinateurs intégrés dans des structures sociales avec un profil de santé (France/PAERPA), agissant comme des ponts efficaces entre les systèmes.
- **Formalisation:** élaboration de protocoles, d'accords et de structures organisationnelles qui clarifient les fonctions et homogénéisent les critères.
- **L'interopérabilité des informations** comme défi majeur: éviter les doublons, co-concevoir avec les professionnels dès le départ et privilégier les données essentielles partagées avec une traçabilité garantie.

Niveau micro. L'attention

À ce niveau, la coordination est mise en œuvre dans la pratique quotidienne, à travers des outils et des actions qui ont un impact sur la prise en charge des personnes âgées, leur environnement et les professionnels qui les accompagnent:

- **Gestion de cas et plans individualisés:** instruments communs dans les quatre territoires clés pour garantir une prise en charge personnalisée et continue.
- Domaines d'intervention fréquents:

1. Permanence à domicile: soutien à domicile, soins de jour, surveillance et technologie, activation de la communauté.
2. Soutien aux aidants: formation, accompagnement et services de répit.
3. Convalescence et sortie d'hôpital: soins et soutien intermédiaires, et transition coordonnée vers le domicile.

À titre **d'exemple**, en Navarre, le PAISS structure les soins sociaux et de santé de base par l'intermédiaire des équipes opérationnelles de zone (EOZ), avec une dynamique efficace de travail en commun. En **France**, l'accent est mis sur l'accès à l'information et à l'orientation par le biais de dispositifs tels que les CLIC et les DAC.

6.2.4. Opportunités: intégrer le niveau communautaire

COVID-19 a mis en évidence le **potentiel du niveau communautaire** en tant que complément essentiel des systèmes sociaux et de santé. La capacité de réponse locale —à travers les réseaux de voisinage, les initiatives bénévoles et les associations— a démontré que la communauté peut jouer un rôle actif dans la détection, l'accompagnement et le soutien des personnes âgées en situation de fragilité ou de dépendance.

Le **concept de "communauté"** regroupe un écosystème diversifié: le tiers secteur —avec une forte présence du mouvement associatif du handicap et de la santé mentale—, les services municipaux locaux, les centres civiques, les programmes tels que les "prescriptions sociales" ou les initiatives de quartier. Cette diversité est une force, mais elle pose aussi des défis en termes d'articulation et de durabilité.

Le consensus est clair sur leur rôle dans la détection précoce, la promotion de l'autonomie et le soutien de faible intensité. Cependant, sa capacité à prendre en charge des soins de haute intensité est limitée, et le débat persiste sur les limites du "communautarisme" dans un contexte d'individualisation croissante.

Le troisième secteur est reconnu comme un acteur légitime et nécessaire, bien que les syndicats mettent en garde contre le risque d'une privatisation déguisée. C'est pourquoi **le leadership public est considéré comme essentiel**: il s'agit de fournir un financement stable, en particulier au niveau municipal, et de promouvoir la participation active des utilisateurs à la conception des services, comme c'est le cas dans certaines régions françaises.

6.3. L'innovation dans les politiques de transition

L'**innovation sociale** prend la forme d'écosystèmes tels que Pasaia HerriLab, Etxean Bizi, PAISS, Escuela de Cuidados ou Vivir Mejor en Casa, qui intègrent les aspects sociaux, sanitaires et communautaires avec des réponses adaptées au territoire. Dans le **domaine technologique**, deux lignes se distinguent: l'amélioration de l'interopérabilité de l'information —Paaco-Globule, Andia Sociosanitaria, nouvelles inter-consultations—; et les technologies de soutien à domicile —etxeTIC, Etxean Bai—, qui renforcent la permanence à domicile et l'autonomie.

Des **innovations institutionnelles** sont également observées, telles que les réunions territoriales sur l'autonomie (RTA) en Occitanie, qui montrent comment les structures de proximité peuvent surmonter les obstacles structurels. Enfin, la recherche et l'évaluation sont essentielles pour produire des données probantes, diffuser l'apprentissage, orienter les politiques et transposer à plus grande échelle les expériences dont l'impact est avéré.

Malgré les progrès réalisés, des **obstacles** subsistent **et empêchent une véritable transition** vers des modèles intégrés et durables. L'un des principaux défis consiste à **aligner les niveaux macro, méso et micro**, en veillant à ce que la gouvernance et les stratégies se traduisent par des pratiques quotidiennes efficaces.

Il est également nécessaire de **réduire les inégalités territoriales** afin de garantir un accès équitable aux soins et aux services, quel que soit le lieu de résidence. Dans le domaine résidentiel, il est nécessaire d'améliorer les **soins de santé —en particulier au Pays basque et en Navarre— et de clarifier les compétences** entre les systèmes, en évitant les chevauchements ou les lacunes en matière de responsabilité.

Un autre défi majeur consiste à **mettre en œuvre des systèmes solides d'évaluation et de qualité** dans les politiques et les ressources sociales et sanitaires. L'expérience française de l'HAS peut être une référence utile pour surmonter le déficit d'évaluation identifié dans d'autres territoires.

La revalorisation de la sphère sociale, des soins et de l'accompagnement reste une tâche en suspens. Il s'agit de secteurs très féminisés, avec une reconnaissance professionnelle moindre et des conditions de travail fragiles. Par ailleurs, il est urgent d'**étendre**

la **coordination à d'autres domaines clés** tels que le logement, l'éducation et l'emploi, en intégrant une vision plus globale des besoins. Enfin, pour soutenir la demande croissante, il faut un **financement adéquat et des modèles de gestion efficaces** qui assurent la continuité au-delà des projets pilotes et garantissent l'impact structurel de l'innovation.

