



Synthèse Focus Group



Vieillissement



SOMMAIRE

1. Préambule.....	4
2. Principaux défis et besoins régionaux.....	4
2.1. Consolider le maintien à domicile et les services de proximité	4
2.2. Réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins	4
2.3. Faire face à la pénurie de professionnels et renforcer l'attractivité des métiers.....	5
2.4. Améliorer la coordination et décloisonner les dispositifs.....	5
2.5. Mobiliser les technologies tout en garantissant leur accessibilité.....	6
2.6. Lutter contre l'isolement et soutenir les aidants	6
2.7. Conclusion	6
3. Principaux besoins techniques et organisationnels.....	7
3.1. La télémédecine et le suivi à distance : un levier prioritaire mais conditionné	7
3.2. Technologies d'assistance et domotique.....	7
3.3. Habitat inclusif et adaptation du logement.....	8
3.4. Services intégrés et coordination des parcours.....	8
3.5. Soutien aux aidants et solutions communautaires	8
3.6. Conclusion	8
4. Solutions innovantes	9
4.1. Parcours intégrés et coordination territoriale	9
4.2. Télémédecine et téléassistance pour renforcer l'accès et la continuité des soins.....	10
4.3. Habitat inclusif et solutions résidentielles intermédiaires pour favoriser le maintien à domicile.....	11
4.4. Prévention, repérage précoce et programmes structurés	11
4.5. Initiatives communautaires et lutte contre l'isolement.....	12
4.6. Conclusion	12
5. Durabilité et pérennisation	13
5.1. Ancrage institutionnel et engagement politique	13
5.2. Pérennisation financière et soutenabilité budgétaire.....	13
5.3. Développement de modèles économiques autonomes.....	14
5.4. Appropriation par les professionnels et les territoires	14

5.5. Gouvernance multi-niveaux et articulation des acteurs.....	14
5.6. Évaluation, preuve d'impact et capitalisation	15
5.7. Conclusion.....	15
6. Gouvernance et partenariat	16
6.1. Les acteurs clés à impliquer	16
6.1.1 Un rôle structurant des autorités publiques.....	16
6.1.2 Les acteurs opérationnels : garantir l'ancrage territorial	16
6.1.3 Recherche, évaluation et innovation.....	17
6.1.4 Implication du secteur privé et économie du vieillissement	17
6.1.5 Participation des bénéficiaires et de la société civile.....	17
6.2. Quel modèle de gouvernance privilégier ?	18
6.2.1 Une gouvernance multi-niveaux articulée.....	18
6.2.2 Une coordination transnationale formalisée	18
6.2.3 Clarification des rôles et pilotage stratégique.....	18
6.2.4 Ouverture et synergies.....	18
6.3. Conclusion.....	19
7. Modalités de l'appel à projets	19

1. Préambule

Le programme INTERREG SUDOE a organisé le 20 février dernier un focus group sur la thématique vieillissement. L'objectif de cette réunion était de réunir des organismes clés dans ce domaine des 4 pays couverts par le programme afin de l'aider à préciser les besoins et solutions pouvant être mises en œuvre dans le cadre du futur appel à projets stratégiques. Un total de 31 personnes ont participé à ce Focus Group. Cette note synthétique vise à restituer les contributions écrites et orales des différents participants au groupe de discussion.

2. Principaux défis et besoins régionaux

Dans le cadre du focus group, les participants ont été invités à identifier les défis prioritaires auxquels leurs territoires sont confrontés en matière de vieillissement de la population en zone rurale. D'une manière générale on constate que cette question nécessite d'intégrer de nombreux champs d'actions différents et de mobiliser de nombreux acteurs.

2.1. Consolider le maintien à domicile et les services de proximité

Le besoin le plus largement partagé concerne le renforcement du maintien à domicile des personnes âgées, particulièrement dans les territoires ruraux et peu denses du SUDOE. Les contributions écrites insistent sur la nécessité de développer des services de proximité adaptés, capables d'assurer un accompagnement régulier et coordonné. En particulier, elles mettent en avant :

- le développement de services de proximité adaptés,
- le renforcement de l'accompagnement à domicile,
- l'amélioration de la coordination entre services sanitaires et sociaux.

Les différents participants confirment que le maintien à domicile est aujourd'hui un objectif commun des politiques publiques, mais qu'il reste fragile dans de nombreux territoires, en raison de l'isolement géographique, du manque de services et de la dispersion des acteurs. Il apparaît donc urgent de consolider les dispositifs existants et d'améliorer leur articulation.

