

# **COMITE AVANCEE EN AGE PREVENTION ET QUALITE DE VIE**

**Anticiper pour une autonomie  
préservée : un enjeu de société**

**Docteur Jean-Pierre AQUINO**

*Président du Comité Avancée en Age*

**Mission d'appui IGAS :**

**Patrick GOHET et Céline MOUNIER**

*Février 2013*

# SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
PROPOS LIMINAIRES.....	5
INTRODUCTION.....	6
LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE.....	6
LA TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE.....	7
L’HISTOIRE RECENTE DE LA PREVENTION EN GERONTOLOGIE.....	8
MAIS DE QUI PARLONS-NOUS ?.....	9
A QUELLES PERIODES DE LA VIE ?.....	10
LES REPRESENTATIONS.....	11
LA PERTE D’AUTONOMIE EVITABLE.....	11
LES INEGALITES DE SANTE.....	12
LA METHODOLOGIE RETENUE.....	13
LE PLAN D’ACTION.....	13
ACTIONS DE TERRAIN.....	15
SOMMAIRE DES FICHES ACTION.....	30
CONCLUSION.....	122
CONTRIBUTIONS REÇUES.....	127
AUDITIONS.....	129
LISTE DES SIGLES UTILISES.....	130

## SYNTHESE DU RAPPORT

*La fatalité est l'excuse des âmes sans volonté (Romain ROLLAND)*

La France, comme d'autres pays, connaît une double transition : une transition démographique avec le vieillissement de sa population et une transition épidémiologique avec l'émergence de maladies chroniques. Dans ce contexte, il convient de conduire une politique adaptée, en réponse à ces besoins nouveaux, avec pour objectif la qualité de la vie de nos concitoyens. C'est dans cet esprit que Michèle DELAUNAY a installé le Comité « Avancée en Age », le 08 octobre 2012. Ce comité doit remplir trois missions : formuler des préconisations relatives à l'anticipation, c'est-à-dire la prévention, dans le cadre de la prochaine loi « Autonomie », élaborer un plan d'action et évaluer sa mise en œuvre, enfin coordonner les acteurs de la prévention. Ce dispositif a travaillé en complémentarité avec la mission, conduite par Luc BROUSSY relative à l'adaptation de la société au phénomène du vieillissement, mais aussi avec celles conduites par Martine PINVILLE, Bruno VELLAS et Dominique LIBAULT.

Plusieurs actions sont à privilégier : prévoir l'incidence des maladies invalidantes émergentes grâce à l'épidémiologie - prévenir des situations pathogènes en dépistant les facteurs de risque - réhabiliter la perte d'autonomie - compenser toute incapacité sur les plans technique, humain et financier - évaluer les actions engagées en termes d'efficacité pour s'assurer de la bonne utilisation des financements alloués.

Le vieillissement harmonieux ne résulte-t-il pas finalement d'un dialogue constructif entre la personne, son environnement et les pouvoirs publics ? Chaque personne est unique avec son état de santé, son comportement et les caractéristiques de son milieu. Mais quelle place la société réserve-t-elle aux personnes âgées ? Quelles sont les représentations sociales de la vieillesse ? Le rôle des pouvoirs publics est important pour tout ce qui concerne l'analyse des besoins et l'organisation des réponses. La prévention en général et la prévention de la perte d'autonomie en particulier représentent des mesures qui, parmi d'autres, s'imposent à notre système de santé – secteurs sanitaire, médico-social et social - afin de lui permettre de s'adapter aux transitions évoquées. Son développement doit aussi contribuer à la réduction des inégalités sociales en santé.

En effet, la prévention en gérontologie ne peut être conçue que dans une approche globale, médicale, psychologique, sociale, mais aussi environnementale, s'appuyant sur la pluridisciplinarité des acteurs et impliquant une démarche interministérielle compte tenu des différents domaines concernés. La coordination des acteurs et des financeurs, la définition d'axes stratégiques pertinents et l'évaluation des actions conduites s'imposent. Ceci étant, l'avis des acteurs de terrain en contact direct avec les populations doit être privilégié, faute de quoi la concrétisation des mesures, aussi pertinentes soient-elles, risque de se heurter à la réalité du terrain. Si des actions individuelles et collectives s'avèrent nécessaires, en particulier au moment des épisodes de rupture qui surviennent au cours de la vie, de nouveaux modes d'organisation s'imposent pour mieux répondre aux besoins de la population vieillissante. Ainsi, le développement de l'intégration des services de soins, initié par le Plan Alzheimer, se doit d'être poursuivi et généralisé. Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie doit s'adapter au contexte de la chronicité des affections en cause. La convergence des dispositifs pour l'autonomie conduit assez naturellement vers la création de maisons de l'autonomie.