6.4. Considérations finales et recommandations

L'analyse comparative confirme que, malgré les différences structurelles, les quatre territoires partagent un objectif commun: **garantir une prise en charge sociale et sanitaire simultanée, coordonnée et stable des personnes âgées fragiles et dépendantes** en favorisant leur maintien à domicile et le soutien de la communauté.

La coordination socio-sanitaire apparaît comme un **espace de convergence entre les structures, les professionnels et les ressources**, où la sphère communautaire gagne en importance. Cependant, il existe encore des barrières liées à la distance culturelle, organisationnelle et financière entre la santé et l'aide sociale, ainsi qu'à une asymétrie marquée en termes de prestige, de ressources et de droits.

Une coordination efficace nécessite le déploiement d'outils à ces trois niveaux:

- **Macro:** gouvernance stratégique et cadres réglementaires clairs.
- **Méso:** gestion partagée, interopérabilité des informations et espaces de travail communs.
- **Micro:** soins personnalisés, plans individualisés et soutien aux aidants.

Des progrès importants ont été réalisés —le décret sur la gouvernance des soins sociaux et de santé au Pays basque, le PAISS en Navarre ou les DAC en France— et il y a un élan général vers l'innovation sociale, technologique et institutionnelle. Cependant, des **défis communs** subsistent: inégalité territoriale, déficiences dans les soins résidentiels, manque d'évaluation systématique, faible reconnaissance de la sphère sociale et nécessité d'intégrer d'autres secteurs clés tels que le logement ou les revenus.

Sur la base de ces conclusions, des **recommandations** sont formulées afin d'évoluer vers des politiques de transition plus intégrées et durables:

Niveau macro - Gouvernance stratégique

- Trouver un équilibre entre l'élaboration des politiques et leur mise en œuvre effective dans la pratique des soins.
- Garantir la parité entre les systèmes sociaux et de santé dans tous les organes de décision.
- Redéfinir le financement pour évoluer vers des formules conjointes ou des fonds communs.
- Développer un portefeuille de services et de ressources sociales et sanitaires avec un accès équitable.
- Promouvoir l'interopérabilité des données, en intégrant l'expérience professionnelle dans sa conception.
- Promouvoir la culture des soins, en la dissociant des stéréotypes de genre.
- Étendre la coordination à d'autres secteurs tels que le logement ou le revenu garanti.
- Mettre en œuvre des mécanismes stables d'évaluation et de qualité.

Niveau méso - Gestion opérationnelle

- Garantir des ressources humaines et matérielles adéquates pour la coordination.
- Promouvoir les réunions, les équipes interdisciplinaires et la formation continue commune.
- Introduire des figures de liaison —travail socio-sanitaire— pour élargir la vision biopsychosociale.
- Renforcer les soins socio-sanitaires primaires et les ressources intermédiaires pour la convalescence et la transition domicile-hôpital.
- Améliorer l'accès à l'information et aux ressources pour les personnes âgées et les aidants par des guichets uniques ou des parcours clairs.

Niveau micro - Soins directs

- Consolider les méthodologies efficaces: gestion des cas, plans individualisés et évaluation conjointe.
- Élaborer des plans spécifiques pour les aidants informels.
- Soutenir et pérenniser les initiatives communautaires avec un soutien institutionnel et un financement stable.

En résumé, pour progresser dans la coordination des services sociaux et des soins de santé, il faut équilibrer la stratégie et la pratique, réduire les inégalités territoriales, renforcer la reconnaissance et le financement de la sphère sociale et intégrer efficacement le tissu communautaire. Ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible de construire un modèle de soins et d'accompagnement plus intégré, plus humain et plus durable.

Chapitre 7

Innovation en matière de longévité: scénarios 2040

Les études prospectives constituent un outil stratégique pour anticiper et gérer les profonds défis posés par la longévité et les changements démographiques dans des territoires tels que le Pays basque, la Navarre. Les Pyrénées Atlantiques et les Hautes Pyrénées. Ces analyses prospectives permettent de **comprendre l'évolution des besoins des personnes âgées**, de prévoir la transformation des systèmes de soins, de santé et de proximité, et d'identifier les opportunités d'innovation sociale et technologique. En intégrant différents scénarios possibles, les études prospectives **facilitent la prise de décision politique et communautaire à long terme**, en veillant à ce que ces territoires transfrontaliers puissent faire du vieillissement de la population un moteur de cohésion, de bien-être et de développement durable.

Dans le cadre du projet NEXT-CARE, une étude prospective a été réalisée afin d'identifier des scénarios de longévité pour l'année 2040.

7.1. Objectifs et méthodologie

Objectifs

1. **relier la longévité, les soins et la communauté:** l'étude intègre ces trois domaines, montrant leur interdépendance dans le contexte de l'évolution démographique, des systèmes de soins et de la dynamique de la communauté.
2. **Élargir le champ de la prospective régionale et transfrontalière:** l'étude adopte une perspective méso-régionale en s'intéressant à des territoires transfrontaliers soumis à des pressions démographiques similaires, mais dotés de cadres institutionnels et culturels différents.
3. **Identifier des actions concrètes pour les différentes parties prenantes:** au-delà des scénarios, l'étude propose des actions opérationnelles pour les acteurs clés tels que l'État, le marché, les familles et les communautés, rendant ainsi la prospective plus applicable et plus pertinente pour les politiques publiques.