Une convergence forte se dégage entre la France, l'Espagne et le Portugal sur cette priorité.

2.2. Réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins

Un autre besoin urgent concerne l'accès aux soins, en particulier dans les zones rurales et périphériques. Les participants évoquent des difficultés liées à l'éloignement des

structures de santé, à la diminution de l'offre de soins primaires et à la fragilité des systèmes locaux face à l'augmentation du nombre de personnes âgées.

Les besoins identifiés concernent donc :

- le renforcement de l'offre de soins primaires,
- l'amélioration de la continuité des parcours de soins,
- la réduction des disparités territoriales.

Les échanges soulignent que le vieillissement est particulièrement marqué dans les territoires en déprise démographique, où les infrastructures sanitaires sont parfois moins développées. Cette situation crée des inégalités territoriales importantes, alors que le vieillissement rapide des populations dans des territoires déjà fragilisés accentue la pression sur les systèmes locaux de santé. Cette problématique est transversale à l'ensemble des pays représentés et constitue un point de convergence majeur.

2.3. Faire face à la pénurie de professionnels et renforcer l'attractivité des métiers

La question des ressources humaines apparaît comme un défi structurel majeur. Les différentes contributions mettent en avant en particulier :

- le manque de personnel qualifié (professionnels de santé, secteur médico-social),
- les difficultés de recrutement dans les territoires ruraux,
- la nécessité de renforcer l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement.

Il est donc nécessaire de renforcer l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement, car cette pénurie est décrite comme un facteur limitant la capacité à répondre efficacement aux besoins croissants liés au vieillissement. Elle affecte autant le maintien à domicile que les structures d'accueil et les soins primaires, que la qualité des services offerts. Il ne s'agit pas uniquement d'augmenter les effectifs, mais aussi de repenser les conditions d'exercice et l'organisation territoriale. Ce constat est partagé par l'ensemble des participants, sans divergence notable entre pays.

2.4. Améliorer la coordination et décloisonner les dispositifs

Les participants soulignent également le besoin d'une meilleure coordination entre les différents acteurs impliqués : services de santé, services sociaux, collectivités territoriales et structures associatives.

Les échanges ont pu mettre en évidence le cloisonnement persistant entre secteurs sanitaire et social, ainsi que la difficulté à organiser des parcours de soins et d'accompagnement réellement intégrés. L'amélioration de la coordination entre structures hospitalières et services de proximité apparaît ainsi comme un levier prioritaire

pour gagner en efficacité, sans nécessairement multiplier les dispositifs. Cette idée d'une approche interdisciplinaire pour répondre à tous les besoins et défis de la meilleure manière est partagée par l'ensemble des délégations.

2.5. Mobiliser les technologies tout en garantissant leur accessibilité

Les solutions numériques (télémédecine, technologies d'assistance, outils de suivi à distance) sont considérées comme des leviers importants pour répondre aux défis du vieillissement, notamment dans les territoires isolés.

Cependant, les discussions montrent que ces outils ne peuvent constituer une réponse suffisante à eux seuls. Ils doivent être accompagnés d'un effort de formation des professionnels, d'un soutien à l'appropriation par les personnes âgées et d'une attention particulière aux fractures numériques.

On observe ici une nuance : les participants français mettent davantage l'accent sur l'innovation structurée et les écosystèmes de recherche, tandis que les interventions espagnoles et portugaises insistent davantage sur la réponse concrète aux besoins immédiats des territoires.

2.6. Lutter contre l'isolement et soutenir les aidants

Enfin, le vieillissement est abordé comme un enjeu à la fois sanitaire et social. Les participants évoquent la nécessité de lutter contre l'isolement des personnes âgées, de renforcer l'inclusion sociale et de mieux soutenir les aidants. Cela passe notamment par le maintien du lien communautaire dans les territoires ruraux.

Cette dimension sociale du vieillissement est particulièrement soulignée dans les échanges espagnols et portugais, mais elle est également présente dans les contributions françaises. Elle rappelle que l'accompagnement du vieillissement ne peut se limiter à une approche strictement médicale.

2.7. Conclusion

Les besoins les plus urgents identifiés dans le Sudoe relèvent d'un ensemble cohérent de défis structurels : renforcer le maintien à domicile, garantir un accès équitable aux soins, faire face à la pénurie de professionnels, améliorer la coordination des acteurs et intégrer les technologies de manière inclusive.