Mais il ne faut oublier que, dans certains cas, la perte d'autonomie est évitable. Ce constat renvoie à des organisations insuffisamment adaptées à la population. Prévenir ces situations représente un véritable challenge, qu'il s'agisse d'interventions au domicile, avec le repérage des facteurs de risque de fragilité,

dans les établissements de santé ou encore dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces actions ne pourront être menées à bien que si les acteurs sont formés et si les pratiques professionnelles sont adaptées au contexte.

C'est dire aussi toute l'importance de l'innovation et de la recherche. La promotion d'une recherche pluridisciplinaire est un objectif prioritaire. Ses efforts doivent porter sur le rapprochement de deux mondes trop souvent distants : celui porté par les sciences médicales et celui porté par les sciences humaines et sociales. Le croisement des disciplines, les interfaces qui en résultent sont source d'un enrichissement qu'il faut savoir saisir. Mais, c'est un exercice difficile, insuffisamment développé en France, qui mérite une réflexion et des actions adaptées.

Les différentes propositions de ce rapport montrent bien, s'il en était nécessaire, que nous avons à portée de main des possibilités d'action efficaces pour développer la prévention afin de préserver l'autonomie, mais aussi de prévenir la survenue d'incapacités. Nous sommes bien dans le refus de la fatalité...

Mais, au-delà des arbitrages qui s'avèrent nécessaires, il convient de poursuivre en définissant les opérateurs chargés de la mise en œuvre des actions et en procédant à une évaluation des coûts.

## PROPOS LIMINAIRES

En premier lieu, au nom du Comité « Avancée en Age : prévention et qualité de vie » et en mon nom personnel, je remercie Mme Michèle DELAUNAY, Ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, pour sa confiance. Ces remerciements sont également destinés au Directeur et aux membres de son Cabinet, notamment Mme Laurence ASSOUS et M. Rodolphe DUMOULIN.

Je salue chacun des membres du Comité pour sa disponibilité et sa contribution aux réflexions. Je souligne l'implication des administrations, des organismes techniques et des organisations de la société civile représentés au sein du Comité qui ont mis leur savoir-faire, leurs experts et les résultats de leurs propres travaux à la disposition du Comité.

Je suis reconnaissant à l'Inspection générale des Affaires sociales pour l'aide qu'elle a apportée au Comité en missionnant M. Patrick GOHET, inspecteur général, et Mme Céline MOUNIER, conseillère générale des établissements de santé.

C'est dans le cadre d'un calendrier particulièrement contraint, notamment en raison des perspectives législatives, que le Comité a travaillé. Pour autant, la qualité des débats et des contributions ne s'est jamais démentie.

Fort de cette première étape, essentiellement consacrée à des préconisations visant au progrès des politiques publiques en direction des personnes âgées, le Comité va engager de nouveaux travaux qui seront l'occasion de proposer des priorités, de déterminer les acteurs qu'il convient de mobiliser et d'évaluer les moyens à mettre en œuvre sans négliger les besoins de rationalisation que les enjeux et le contexte, notamment budgétaires, imposent.

Notre espérance de vie s'accroît, l'expérience et la capacité d'innovation des séniors sont une chance et un atout pour nos sociétés contemporaines, l'accompagnement des aînés est source de création d'emplois et de compétences, la solidarité intergénérationnelle est un moyen d'harmonie sociale...

Voilà, avec beaucoup d'autres, d'excellentes raisons pour que le Comité « Avancée en Age : prévention et qualité de vie » poursuive ses réflexions et complète ses propositions.