Méthodologie

L'étude sur la prospective de la longévité 2040 a été réalisée à l'aide de la méthode Delphi en deux étapes¹. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à combiner le consensus structuré d'experts (39 experts) avec la génération imaginative de futurs alternatifs, conformément aux pratiques courantes de prospective dans le domaine de la santé et de la politique sociale.

Pour appliquer cette méthodologie, une **stratégie d'échantillonnage raisonné** a été élaborée afin d'obtenir un panel d'experts possédant une vaste expérience et des connaissances hétérogènes. Les experts participants sont issus d'un large éventail de secteurs directement concernés par les soins de longue durée, notamment

- les prestataires de services sociaux et de santé, qu'ils soient publics ou privés.
- les politiques publiques et l'administration, aux niveaux régional et local
- les universités et les centres de recherche spécialisés dans les domaines du vieillissement, de la politique de santé et des sciences sociales
- les organisations de la société civile et du troisième secteur, en particulier celles qui représentent les aidants et les personnes âgées.

Cette composition des profils a été jugée essentielle pour saisir la **pluralité des perspectives qui façonnent les systèmes de soins de longue durée**, reflétant l'interaction des dynamiques de l'État, du marché, de la famille, de la communauté et du secteur bénévole dans l'offre de soins.

L'étude Delphi a été menée en deux cycles entre 2022 et 2023. Au cours du premier cycle, des experts ont été invités à **évaluer les principaux moteurs de l'évolution de la longévité et de l'avenir des soins**, et à identifier les défis et les opportunités potentiels pour les systèmes de soins de longue durée gérés par la communauté. Les réponses ont été synthétisées en une série de déclarations thématiques qui reflètent les points de vue convergents et divergents.

Lors du deuxième tour, les participants ont évalué la plausibilité et l'opportunité de ces déclarations, en évaluant la **probabilité des tendances clés et la pertinence des défis spécifiques**. Ce processus a permis non seulement d'identifier les domaines de consensus, mais aussi les incertitudes persistantes, qui sont devenues essentielles pour l'élaboration de scénarios.

Pour structurer l'exercice, un modèle bidimensionnel a été adopté pour explorer les futurs:

- **Valeurs:** individualisme contre solidarité, visant à déterminer si les sociétés en 2040 devraient donner la priorité à la responsabilité collective et au soutien partagé plutôt qu'à l'autonomie individuelle.
- **Gouvernance:** marché contre administration publique, orientée vers les facteurs de coordination entre les institutions publiques et les services publics, par opposition aux facteurs de coordination du marché et des services privés.

L'intersection de ces deux axes a généré une matrice à quatre quadrants à partir de laquelle ont été élaborés quatre scénarios différents pour l'avenir des soins de longue durée en 2040. L'élaboration des scénarios a permis d'identifier des **leviers politiques transversaux susceptibles d'être mobilisés dans tous les scénarios pour promouvoir la durabilité et l'équité**. Les scénarios et les leviers ont été partagés avec les parties prenantes régionales afin d'assurer une résonance contextuelle et de stimuler le débat sur les stratégies à long terme en matière de soins de longue durée.

7.2. Résultats: scénarios 2040

Étape 1: Élaboration des scénarios

L'étape 1 de l'application de la méthodologie Delphi a généré trois visions des soins de longue durée en 2040, structurées autour de deux axes clés: solidarité vs. individualisme (valeurs) et État vs. marché (gouvernance). Ces scénarios illustrent des voies divergentes dans la manière dont les sociétés peuvent organiser le soutien aux populations vieillissantes, mettant en évidence à la fois les risques et les opportunités pour le développement d'écosystèmes de soins de proximité.

Scénario 1.

Prédominance du contrat public-privé dans l'organisation et la gestion des soins

En 2040, l'**État consolide sa position de leader stratégique du système de soins**, avec la capacité de réglementer, de coordonner, d'évaluer et de garantir des normes de qualité et d'équité. Toutefois, la fourniture directe de soins relève d'accords public-privé, avec un poids important de la gestion des soins par les entités du marché et le troisième secteur.

Le marché joue un rôle prépondérant dans la fourniture de services directs à la population générale et dans les soins spécialisés, avec une forte présence des technologies de soins. Le **troisième secteur et les organisations à but non lucratif se concentrent sur les soins essentiels** aux personnes disposant de moins de ressources et en situation d'exclusion sociale. Dans tous les cas, les soins de proximité et les soins à domicile prédominent en tant que stratégie centrale.

La **famille conserve un rôle central** en tant que fournisseur quotidien de soins; bien qu'elle bénéficie d'un soutien extérieur plus important pour alléger le fardeau, **des inégalités persistent dans la coresponsabilité** des soins entre les hommes et les femmes.

La **communauté**, pour sa part, participe à travers des **initiatives locales et des projets de solidarité** qui renforcent le réseau de soutien, mais son impact est secondaire par rapport au rôle prépondérant du pacte public-privé.

Ce scénario promeut également la **professionnalisation du travail de soins** grâce à des programmes de formation et à des améliorations de l'emploi, bien qu'il existe toujours une économie informelle importante qui répond aux besoins non couverts par le système formel.

Scénario 2.

Prédominance du marché dans l'organisation et la gestion du travail de soins

En 2040, **l'État sera limité à un rôle subsidiaire** visant à garantir une couverture minimale aux populations les plus vulnérables. Ses fonctions se limiteront à la fourniture de certains services de base, à l'évaluation et au suivi, en ne garantissant que des normes de qualité minimales. **L'investissement public dans les soins est faible** et le système de santé fonctionne avec des ressources limitées, reportant l'essentiel de l'effort sur l'individu et la famille.