Les convergences entre pays sont fortes sur ces différents points y compris sur les inégalités territoriales, la fragilité des services en zones rurales et la nécessité d'une approche intégrée. Les nuances observées tiennent davantage aux priorités mises en avant qu'à de véritables divergences de fond, les participants français mettant davantage l'accent sur l'innovation et la structuration d'écosystèmes, les espagnols insistant plus sur

les inégalités territoriales et la coordination interrégionale alors que les portugais soulignaient quant à eux la vulnérabilité des territoires ruraux et l'importance d'une approche communautaire.

3. Principaux besoins techniques et organisationnels

Dans la continuité de l'identification des principaux défis, les participants ont été invités à préciser quels besoins, services et technologies apparaissent comme prioritaires pour accompagner le vieillissement dans le SUDOE. Les échanges montrent une attente forte vis-à-vis des solutions numériques et des dispositifs d'assistance, mais soulignent également que ces outils doivent s'inscrire dans une organisation territoriale cohérente et adaptée aux réalités locales.

3.1. La télémédecine et le suivi à distance : un levier prioritaire mais conditionné

La télémédecine apparaît comme l'une des priorités les plus citées, en particulier pour répondre aux difficultés d'accès aux soins dans les zones rurales ou éloignées. Les participants soulignent l'intérêt des consultations à distance, du suivi médical numérique et des dispositifs de téléassistance pour améliorer la continuité des soins.

Toutefois, les échanges rappellent que ces solutions ne peuvent être efficaces sans certaines conditions :

- formation des professionnels,
- accompagnement des usagers,
- infrastructures numériques suffisantes,
- prise en compte de la fracture numérique.

Il existe une convergence forte entre les pays sur le potentiel de la télémédecine, mais aussi sur ses limites si elle n'est pas intégrée dans une organisation territoriale adaptée.

3.2. Technologies d'assistance et domotique

Les contributions mettent également en avant les technologies d'assistance à domicile : capteurs, systèmes d'alerte, dispositifs de prévention des chutes, outils de suivi des constantes de santé.

Ces technologies sont perçues comme des leviers favorisant l'autonomie et la sécurité des personnes âgées, tout en soulageant les aidants. Elles sont particulièrement pertinentes dans les territoires où les professionnels sont peu nombreux.

La France semble mettre davantage l'accent sur l'innovation technologique structurée, tandis que l'Espagne et le Portugal insistent davantage sur l'utilité pratique et l'accessibilité des dispositifs.

3.3. Habitat inclusif et adaptation du logement

L'habitat inclusif et l'adaptation des logements constituent un autre axe prioritaire. Les participants soulignent l'importance :

- d'adapter les logements existants au vieillissement,
- de développer des formes d'habitat intermédiaires entre domicile individuel et établissement spécialisé,
- de favoriser des environnements propices à l'autonomie.

Les échanges montrent que l'habitat est perçu comme un levier structurant du maintien à domicile. Ce point est particulièrement souligné dans les interventions espagnoles, mais partagé par l'ensemble des participants.

3.4. Services intégrés et coordination des parcours

Au-delà des technologies, plusieurs participants rappellent que les services restent prioritaires : coordination des soins, accompagnement social, dispositifs intégrés combinant sanitaire et médico-social.

Les discussions soulignent que la technologie ne doit pas remplacer l'organisation des services, mais la compléter. L'amélioration des parcours et l'intégration des dispositifs sont considérées comme essentielles pour rendre les innovations réellement efficaces. On observe ici une convergence forte entre les pays sur la nécessité d'articuler technologies et services humains.

3.5. Soutien aux aidants et solutions communautaires

Les échanges mettent également en avant le besoin de dispositifs de soutien aux aidants, ainsi que de solutions communautaires favorisant le lien social. Les technologies sont vues comme un appui, mais ne sauraient se substituer à l'accompagnement humain.

Cette dimension est particulièrement soulignée dans les interventions espagnoles et portugaises, où la solidarité territoriale et communautaire apparaît comme un élément clé.

3.6. Conclusion

Les services et technologies prioritaires identifiés combinent télémédecine, technologies d'assistance, adaptation de l'habitat et coordination des services. Les participants

insistent sur le fait que l'innovation technologique ne peut être dissociée de l'organisation territoriale et de l'accompagnement humain. Les convergences sont fortes entre pays, les différences portant davantage sur l'angle d'approche que sur les priorités elles-mêmes.