## INTRODUCTION

La France connaît une profonde transformation structurelle de sa population par classes d'âge, avec dans les années à venir, un accroissement du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus. Cette transition démographique doit être considérée comme une chance. Mais on note aussi une transition épidémiologique. En effet, les maladies ont changé de visage avec la transformation de maladies létales en maladies chroniques (cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...), sources d'incapacités. De plus, le vieillissement des personnes handicapées, l'émergence de maladies invalidantes et de la maladie d'Alzheimer nécessitent la mise en place de réponses sanitaires, sociales et médico-sociales adaptées.

Aussi, comment permettre au plus grand nombre de personnes de bénéficier d'une avancée en âge harmonieuse et réussie? La perte d'autonomie, qu'elle soit brutale ou progressive, représente une situation lourde de conséquences au niveau individuel comme au niveau collectif.

Il est possible actuellement de limiter cette dépendance ou de la retarder par le ciblage d'actions de prévention et d'éducation pour la santé afin d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité. Aussi bien la prévention des maladies liées à l'âge que la prévention du handicap entraîné par les maladies chroniques, reposent aujourd'hui, sur des données scientifiques de plus en plus nombreuses.

Comment concevoir une prévention de la perte d'autonomie? Dans un tel contexte la prévention en gérontologie doit prendre une place plus importante dans les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, mais aussi s'intéresser à l'environnement et au cadre de vie, en incluant l'urbanisme, l'habitat, les transports, la culture, la lutte contre la précarité ou l'isolement... On conçoit aisément la nécessaire intégration du vieillissement dans les politiques publiques au sein desquelles la prévention appliquée à l'avancée en âge doit occuper une place prépondérante.

C'est bien la qualité de vie qui est ainsi recherchée pour le plus grand nombre possible de concitoyens.

## LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE

Le vieillissement démographique est une certitude liée à une augmentation « inédite » de l'espérance de vie depuis les années 1970. L'ensemble des progrès réalisés dans différents domaines explique un accroissement de la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population générale (Rapport Groupe de travail Dépendance 2011).

Selon les dernières prévisions de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) :

- La France comptera 73,6 millions d'habitants en 2060, soit 11,8 millions de plus d'aujourd'hui.
- La part des 60 ans ou plus dans la population va augmenter jusqu'en 2035, passant de 21,7% à 31%. Après 2035, elle devrait continuer à croître à un rythme plus modéré et plus sensible aux différentes hypothèses, en particulier sur la mortalité.
- Les plus de 75 ans qui étaient 5,2 millions en 2007 (8,9% de la population) seront 11,9 millions en 2060 (16,2% de la population) et les 85 ans et plus passeront de 1,3 à 5,4 millions, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui.

Le marqueur de cette évolution est l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance : en 2008, 77,6 ans pour les hommes, 84,4 ans pour les femmes – en 2060 respectivement de 86 et 91,1 ans <sup>1</sup>. Cependant, le moteur du vieillissement démographique a changé au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle. A partir des années 1970, c'est la baisse de la mortalité aux âges avancés, et non comme antérieurement la baisse de la mortalité infantile, qui est la locomotive de cette évolution. En effet, la France se place aujourd'hui dans le peloton de tête des pays à faible mortalité aux âges élevés, avec le Japon, le Canada, l'Australie et la Suisse. Enfin, l'augmentation spectaculaire du nombre de centenaires en France, de 200 en 1950 à 150 000 prévus en 2050, illustre le vieillissement de la population.

Devant l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, comprendre si les années de vie gagnées le sont en bonne santé est devenu un enjeu de santé publique en raison de ses conséquences non seulement sanitaires, mais aussi économiques et sociales. Selon l'Institut national d'études démographiques (INED)<sup>2</sup>, l'estimation des évolutions de l'EVSI demeure délicate. Les tendances semblent assez différentes pour les deux sexes – plus défavorables pour les femmes - avec une certaine stagnation de l'EVSI dans la période récente par rapport à l'espérance de vie à la naissance.

## LA TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE

La DREES confirme le vieillissement n'implique pas nécessairement la dépendance, y compris au grand âge. En effet, seule une partie des personnes très âgées est dépendante. Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, défini par le nombre de personnes bénéficiaires de la prestation d'aide à l'autonomie (APA), augmente avec l'âge : 5% des bénéficiaires de l'APA ont moins de 70 ans ; 75% plus de 79 ans ; 50% plus de 85 ans, 25% plus de 89,5 ans, soit au total (en 2010) : 1 185 000 personnes. En moyenne, les nouveaux bénéficiaires ont 83 ans.