Le marché joue un rôle hégémonique dans la fourniture des soins. L'offre privée se divise en deux segments:

- **Les services spécialisés de haute qualité**, avec des professionnels qualifiés et des conditions de travail stables, mais accessibles uniquement à ceux qui peuvent se les offrir.
- **Les services généralistes et peu coûteux**, souvent fournis par des personnes peu quali-

fiées, de nature informelle, travaillant dans des conditions précaires et souvent dans le cadre de l'économie informelle.

La famille reste le principal pourvoyeur de soins, même si sa capacité à faire face est moindre en raison du manque de soutien public. **La charge pèse inégalement sur les femmes**, ce qui perpétue la féminisation et la surcharge des soins.

Le **troisième secteur perd son rôle de leader face** à l'avancée du marché, étant relégué à un rôle marginal dans la prise en charge de groupes spécifiques, en général, pour les populations à faible revenu et dans les situations d'exclusion sociale. Dans le même temps, **la communauté a un impact** réduit et ne fonctionne que comme un soutien complémentaire aux services publics vulnérables.

Ce scénario accentue les inégalités sociales: les personnes disposant de ressources ont accès à des soins de qualité, tandis que les groupes à faibles revenus ou exclus dépendent de services précaires ou de l'effort familial, avec un risque élevé d'exclusion et de surcharge domestique.

Scénario 3.

Prédominance du pacte public-social dans l'organisation et la gestion des soins

En 2040, **l'État joue un rôle central dans la fourniture directe de soins essentiels**, en particulier à domicile, et dirige la coordination des stratégies communautaires en alliance avec le troisième secteur. Ce partenariat public-social renforce le réseau de soins et permet de combiner couverture universelle et proximité du travail communautaire.

Les **familles restent les principaux acteurs des soins quotidiens**, mais elles bénéficient d'un soutien solide de la part des institutions publiques, des organisations sociales et des réseaux communautaires. Grâce aux politiques de sensibilisation et à la professionnalisation du secteur, **des progrès significatifs sont réalisés en termes de coresponsabilité entre les hommes et les femmes**, tant dans la sphère domestique que sur le lieu de travail.

Le travail de soins est largement professionnalisé, avec de meilleures conditions de travail et des programmes de formation continue, ce qui minimise l'économie informelle. En outre, des **modèles**

résidentiels alternatifs émergent fortement —logements partagés, communautaires ou accompagnés— qui diversifient l'offre et améliorent la qualité de vie des personnes en situation de dépendance.

Le **marché maintient une présence secondaire**, centrée sur des services hautement spécialisés et technologiques, accessibles principalement à ceux qui peuvent en assumer le coût élevé.

La **communauté**, quant à elle, **joue un rôle dynamique en promouvant des projets communautaires** qui renforcent la cohésion sociale et complètent le réseau public de soins, consolidant ainsi un système plus inclusif et équitable.

Les dimensions transversales

Les scénarios diffèrent considérablement dans leurs hypothèses et leurs logiques de développement, mais il existe des **dimensions transversales qui peuvent être considérées comme des leviers de changement** dans chacun des scénarios.

Premièrement, le **vieillissement de la population et les pénuries de compétences** persistent dans tous les scénarios, ce qui souligne l'importance de développer des politiques et des stratégies de prévention ciblant les populations —autosoins, soins familiaux et soins de proximité— ainsi que des politiques et des stratégies de formation, tant formelles qu'informelles, pour améliorer le niveau et le nombre de personnes qualifiées.

Deuxièmement, le **suivi et l'évaluation des soins**, ainsi que la certification de la qualité des services fournis par les entités —qu'elles soient privées ou sociales— est un rôle clé du service public dans tous les scénarios futurs.

Troisièmement, **la technologie joue un rôle dans tous les futurs possibles**, bien que sa contribution dépende du modèle de gouvernance des soins et des stratégies de contrôle et de gestion appliquées aux solutions technologiques. Le défi consiste à s'assurer que ces outils ne limitent pas mais complètent les dimensions relationnelles et humaines qui sont au cœur des soins.

Quatrièmement, **les familles, les communautés et les organisations du troisième secteur** ont un rôle différent mais indispensable à jouer dans chacun des trois scénarios, qu'il s'agisse de fournir des services de soins de longue durée ou de servir les populations vulnérables.

Étape 2: Estimation des probabilités

Cette section présente les résultats de la consultation d'experts sur la probabilité d'occurrence des trois scénarios. Ainsi, 41% des experts consultés estiment que le premier scénario —pacte public-privé— a la plus forte probabilité de se réaliser. Trente-huit pour cent des personnes consultées considèrent le deuxième scénario —pacte public-social— comme le plus probable, tandis que 21% attribuent une probabilité plus élevée au troisième scénario —gestion privée des soins—.

Cette distribution des probabilités dans l'occurrence des scénarios pour l'année 2040 exprime un **manque évident de consensus**, ce qui est un **indicateur que l'avenir des soins est un problème complexe soumis à de multiples facteurs**: économiques, sociaux, culturels et politiques. Il suggère également qu'il n'y a pas de voie clairement dominante, de sorte que les politiques de soins sont soumises à des tensions et à des choix face à des scénarios potentiellement susceptibles d'avoir des impacts diamétralement opposés. Ainsi, les risques associés sont différents selon le scénario qui se concrétise: des inégalités et de la marchandisation —scénario dominé par le marché— aux difficultés de viabilité financière ou de coordination institutionnelle —scénario dominé par un pacte public-social—.