Convergences majeures

- Priorité donnée à la télémédecine et aux technologies de suivi à distance.
- Importance des technologies d'assistance pour favoriser l'autonomie.
- Nécessité d'adapter l'habitat.
- Besoin d'articuler innovations technologiques et services intégrés.
- Attention partagée à la fracture numérique.

Nuances observées

- France : accent plus marqué sur les écosystèmes d'innovation et les expérimentations technologiques.
- Espagne : attention forte à l'habitat inclusif et à la coordination territoriale.
- Portugal : insistance sur l'accessibilité concrète et les solutions adaptées aux territoires ruraux.

4. Solutions innovantes

Les participants ont été invités à préciser les solutions innovantes qu'ils mettaient en œuvre ou qu'ils souhaiteraient développer de façon à répondre aux besoins et défis liés au vieillissement en cours dans zones rurales du Sudoe. Les contributions montrent que les territoires du Sudoe disposent déjà d'un éventail riche de solutions en la matière. L'enjeu identifié n'est pas tant d'inventer de nouveaux dispositifs que de structurer, adapter et diffuser des solutions existantes. Les pratiques évoquées peuvent être regroupées en cinq grandes catégories cohérentes.

4.1. Parcours intégrés et coordination territoriale

Un premier ensemble de solutions identifiées concerne l'organisation intégrée des services à l'échelle territoriale. Les participants soulignent que l'innovation ne repose pas uniquement sur la technologie, mais sur la capacité à structurer des parcours cohérents entre soins, accompagnement social et soutien à domicile.

Les contributions portugaises illustrent cette approche avec plusieurs dispositifs opérationnels déjà en place. Elles mentionnent notamment des **parcours assistanciers intégrés** (*percursos assistenciais integrados*) visant à coordonner les services sanitaires et sociaux autour de la personne âgée, ainsi que des dispositifs de **gestion de cas** pour les situations complexes, notamment chez les personnes atteintes de maladies chroniques multiples.

D'autres exemples concrets sont cités, comme l'**hospitalisation à domicile senior** (*hospitalização domiciliária sénior*), permettant d'éviter ou de réduire les hospitalisations classiques, ou encore des **visites de rééducation à domicile** destinées à maintenir les capacités fonctionnelles. Les **unités mobiles** sont également évoquées comme des solutions adaptées aux territoires ruraux isolés, facilitant l'accès aux soins et aux services.

Ces dispositifs s'inscrivent dans une logique « d'aller vers » et de continuité des parcours, visant à limiter les ruptures entre domicile, soins primaires et structures spécialisées.

La dimension de coordination interrégionale est également mise en avant. Par exemple le Chef de la division Vieillesse actif et prévention de la dépendance de la Communauté Autonome de Madrid insiste sur le manque de connaissance mutuelle des actions menées dans les différents territoires et sur la nécessité de structurer un réseau d'acteurs spécialistes **du vieillissement actif** afin de renforcer le partage et la cohérence des initiatives.

Il existe ici une convergence forte entre pays sur la priorité donnée à la coordination et à l'intégration des services. La spécificité des contributions portugaises réside dans la présentation de dispositifs déjà structurés et opérationnels, tandis que les participants espagnols insistent davantage sur la nécessité de renforcer la mise en réseau et la visibilité des pratiques existantes.

4.2. Télémédecine et téléassistance pour renforcer l'accès et la continuité des soins

Un deuxième ensemble de solutions concerne les dispositifs numériques facilitant l'accès aux soins, en particulier dans les territoires ruraux ou isolés.

Plusieurs contributions françaises mentionnent des dispositifs de **téléassistance coordonnée à l'échelle territoriale**, ainsi que des **bornes ou box de télémédecine en pharmacie**, permettant de rapprocher l'offre de soins des personnes âgées. Des solutions « d'aller vers » sont également évoquées, combinant services itinérants, interventions à domicile et outils numériques.

Côté espagnol, la **teleasistencia sociosanitaria** est présentée comme un levier prioritaire, tout comme le développement d'**applications intégrant de l'intelligence artificielle** pour lutter contre la solitude et soutenir la stimulation cognitive. Plusieurs contributions insistent sur la nécessité d'assurer l'**interopérabilité entre plateformes sociales et sanitaires**, afin de garantir une prise en charge cohérente.