Selon les prévisions du « Groupe de travail Dépendance 2011 » (scénario intermédiaire pour la France métropolitaine), le nombre de personnes dépendantes doublerait d'ici 2060 pour passer de 1,15 million de personnes à 2,3 millions alors que les plus de 75 ans qui étaient 5,2 millions en 2007 (8,9% de la population) seraient 11,9 millions en 2060 (16,2% de la population). La dépendance est l'une des questions que pose le défi majeur du vieillissement.

La prévention de la dépendance est largement soulignée comme nécessaire, dans les différents rapports publiés avant l'été 2011. Les personnes à risque de perte d'autonomie représentent une cible pertinente pour une action de santé publique qui doit mobiliser les efforts des professionnels et des décideurs. Mais il est important de rappeler que la prévention doit être développée tout au long de la vie, en particulier par l'éducation pour la santé.

Ces données justifient, s'il en était besoin, la nécessaire intégration du vieillissement dans les politiques publiques. En effet, l'augmentation de la population de plus de 60 ans entraîne des conséquences sur l'organisation sociale, l'aménagement de l'espace et des territoires, ainsi que sur le fonctionnement des services publics. Cette intégration représente le socle d'un meilleur accompagnement et d'un maintien de l'autonomie des personnes âgées et justifie une politique nationale de prévention. Par la loi Autonomie, notre société se propose de répondre à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie dans la dignité et l'équité d'accès aux aides et aux soins, reposant sur un financement solidaire et reconnaissant la perte d'autonomie comme un risque au même titre que la maladie.

<sup>1</sup> INSEE & Population et société n°473- décembre 2010. Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment?

<sup>2</sup> Les espérances de vie sans incapacité en France - EVSI : une tendance récente moins favorable que dans le passé – Document de travail 170 – INED Janvier 2011)

## L'HISTOIRE RECENTE DE LA PREVENTION EN GERONTOLOGIE

Plusieurs étapes constructives ont été franchies ces dix dernières années.

Initié en mars 2003 par le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, le programme « Bien Vieillir » impliquait 17 sites pilotes. Les actions étaient ciblées sur l'alimentation et l'activité physique et sportive des seniors de 50 à 65 ans, afin de préparer au mieux les années à venir. C'était, d'emblée, une démarche de proximité, sur un territoire précis, celui d'une ville qui s'était engagée. Preuve a été ainsi faite de l'importance du choix d'un territoire limité, gage d'efficacité.

En 2005, le Ministre délégué à la Sécurité sociale aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille a décidé d'élargir les actions de prévention à l'ensemble des thématiques du « Bien Vieillir » et sur l'ensemble du territoire français avec le double objectif de promouvoir la santé et le bien-être pour tous, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des seniors. Ainsi, le 24 janvier 2007, lors de la clôture du colloque « Bien Vieillir », ce programme a été prolongé par le Plan national « Bien vieillir » 2007-2009. Ce plan a été également porté par le Ministère de la santé et le Ministère de la Jeunesse des Sports et de la vie associative. La démarche est devenue interministérielle.

Structuré autour de neuf axes de développement réunissant vingt neuf mesures, le Plan national « bien vieillir » s'est adressé aux personnes âgées de 50 à 70 ans. Favorisant la mise en place de stratégies de prévention des complications des maladies chroniques, il a encouragé les comportements favorables à la santé, veillé à l'amélioration de l'environnement individuel et collectif. Il a travaillé au renforcement du rôle social des seniors, en les incitant à participer à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens entre générations et en promouvant la solidarité intergénérationnelle.

Plusieurs enseignements ressortent du programme, puis du plan « Bien Vieillir » :

- Dans une démarche de prévention primaire, trois domaines contribuent à un vieillissement harmonieux : une alimentation équilibrée, un exercice physique régulier et un lien social structuré.
- Le constat, quasi unanime, d'un défaut de coordination et de complémentarité des initiatives et des réalisations dans le domaine de la prévention : il est nécessaire de développer une coordination qui doit permettre une optimisation des actions de préservation de l'autonomie et la prévention de sa perte le plus précocement possible.
- La nécessaire conception d'actions globales, intégrées, prenant en compte l'individu dans son environnement.
- L'implication des différents ministères concernés : santé, affaires sociales, sports, habitat, transports, travail, culture...
- La proximité des interventions représente le garant de l'efficacité. Mais la question est de définir le territoire le mieux adapté pour réaliser une dynamique proximale.
- L'importance de l'évaluation des actions conduites.