Scénario 1.

Prédominance du pacte public-privé (41%): le scénario le plus probable

Ce scénario reste le plus probable selon les experts consultés, représentant un équilibre mixte entre **l'État et le marché avec un rôle important du tiers secteur et de la famille. Il reflète un système dans lequel l'État réglemente et garantit la qualité, tandis que le marché et les organisations à but non lucratif complètent la prestation de services.** L'économie informelle persiste, mais des améliorations sont recherchées en matière de professionnalisation et de coresponsabilité des hommes et des femmes.

Interprétation: Les experts considèrent qu'un modèle hybride est réaliste, combinant la durabilité institutionnelle avec la flexibilité du secteur privé et la participation de la communauté.

Scénario 2.

Prédominance du pacte public-social (38%): assez probable

Un scénario basé sur un modèle de coopération entre l'État, le troisième secteur et la communauté pour gérer les soins est assez probable. Ainsi, **l'administration publique fournit des soins directs et coordonne les stratégies communautaires, tandis que la famille reçoit un soutien solide**. La professionnalisation des soins est élevée et l'économie informelle est marginale. Les modèles de logement alternatifs et la participation de la communauté renforcent la qualité de vie et l'inclusion sociale.

Interprétation: Les experts estiment qu'un système équilibré et socialement inclusif est possible, même s'il nécessite des investissements importants, une coordination et une cohésion communautaire.

Scénario 3.

Domination du marché (21%): moins probable

Un système dominé par le marché avec une intervention publique minimale est considéré comme le scénario le moins probable. Il reflète le risque d'inégalité car il offre des **services spécialisés aux personnes disposant de ressources et des soins précaires ou informels à la majorité de la population**. La famille reste surchargée et la féminisation des soins persiste, tandis que le troisième secteur et la communauté ne jouent qu'un rôle marginal pour les personnes vulnérables.

Interprétation: bien qu'il existe une possibilité de marchandisation des soins, les experts estiment qu'il est peu probable que ce soit le scénario prédominant d'ici 2040.

7.3. Conclusions

Le projet NEXT-CARE a élaboré une **étude prospective sur la longévité et les soins pour l'année 2040** en s'appuyant sur une double méthodologie:

- Des ateliers participatifs avec des professionnels liés au réseau d'apprentissage et de transfert NEXT-CARE.
- Une étude Delphi avec des experts pour définir des scénarios et établir une probabilité d'occurrence pour les régions Pays Basque-Navarre-Nouvelle Aquitaine-Occitanie.

Les scénarios identifiés illustrent différents avènements avec différentes probabilités d'occurrence. Le résultat montre un manque de consensus parmi les professionnels et les experts consultés; il n'y a pas de voie unique vers un système de soins durable et équitable. Les leçons à tirer pour la politique sociale sont claires: renforcer l'État en tant que régulateur, professionnaliser les soins, impliquer le troisième secteur et la communauté, réduire les inégalités et concevoir des politiques résilientes adaptables à de multiples avènements possibles. Le tableau suivant met en évidence les enseignements stratégiques et les mesures clés qui correspondent aux principaux acteurs de l'avenir de la longévité.

¹ La méthode Delphi est une technique de recherche qui permet de parvenir à un consensus sur un sujet en recueillant l'avis d'experts. Par le biais de séries successives d'enquêtes et de commentaires anonymes, elle vise à réduire l'incertitude et à parvenir à un accord sur des problèmes complexes ou des avènements incertains.

Agene	Enseignements stratégiques	Mesures clés
État	Garantir des normes minimales de qualité et d'équité; promouvoir l'innovation et l'évaluation; renforcer le leadership en matière de coordination; et favoriser l'adaptabilité à différents scénarios.	• Fourniture directe de soins essentiels. • Réglementation et supervision des services privés. • Subventions ou aide financière pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer les services privés. • Programmes de professionnalisation pour les soignants. • Suivi et évaluation des politiques de soins.
Marché	Éviter la marchandisation et les inégalités dues aux différences de ressources; promouvoir la complémentarité avec l'État et le tiers secteur.	• Promouvoir des services spécialisés de qualité, en garantissant l'accessibilité. • Réglementer les prix et les conditions de travail. • Encourager l'investissement privé dans des soins de qualité. • Promouvoir les technologies sans déshumaniser les soins.
Famille	Réduire la surcharge de travail et promouvoir la coresponsabilité des hommes et des femmes.	• Politiques visant à concilier vie professionnelle et vie familiale. • Programmes de soutien aux aidants familiaux. • Programmes de sensibilisation et d'éducation sur la coresponsabilité dans les soins.
Communauté / troisième secteur	Compléter l'offre de soins, renforcer la cohésion sociale et la résilience locale.	• Soutien aux réseaux communautaires et aux organisations à but non lucratif. • Promotion de projets de logements communautaires et de modèles résidentiels alternatifs. • Soins en collaboration et programmes de bénévolat fondés sur des réseaux de soutien. • Coordination des services publics, privés et communautaires.

Chapitre 8

Recommandations

Recommandation 1:
Renforcer la coopération transfrontalière en matière de longévité.

Recommandation 1.1.
Promouvoir de nouveaux cadres juridiques pour faciliter la coopération transfrontalière

Encourager la création et/ou l'adaptation de cadres juridiques et institutionnels qui facilitent et régulent la coopération transfrontalière en promouvant des **accords bilatéraux ou multilatéraux** qui reconnaissent les spécificités territoriales et administratives des régions frontalières. Ces cadres devraient garantir la sécurité juridique, l'interopérabilité administrative et la durabilité des projets conjoints, ce qui permettrait une collaboration plus souple, plus efficace et mieux harmonisée avec les objectifs communs de développement d'initiatives qui relèvent les défis de la longévité.