Ces solutions numériques sont perçues comme particulièrement pertinentes pour améliorer la continuité des soins et limiter les déplacements inutiles. Toutefois, leur efficacité repose sur des conditions transversales : formation des professionnels, accompagnement des usagers, et adaptation aux infrastructures locales.

La convergence entre pays est forte sur la priorité donnée à la télémédecine, même si l'Espagne insiste davantage sur la dimension systémique (interopérabilité), tandis que la France met en avant des dispositifs expérimentaux identifiés.

4.3. Habitat inclusif et solutions résidentielles intermédiaires pour favoriser le maintien à domicile

Les contributions mettent également en avant des solutions liées à l'adaptation de l'habitat au vieillissement et au développement de formes alternatives de logement.

Le **cohousing** et l'**habitat partagé** sont cités comme des solutions permettant de maintenir l'autonomie tout en réduisant l'isolement. Ces modèles sont présentés comme des alternatives intermédiaires entre domicile individuel et établissement spécialisé. L'adaptation des logements existants est également évoquée comme un levier essentiel pour retarder l'entrée en institution.

Ces initiatives visent à créer des environnements favorables au vieillissement actif, en combinant autonomie, sécurité et lien social. L'Espagne semble particulièrement engagée sur ces modèles d'habitat inclusif, mais l'intérêt est partagé par les trois pays.

Il existe ici une convergence claire sur le rôle structurant de l'habitat dans la politique de vieillissement. L'habitat inclusif étant vu comme un pilier complémentaire aux solutions technologiques.

4.4. Prévention, repérage précoce et programmes structurés

Plusieurs contributions insistent sur l'importance d'une approche préventive centrée sur la fragilité et la capacité fonctionnelle.

Côté France, des dispositifs comme **ICOPE**, ou les projets comme **STOP IATRO**, **PreDisc** ou **GENEUS** sont cités comme cadres méthodologiques ou projets pilotes visant à améliorer le repérage précoce, la prévention de la perte d'autonomie et la réduction des hospitalisations évitables.

Côté Portugal, le programme "**Vivamente**" est présenté comme une initiative combinant stimulation cognitive, activité physique et visites à domicile pour retarder la progression des démences. La **prescription sociale (prescrição social)** est également mentionnée comme un outil permettant d'orienter les personnes âgées vers des activités sociales et communautaires adaptées.

Enfin, l'approche centrée sur la **capacité intrinsèque** (fonctionnelle, cognitive, émotionnelle et sociale) est évoquée comme un cadre structurant pour repérer précocement la fragilité et intervenir en amont.

La **convergence** est forte sur la nécessité de **passer d'une logique curative à une logique préventive**. Même si les outils mobilisés varient selon les contextes, la prévention et le repérage précoce sont considérés comme stratégiques.

Quelques nuances se distinguent entre les représentants des différents pays, la France met davantage en avant des cadres méthodologiques structurés ; le Portugal insiste sur des dispositifs communautaires concrets ; Andorre souligne l'approche intégrée centrée sur la personne.

4.5. Initiatives communautaires et lutte contre l'isolement

Un dernier groupe de solutions concerne les initiatives favorisant le lien social et la solidarité territoriale.

Les contributions et échanges mentionnent des dispositifs de **soutien aux aidants**, des réseaux locaux d'entraide, ainsi que des actions ciblant la **solitude non désirée**. Certaines solutions s'appuient sur des applications numériques, d'autres sur des dispositifs de proximité ou des programmes communautaires.

Ces initiatives sont perçues comme complémentaires des dispositifs sanitaires et technologiques, et comme essentielles pour prévenir la perte d'autonomie liée à l'isolement.

Le Portugal insiste particulièrement sur cette dimension communautaire et territoriale, tandis que la France et l'Espagne mettent davantage en avant l'articulation entre initiatives locales et cadres institutionnels.

4.6. Conclusion

De façon synthétique, les solutions mises en avant par les participants peuvent être regroupées en cinq catégories complémentaires :

1. Coordination et parcours intégrés
2. Télémédecine et téléassistance
3. Habitat inclusif
4. Prévention et repérage précoce
5. Initiatives communautaires et soutien aux aidants

Les convergences entre pays sont fortes : priorité au maintien à domicile, à l'intégration des services et à la prévention. Les divergences relèvent principalement des angles d'approche (innovation technologique structurée côté France, coordination et interopérabilité côté Espagne, ancrage communautaire côté Portugal), mais elles apparaissent complémentaires plutôt qu'opposées.