Dans l'évaluation du plan national Bien Vieillir réalisée en 2011 par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)<sup>3</sup>, il est précisé que « malgré l'ambition et la pertinence de la thématique et des objectifs, on peut déplorer un déficit de gouvernance, de structuration et de moyens. ». En effet, des idées pertinentes ont été agrégées plutôt que logiquement structurées dans une problématique. « Les actions définies sont le plus souvent orientées sur le développement d'outils, sans que soient organisés l'accompagnement et l'utilisation de ceux-ci. Enfin l'évaluation a été insuffisamment pensée lors de l'élaboration du plan ».

Le HCSP souligne plusieurs recommandations :

- Pérenniser le concept. La dynamique préventive se doit d'être poursuivie afin d'accroître son efficacité, en préconisant un ensemble d'actions concertées et intégrées.
- Adapter la méthode. La prévention est par nature intersectorielle. Il est nécessaire de distinguer un pilotage relevant de la puissance publique, interministérielle, de la mise en œuvre confiée aux opérateurs adéquats.
- Inclure la problématique des inégalités sociales de santé.
- Intégrer la notion du « Bien vieillir » dans une action politique à visée collective et individuelle.

Cette évaluation du HCSP et les conclusions de l'un des groupes de travail relatifs à la dépendance (2011) ont mis en exergue le problème de la gouvernance générale de la prévention avec ses nombreux acteurs.

L'installation du Comité national de coordination des politiques publiques de prévention de la perte d'autonomie (avril 2012) a été une réponse à ces constats, correspondant d'ailleurs à l'une des préconisations du « Plan National bien vieillir 2 » préalablement déposé.

Dans la suite de ces initiatives, Michèle DELAUNAY, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, installe le Comité Avancée en Age en octobre 2012. « Une politique de l'autonomie » et « la qualité de vie » représentent les idées force de ce comité. Trois missions lui incombent :

- Etre force de proposition dans le cadre de la future loi « Autonomie » qui prévoit trois axes de développement : anticipation (prévention individuelle et collective), adaptation de la société au vieillissement et accompagnement de la perte d'autonomie ;
- Coordonner les acteurs de la prévention ;
- Concevoir un plan d'action de prévention de la perte d'autonomie et son évaluation.

## MAIS DE QUI PARLONS-NOUS ?

De qui parlons-nous ? De l'homme, de nos concitoyens. Il convient de rappeler que toute fragmentation des besoins et des réponses attendues entraîne une perte d'efficacité. En effet, comme le définit l'anthropologie « *l'homme est un corps, un esprit, un être relationnel avec les autres et avec l'univers...* », ce qui impose une approche globale et des réponses adaptées. Ainsi, comme le souligne Claude LEVI-STRAUSS, « *l'intégrité physique ne résiste pas à la dissolution de sa personnalité sociale*

---

<sup>3</sup> Evaluation du plan national Bien vieillir 2008-2009 HCSP la documentation française - 2011

». De fait, selon Georges CANGUIHLEM, « *la santé est la capacité prolongée d'un individu de faire face à son environnement, physiquement, émotionnellement et socialement* ».

Si le Plan National Bien Vieillir d'adressait aux personnes au moment de leur cessation d'activité pour demeurer en bonne santé au cours de leur avancée en âge, ce plan d'action est plus large.

Schématiquement, il s'agit de s'intéresser aux seniors en activité, aux personnes âgées en bonne santé, aux personnes âgées fragiles, aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux proches aidants (familiaux ou professionnels). Le sujet du vieillissement des personnes handicapées sera traité par ailleurs.

## A QUELLES PERIODES DE LA VIE ?

Il convient de rappeler que la prévention commence à la naissance et se poursuit jusqu'à la fin de vie, intégrant la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Elle s'inscrit dans une logique qui comprend la prévention de la perte d'autonomie, mais aussi dans tout le parcours de vie des personnes dont chaque étape offre des opportunités pour en saisir les moments clés : maladie, isolement, prise de conscience, ruptures...