Recommandation 1.2.
Promouvoir la gouvernance transfrontalière dans les nouveaux modèles de longévité

Promouvoir des forums de **dialogue transfrontaliers, des rencontres culturelles, des campagnes de sensibilisation** conjointes, des groupes de travail spécialisés sur la longévité, ainsi que des programmes de formation destinés aux professionnels et aux fonctionnaires sur les questions de sensibilisation, en accordant une attention particulière à la diversité culturelle et aux approches spécifiques de l'innovation dans le domaine de la longévité.

Recommandation 1.3.
Promouvoir un programme d'action transfrontalier en matière d'innovation dans le domaine de la longévité

Promouvoir un programme politique transfrontalier d'innovation en matière de longévité qui encourage la collaboration entre les régions frontalières pour favoriser **l'innovation, la recherche appliquée, le développement technologique et la mise en œuvre de solutions** innovantes dans les services de santé, les services sociaux et les services communautaires afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées dans les zones transfrontalières.

Recommandation 2: Renforcer l'innovation transfrontalière en matière de longévité

Recommandation 2.1. Promouvoir les projets transfrontaliers d'innovation sociale en matière de longévité.

Promouvoir la conception et la mise en œuvre de projets d'innovation sociale transfrontalière axés sur la **solidarité intergénérationnelle et la longévité** afin qu'ils répondent aux besoins et aux potentialités de la longévité dans les contextes frontaliers. Ces projets devraient encourager la participation active des personnes âgées, des jeunes et des communautés locales, en promouvant des initiatives qui intègrent des approches communautaires, des technologies accessibles, des services complets et le développement de capacités territoriales partagées entre les régions frontalières.

Recommandation 2.2. Promouvoir les projets transfrontaliers d'innovation technologique dans le domaine de la longévité.

Promouvoir des projets transfrontaliers d'innovation technologique axés sur la longévité qui favorisent le développement et l'adoption de solutions technologiques pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées dans les territoires frontaliers. Ces projets peuvent favoriser la **conception d'outils numériques basés sur l'interopérabilité des données** pour faciliter l'autogestion de la santé, le suivi de l'état de santé, les soins à domicile, l'évaluation de la fragilité et de la dépendance. Ils comprennent également le développement de plateformes qui améliorent l'accès aux services, en garantissant l'évolutivité des solutions et leur adaptation à l'utilisabilité réelle des technologies.

Recommandation 3: Renforcer la formation transfrontalière en matière de longévité

Recommandation 3.1. Développer un réseau d'apprentis- sage spécialisé sur la longévité

Développer un réseau d'apprentissage transfrontalier spécialisé dans la longévité, basé sur les bonnes pratiques d'innovation, afin d'articuler les acteurs des secteurs public, universitaire, social et privé de différentes régions pour **faciliter l'échange de connaissances, d'expériences et de bonnes pratiques sur la longévité**. Le réseau d'apprentissage utilise des plateformes numériques et des réunions en face à face pour soutenir la création de capacités partagées et la construction de solutions innovantes transfrontalières dans le domaine de la longévité.

Recommandation 3.2. Élaborer des programmes conjointes de formation spécialisée sur la longévité

Élaborer des programmes communs de formation spécialisée sur la longévité qui répondent aux besoins actuels et futurs en matière de longévité dans les zones transfrontalières. Ces programmes devraient être **conçus et mis en œuvre en collaboration** avec des institutions universitaires, des centres de recherche, des entités publiques et des organisations communautaires, à l'intention du personnel médico-social, des techniciens et des professionnels, des fonctionnaires et des responsables communautaires impliqués dans la promotion d'un vieillissement digne, actif et en bonne santé.

Recommandation 4: Promouvoir l'analyse des tendances et de l'avenir de la longévité.

Recommandation 4.1. Renforcer l'analyse transfrontalière des tendances en matière de longévité.

Encourager l'adoption d'approches prospectives et d'études sur l'avenir dans les institutions publiques, les centres de recherche et les universités afin d'**anticiper les scénarios liés au vieillissement, à la longévité et aux défis territoriaux**. Il s'agit notamment d'analyses de tendances, d'exercices de vision et de prospective et de leur intégration dans les processus de planification stratégique, la conception de politiques d'innovation en matière de longévité et les programmes d'innovation institutionnelle, sociale et technologique.

ANNEXE

Banque de bonnes pratiques en matière d'innovation dans le domaine de la longévité