5. Durabilité et pérennisation

Les échanges consacrés à la durabilité mettent en lumière une préoccupation centrale des participants : comment éviter que les solutions développées dans le cadre d'un projet stratégique ne restent au stade expérimental, et garantir qu'elles produisent un impact durable dans les territoires du Sudoe ?

Les contributions montrent que la durabilité est envisagée de manière globale. Elle ne dépend pas uniquement du financement, mais repose sur un ensemble cohérent de conditions : ancrage institutionnel, viabilité économique, appropriation territoriale, gouvernance claire et capacité à démontrer l'impact.

5.1. Ancrage institutionnel et engagement politique

Un premier facteur clé de durabilité réside dans l'intégration des solutions au sein des politiques publiques existantes. Les participants soulignent que les dispositifs développés doivent s'inscrire dans :

- les stratégies régionales de santé,
- les plans de vieillissement actif,
- les cadres nationaux d'organisation des soins et de l'accompagnement.

La pérennité est perçue comme conditionnée par l'engagement explicite des autorités publiques. Sans inscription dans des cadres réglementaires ou stratégiques formels, les initiatives risquent de disparaître à la fin du financement européen.

Il existe une convergence forte entre pays sur ce point : la durabilité suppose un relais institutionnel clair et assumé.

5.2. Pérennisation financière et soutenabilité budgétaire

Les participants insistent également sur la nécessité d'anticiper la question des financements à long terme. Les projets ne doivent pas être conçus comme des expérimentations ponctuelles dépendant exclusivement des fonds européens.

Plusieurs contributions soulignent que :

- les collectivités doivent pouvoir intégrer les dispositifs dans leurs budgets ordinaires,
- les coûts de fonctionnement doivent être maîtrisés,
- les solutions technologiques doivent démontrer un rapport coût-efficacité favorable.

La durabilité implique donc une réflexion dès la phase de conception sur la soutenabilité budgétaire et sur les conditions de reprise des actions par les acteurs publics après la fin du projet.

5.3. Développement de modèles économiques autonomes

Un élément particulièrement mis en avant dans les contributions écrites concerne la nécessité de construire des **business models solides et indépendants des subventions et du bénévolat**.

Les participants soulignent explicitement l'importance de :

- faire en sorte que des acteurs privés puissent générer des revenus à partir des solutions développées,
- créer des modèles économiques viables sans dépendance systématique aux financements publics,
- intégrer des financements privés pour assurer la pérennité des dispositifs.

Cette dimension marque une évolution importante dans la manière d'envisager la durabilité : le vieillissement n'est pas uniquement un champ d'intervention sociale, mais aussi un domaine dans lequel des chaînes de valeur économiques peuvent être structurées.

On observe ici une sensibilité particulière aux modèles hybrides combinant financements publics et privés.

5.4. Appropriation par les professionnels et les territoires

Au-delà des questions institutionnelles et financières, les participants insistent sur la nécessité d'une appropriation locale forte.

La durabilité dépend de :

- l'implication des professionnels dès la conception des solutions,
- la formation des équipes,
- l'adhésion des usagers,
- l'adaptation aux réalités territoriales.

Une solution techniquement performante mais mal appropriée par les acteurs locaux ne peut s'inscrire durablement dans les pratiques. Cette dimension humaine et organisationnelle est unanimement reconnue.

5.5. Gouvernance multi-niveaux et articulation des acteurs

Les échanges mettent également en évidence l'importance d'une gouvernance claire et structurée. La pérennité suppose :

- une articulation entre niveaux local, régional et national,
- une clarification des responsabilités,

- une coordination entre acteurs sanitaires, sociaux et économiques.

Sans gouvernance définie, les initiatives risquent de se disperser ou de dépendre de dynamiques individuelles fragiles.

5.6. Évaluation, preuve d'impact et capitalisation

Enfin, la durabilité est étroitement liée à la capacité à démontrer les résultats obtenus. Les participants soulignent l'importance :

- de définir des indicateurs mesurant l'impact sur la santé, l'autonomie et la qualité de vie,
- de documenter les résultats,
- de produire des données probantes permettant de convaincre les décideurs.

L'évaluation est perçue comme un levier stratégique pour justifier l'intégration durable des dispositifs dans les politiques publiques et les budgets.