Nom de la pratique	Objectifs de l'initiative
GIPUZKOA	
Interopérabilité socio-sanitaire	Étendre l'utilisation électronique du rapport de santé pour l'évaluation de la dépendance et du handicap entre Osakidetza et les conseils provinciaux.
S'occuper de ceux qui s'occupent des autres	Fournir une formation, un soutien psychosocial et une organisation logistique aux aidants familiaux pour qu'ils puissent prendre soin d'eux-mêmes et améliorer la qualité des soins apportés aux personnes dépendantes.
Déploiement de l'interopérabilité de l'agenda sanitaire et social	Analyser, concevoir et mettre en œuvre l'échange électronique d'informations (interopérabilité) entre les services sociaux et l'OSI Goierri Alto Urola.
Erlauntza	Activer les relations de confiance et de connaissance mutuelle entre les professionnels du quartier pour générer des liens et consolider les pratiques; augmenter la connaissance personnelle et institutionnelle des ressources.
Etxean Bizi - Vivre chez soi	Promouvoir un maintien à domicile digne et de qualité le plus longtemps possible pour les personnes âgées; garantir des coûts coordonnés pour des services similaires ou inférieurs aux services résidentiels.
Centres Garagune	Rapprocher les services des personnes et de leur environnement naturel grâce à des espaces accessibles et confortables qui favorisent leur développement personnel et social ainsi que la vie de la communauté.
Nagusilan	Aider et encourager les personnes âgées en situation de solitude par un accompagnement téléphonique (Le fil d'argent); promouvoir leur autonomisation par l'engagement social et le vieillissement actif et solidaire.
Maintien à domicile	Définir un modèle de soins centré sur la personne qui intègre les sphères publiques et privées, sociales, sanitaires et communautaires pour le maintien à domicile.
PASAIA HerriLab	Développer un écosystème local de soins et de soutien en promouvant la coordination entre les services sociaux et de santé; promouvoir l'adoption du modèle de soins centrés sur la personne et intégrer la participation de la communauté.
Soins à domicile pour les personnes âgées présentant un risque de dépendance	Définir un réseau complet de ressources à domicile pour les personnes seules à risque ou à risque de dépendance (niveau I); mettre en œuvre un plan d'intervention de soins préventifs et un accompagnement centré sur la personne; et définir un écosystème intégré de soins à domicile.
Réseau de soutien public-communautaire à Hernani	Combinaison de la technologie et de l'activation communautaire pour la détection précoce et la prévention de la fragilité et de la solitude, la prévention de la dépendance, l'amélioration des conditions de travail des aidants migrants et la stabilisation du réseau de bénévoles.
Création d'une plateforme de formation pour le développement d'une technologie humanisée.	Étudier l'évolutivité de la maison numérique pour répondre aux besoins des personnes âgées; établir un réseau de travail collaboratif entre les centres de formation professionnelle et Tknika; spécifier les besoins de formation dans la maison numérique.
Groupes de discussion composés de résidents et de proches	Évaluer le degré de satisfaction des utilisateurs, détecter les points à améliorer et encourager la participation active des résidents et des proches.
Stimulation cognitive au moyen d'un système numérique	Stimuler les capacités cognitives des résidents à l'aide de systèmes numériques (tablettes); rapprocher la technologie des résidents.
Programme d'exercice physique UPV/EHU	Évaluer les bénéfices de l'exercice physique pour les résidents âgés; créer des alliances entre les centres résidentiels et l'UPV-EHU; collaborer dans les processus de recherche.
Réalité virtuelle immersive	Améliorer la qualité de vie des résidents; offrir des expériences relaxantes et divertissantes qui stimulent les fonctions cognitives; promouvoir des intérêts basés sur des expériences réelles et motivantes.

Nom de la pratique	Objectifs de l'initiative
GIPUZKOA	
Soins personnalisés pour les résidents âgés	Améliorer la qualité de vie des résidents (bien-être émotionnel, stabilité, sécurité); renforcer le lien soignant-résident (soins personnalisés); améliorer l'environnement de travail du centre (satisfaction du personnel auxiliaire).
Promouvoir le lien entre la résidence et la communauté.	Promouvoir l'intégration des résidents dans les activités de la communauté; favoriser les relations avec l'environnement et rendre visible la vie en résidence; promouvoir la socialisation et améliorer le climat social; stimuler les loisirs et les plaisirs.
Resivoz	Développer un dispositif technologique permettant l'enregistrement immédiat d'informations sur les résidents; optimiser le temps consacré à ces fonctions.
Stimulation cognitive par la réalité virtuelle	Mettre en œuvre une activité de réalité virtuelle pour la stimulation cognitive des résidents; travailler sur la socialisation par le biais d'interactions virtuelles; et promouvoir le bien-être par le biais d'activités de loisirs significatives.
Exercice physique en ligne pour les soignants en gériatrie	Étudier les effets de la mise en œuvre d'un programme d'exercice physique en ligne pour l'équipe de soins gériatriques; promouvoir la condition physique des travailleurs dans les zones vulnérables (blessures, douleurs dorsales...).
Programme intergénérationnel	Rapprocher la résidence des changements culturels et sociaux; revitaliser le foyer avec une atmosphère positive transmise par les enfants; rapprocher la résidence de la communauté; et permettre aux enfants d'acquérir des valeurs: solidarité, appréciation, etc.
Rééducation de la marche	Réhabiliter et améliorer la qualité de la marche, l'équilibre, le schéma et la résistance; améliorer la qualité de vie des patients souffrant de séquelles de lésions cérébrales ou de troubles neurodégénératifs; et améliorer les aspects collatéraux tels que le tractus intestinal et la circulation.
Gipuzkoa intergénérationnel	Promouvoir les liens intergénérationnels, la transmission des connaissances et le développement communautaire; créer une nouvelle ressource pour le changement de paradigme dans le traitement du vieillissement; et mettre en œuvre des typologies innovantes d'espaces intergénérationnels.
Robotean Behin: gardez votre esprit actif !	Identifier les éléments clés d'une application robotique de stimulation cognitive qui encourage une utilisation continue; identifier les aspects de la communication naturelle entre l'homme et le robot; et développer un prototype fonctionnel de base.
Prévention des troubles cognitifs	Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une intervention visant à promouvoir les compétences socio-émotionnelles chez les personnes âgées présentant un risque de démence; évaluer la faisabilité de son intégration dans un programme multi-domaine de prévention des troubles cognitifs.
Exercice physique en ligne	Analyser la faisabilité d'un programme d'exercice physique avec supervision en ligne pour les résidents et son adhésion; mettre en œuvre un programme en ligne pour les assistants gériatriques afin de réduire les douleurs dorsales et d'améliorer leur qualité de vie.
BIZIHOBE	Déterminer les caractéristiques micronutritionnelles, inflammatoires, métaboliques et du microbiome chez les plus de 60 ans; déterminer la susceptibilité individuelle aux affections aiguës ou chroniques; établir des recommandations nutritionnelles, d'activité physique et de repos.
ADINPREST	Professionaliser les personnes non qualifiées et sans emploi dans l'aide et les soins à domicile et en hébergement; favoriser leur insertion socioprofessionnelle et couvrir les besoins des entreprises; adapter les formations aux profils de l'écosystème Adinprest.
QAVAD	Prévenir l'isolement des personnes et des familles vulnérables à domicile; améliorer et diversifier l'offre de formation des travailleurs sociaux et du personnel de santé dans le domaine de l'aide à domicile; et promouvoir la coordination des agents.
ACP - BEGIRADA	Permettre aux personnes qui souhaitent s'occuper de personnes dépendantes d'identifier, d'organiser et d'apporter leur soutien dans le cadre d'une prise en charge centrée sur la personne (PCC); garantir que les soins et l'aide sont apportés de cette manière.
Anticiper la fragilité	Promouvoir des actions visant à favoriser le vieillissement actif et l'autonomie; traiter les problèmes de santé en privilégiant la récupération fonctionnelle; adapter les nouvelles technologies en fonction de leur utilité et de leur efficacité chez les personnes âgées.