5.7. Conclusion

La durabilité, telle qu'exprimée par les participants, repose sur un ensemble de piliers interdépendants :

1. Ancrage institutionnel et engagement politique
2. Soutenabilité budgétaire publique
3. Développement de modèles économiques autonomes
4. Implication et rentabilité pour les acteurs privés
5. Appropriation territoriale
6. Gouvernance multi-niveaux
7. Évaluation et démonstration d'impact

Les convergences entre pays sont fortes : la pérennité ne peut être réduite à la simple prolongation d'un financement européen. Elle suppose une intégration structurelle des solutions dans les systèmes territoriaux de santé et d'accompagnement du vieillissement, ainsi qu'une réflexion sur leur viabilité économique.

Le vieillissement est ainsi envisagé non seulement comme un défi social et sanitaire, mais aussi comme un **champ potentiel de structuration économique**, à condition que les solutions développées reposent sur des modèles durables, hybrides et transférables à l'échelle transnationale.

6. Gouvernance et partenariat

Les discussions consacrées à la gouvernance ont permis de clarifier deux dimensions essentielles : les acteurs à mobiliser et le modèle organisationnel à privilégier pour garantir l'impact et la pérennité du futur projet stratégique. Les participants s'accordent sur la nécessité d'une gouvernance à la fois multi-niveaux, multi-acteurs et structurée, capable de dépasser la logique de projet pour produire une transformation durable des systèmes territoriaux liés au vieillissement.

6.1. Les acteurs clés à impliquer

6.1.1 Un rôle structurant des autorités publiques

Les contributions convergent fortement sur le rôle central des autorités publiques. Les acteurs régionaux et nationaux sont considérés comme indispensables pour assurer la légitimité politique du projet et pour garantir l'intégration des résultats dans les politiques publiques existantes.

Les participants soulignent que la gouvernance doit inclure des institutions capables :

- d'influencer les cadres réglementaires,
- d'intégrer les solutions dans les dispositifs institutionnels,
- de mobiliser des ressources budgétaires à moyen et long terme.

Sans cet ancrage institutionnel, les solutions développées risquent de rester au stade expérimental.

6.1.2 Les acteurs opérationnels : garantir l'ancrage territorial

Au-delà des décideurs, les échanges insistent sur l'importance d'impliquer les acteurs de terrain : services de santé, structures médico-sociales, médecins libéraux, collectivités locales et organismes de coordination.

Ces acteurs sont au cœur de la mise en œuvre concrète des solutions. Leur participation dès la phase de conception est perçue comme essentielle pour garantir :

- l'adéquation aux besoins locaux,
- l'appropriation des dispositifs,
- la faisabilité opérationnelle.

Plusieurs interventions rappellent que la gouvernance ne doit pas être descendante, mais construite en lien étroit avec les territoires.

6.1.3 Recherche, évaluation et innovation

Les universités, centres de recherche et organismes spécialisés sont identifiés comme des partenaires stratégiques pour assurer la rigueur méthodologique et l'évaluation des actions.

Leur rôle est multiple :

- produire des données probantes,
- mesurer l'impact des dispositifs,
- accompagner l'innovation technologique et organisationnelle.

Cette dimension est particulièrement soulignée dans certaines contributions françaises, mais elle est reconnue par l'ensemble des délégations comme un facteur clé de crédibilité et de durabilité.

6.1.4 Implication du secteur privé et économie du vieillissement

En cohérence avec les discussions sur la durabilité, les participants insistent sur l'importance d'associer les acteurs privés, notamment dans le domaine des technologies et des services à la personne.

La gouvernance doit permettre :

- d'intégrer des entreprises capables de développer et maintenir les solutions,
- de favoriser des modèles économiques viables,
- de structurer une véritable économie du vieillissement.

Cette dimension économique est perçue comme un levier de pérennisation et non comme un simple complément.

6.1.5 Participation des bénéficiaires et de la société civile

Enfin, plusieurs contributions rappellent que les personnes âgées, les aidants et les associations doivent être impliqués dans la gouvernance.

Leur participation permet :

- d'adapter les solutions aux besoins réels,
- de renforcer l'acceptabilité sociale,
- d'éviter des dispositifs trop technocentrés.

La gouvernance attendue est donc inclusive et participative.

6.2. Quel modèle de gouvernance privilégier ?

6.2.1 Une gouvernance multi-niveaux articulée

En cohérence avec les apports précédents sur l'importance d'impliquer différents types d'acteurs pour mieux appréhender toutes les dimensions de la problématique du vieillissement, les échanges soulignent la nécessité d'une articulation claire entre niveaux local, régional et national. Chaque niveau doit avoir un rôle identifié :

- le niveau local pour la mise en œuvre opérationnelle,
- le niveau régional pour la coordination stratégique,
- le niveau national pour l'intégration ou la prise en compte du cadre réglementaire et politique.

Cette structuration doit permettre de renforcer la dimension stratégique du projet et d'éviter les doublons et les incohérences institutionnelles.

6.2.2 Une coordination transnationale formalisée

Le projet stratégique, par son envergure, nécessite une coordination solide entre partenaires de différents pays. Les participants insistent sur :

- la définition de responsabilités claires,
- la mise en place de mécanismes de suivi,
- l'organisation d'espaces réguliers d'échange et de capitalisation.

La gouvernance transnationale doit être structurée pour faciliter le transfert et l'adaptation des solutions.

6.2.3 Clarification des rôles et pilotage stratégique

Les contributions montrent qu'un pilotage fort est attendu. La répartition des responsabilités doit être formalisée afin d'assurer la cohérence des actions et la transparence des décisions.

Un leadership identifié est considéré comme nécessaire pour maintenir la dynamique du partenariat.

6.2.4 Ouverture et synergies

Les participants évoquent également l'intérêt de créer des synergies avec d'autres initiatives, réseaux ou projets existants financés par le programme Sudoe ou d'autres programmes européens comme Erasmus+, Horizon Europe, etc. La gouvernance ne doit pas fonctionner en vase clos, mais s'inscrire dans un écosystème plus large.

Cette ouverture est perçue comme un facteur de renforcement de l'impact.

6.3. Conclusion

Les échanges sur la gouvernance confirment qu'un projet stratégique sur le vieillissement ne peut reposer sur un partenariat restreint ou purement technique. Il doit associer autorités publiques, acteurs opérationnels, chercheurs, entreprises et société civile dans une gouvernance structurée, inclusive et multi-niveaux.

La réussite du projet dépendra de sa capacité à articuler engagement politique, expertise technique, ancrage territorial et viabilité économique, dans une logique de coopération transnationale durable.

Parmi les principales **convergences** entre les participants des différents pays on retrouve :

- La centralité des autorités publiques.
- La nécessité d'une gouvernance multi-niveau.
- L'importance d'associer acteurs opérationnels, recherche et secteur privé.
- Le besoin d'un pilotage structuré et d'une coordination transnationale formalisée.

Quelques **nuances** entre pays ont pu être observées

- Les contributions françaises mettent davantage en avant la dimension innovation-recherche.
- Les contributions espagnoles insistent plus fortement sur la coordination institutionnelle.
- Les contributions portugaises soulignent l'ancrage territorial et communautaire.

Ces différences apparaissent complémentaires et traduisent finalement des sensibilités institutionnelles plutôt que des divergences stratégiques.

7. Modalités de l'appel à projets

Les échanges n'ont pas fait remonter de remarques particulières sur les critères et modalités de dépôt ou sur la typologie de projet présentés en introduction de la réunion.

Des précisions ont été demandées sur la définition des acteurs clés et le rôle attendu des acteurs de niveau national ou comment impliquer des acteurs individuels tels que les médecins libéraux dans un projet de coopération.

Il a été répondu en substance de l'importance de l'implication d'acteurs clés et en particulier du niveau national dans un projet stratégique car cela permet au programme de s'assurer que le projet intègre et mobilise vraiment des organismes qui sont les plus

compétents, les plus pertinents au regard de la thématique, des sujets abordés et des activités à réaliser.

La participation d'autorités publiques nationales, ministères ou d'agences sectorielles nationale est aussi fondamentale car elle permet d'offrir la garantie d'une part que le projet travaillera sur des sujets et stratégies prioritaires pour les états et les territoires impliqués, et d'autre part que les partenaires du projet seront en capacité une fois le projet terminé de continuer à travailler ces sujets, et de déployer / normaliser ces solutions à plus large échelle.

L'idée sous-jacente étant que le financement du programme serve pour tester et évaluer des protocoles, des services, des outils, et qu'ils puissent être validés par les organismes en capacité de le faire, et enfin de donner le plus de garanties possibles pour qu'ils soient durables et vraiment réutilisés et déployés à moyen terme.

Concernant la pertinence et la possibilité de mobiliser des médecins libéraux, il a été rappelé que cela était parfaitement envisageable, notamment via la catégorie de dépenses « prestations de services externes ».