ANNEXE

Banque de bonnes pratiques en matière d'innovation dans le domaine de la longévité

Nom de la pratique	Objectifs de l'initiative
BIZKAIA	
Coordination entre le système de santé et le système de services sociaux	Projet pilote de coordination entre le système de santé et le système de services sociaux dans la prise en charge des personnes en institution.
Lien social pour favoriser le maintien à domicile.	Recherche active pour détecter les situations de solitude chez les personnes âgées.
Kwido	Création d'une plateforme qui facilite le maintien à domicile des personnes âgées grâce à la technologie.
Interopérabilité sociale et sanitaire	Analyser, concevoir et mettre en œuvre l'échange d'informations par voie électronique (interopérabilité) entre les services sociaux et l'UGI Gernika (Gernika, Gernikalea, Bermeo et Lekeitio).
Formation et renforcement des capacités des soignants formels et informels.	Mise en œuvre d'un modèle de soins centré sur la personne, sans contraintes physiques ou pharmacologiques.
Interopérabilité dans les soins précoces	Analyser, concevoir et mettre en œuvre l'échange électronique d'informations (interopérabilité) entre les services sociaux et de santé afin d'améliorer la coordination des soins précoces.
ÁLAVA	
Programme Activa Tu Barrio	Obtenir un niveau maximal de cohésion sociale et de bien-être individuel, d'implication et de participation des personnes et des entités sur la base de la reconnaissance de l'autonomie et du potentiel des participants.
Sensibilisation aux métiers de l'assistance	Apporter des expériences culturelles au domicile des personnes âgées dépendantes.
KAWAII KUIDAR	Générer un réseau de soins et de soutien qui s'adapte aux nouveaux rôles et aux besoins vitaux afin que les nouvelles générations d'aidants soient dans le même équilibre et se comprennent.
APP pour soutenir les aidants familiaux	Apporter un soutien spécialisé et de proximité à l'aidant familial d'un proche dépendant.
Aide aux aidants et aux soignants (membres de la famille)	Stratégie socio-sanitaire de soutien aux aidants familiaux.
Soutien aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par la téléassistance.	Adapter la technologie actuelle du service de téléassistance aux besoins de ce groupe et explorer de nouvelles solutions technologiques sur le marché qui peuvent les aider.
Interopérabilité dans le traitement des applications de téléassistance	Analyser, concevoir et mettre en œuvre les possibilités d'échange électronique d'informations (interopérabilité) entre la direction des services sociaux du gouvernement basque et Osakidetza pour le traitement de la demande de service public de téléassistance.
Gizarea	Le nouveau modèle de soins basé sur la relation (RCA) vise à faire comprendre à tous les participants l'importance de la relation avec les autres.

Nom de la pratique	Objectifs de l'initiative
NAVARRA	
Équipes opérationnelles de zone	Créer une dynamique de travail partagé entre les soins de santé primaires et les services sociaux afin de fournir des soins complets aux personnes qui nécessitent une approche sociale et sanitaire, soutenue et coordonnée.
NOUVELLE-AQUITAINE	
SCOOT LAB	Favoriser la mobilité physique des personnes fragiles ou dépendantes.
I-MANO	Formation des aidants professionnels.
AIDI	Application numérique pour aider les aidants familiaux.
Parcours professionnel dans l'aide à domicile	Formation continue pour les aidants professionnels.
Ekin Social	Un espace pour faciliter les relations sociales en face à face et virtuelles, locales et transfrontalières, entre les organisations sociales, culturelles ou sportives et les utilisateurs et/ou les bénévoles.

NEXT CARE

PÔLE EUROPÉEN D'INNOVATION
EN MATIÈRE DE LONGÉVITÉ



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



Plan de Recuperación,
Transformación
y Resiliencia

EUSKO JAURLARITZA

ONGIZATE, GAZTERIA ETA
ERROKIA DEMOGRAFIKAREN SAILA



GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR,
JUVENTUD Y RETO DEMOGRÁFICO