Le champ d'intervention est donc très large:

- La pré-retraite et la retraite : pour les pré-retraités et les retraités d'aujourd'hui, c'est une étape de prise de conscience et d'un intérêt certain pour le suivi de leur état de santé. La médecine du travail et les dispositifs mis en place par les caisses de retraite jouent un rôle fondamental s'agissant notamment des groupes socio-professionnels les plus exposés durant leur vie au travail qui sont souvent les plus modestes. Il serait utile que la médecine du travail s'empare du sujet prévention et qu'une continuité soit assurée entre la médecine du travail, la médecine de ville, ainsi qu'avec les dispositifs mis en place par les caisses d'assurance vieillesse.
- Après la retraite : repérer les personnes âgées fragiles, repérer les personnes âgées isolées ou ayant un ressenti de solitude ou d'inutilité, ou à risque d'exclusion (acteurs médicaux, sociaux etc..), favoriser l'accès à des logements adaptés avec les services à domicile (aides, activités favorisant le maintien du lien social, et le sentiment d'utilité, repas, architecture et environnement adaptés...), favoriser les modalités de déplacements des personnes âgées (transports adaptés).
- Après une maladie : prévention secondaire et prise en charge adaptée des pathologies quel que soit l'âge.
- En institution : favoriser la prévention tertiaire, avec une prise en charge de l'état nutritionnel, la santé bucco dentaire, la douleur, la souffrance morale et la dépression, de la démence (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées), des troubles du comportement, des troubles de la marche, des risques infectieux.... Favoriser la bientraitance au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- En fin de vie : accès à la culture palliative et d'accompagnement de fin de vie en EHPAD et à domicile.
- Tout au long de la vie : la prévention des pathologies doit être favorisée par le repérage et la prise en charge des facteurs de risque des pathologies responsables de perte d'autonomie (tabac, alcool,

hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, ostéoporose, sédentarité...). Dans ce cadre, les consultations de prévention ainsi que l'éducation thérapeutique doivent être valorisées.

## LES REPRESENTATIONS

Le vieillissement est marqué par une représentation sociale encore trop souvent négative. Il est aujourd'hui antinomique des valeurs attribuées par les sociétés modernes à la jeunesse, fortement valorisées : action, beauté, utilité dans la sphère productive etc. Dans cette perspective, il convient de ne pas opposer les générations entre elles : il faut que la société contribue à façonner la place qui revient aux personnes qui vieilliront bien et plus longtemps.

Pour que les personnes âgées soient considérées comme des citoyens à part entière, la société se doit changer le regard qu'elle porte sur l'avancée en âge pour permettre un exercice des droits des personnes. *« Il faut passer d'un regard qui dévisage à un regard qui envisage... »*

Indiscutablement les compétences des seniors sont à valoriser. Pour y parvenir, il est nécessaire de faire évoluer les représentations sociales en recherchant une nouvelle image de la vieillesse pour les jeunes, mais aussi une nouvelle image de la jeunesse pour les anciens. Il faut redonner une place à la vieillesse, en passant par la nécessaire acceptation de la différence des âges et réintégrer la vieillesse dans le cycle de vie.

## LA PERTE D'AUTONOMIE EVITABLE

La cible essentielle de la perte d'autonomie évitable est représentée par la fragilité. Le mot «fragilité», qui correspond à un concept médical, est aussi utilisé par les professionnels de l'action sociale. Il est nécessaire de clarifier son usage.

Le repérage des facteurs de fragilité et / ou de vulnérabilité doit permettre de promouvoir l'autonomie des personnes en réduisant le risque de dépendance par une intervention ciblée et adaptée. Elle impose le développement d'une politique coordonnée impliquant l'ensemble des professionnels.

Selon John CAMPBELL et David BUCHNER, la fragilité correspond à une réduction multi-systémique des aptitudes physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement, mais aussi à une vulnérabilité liée à une diminution des réserves physiologiques propres de l'individu.

Linda FRIED définit la fragilité sur la base de cinq critères : faiblesse musculaire, asthénie, activité physique réduite, lenteur de la marche et perte de poids involontaire au cours de la dernière année. Les personnes qui présentent au moins trois de ces caractéristiques sont qualifiées de fragiles, tandis que l'on considère comme pré-fragiles celles qui ne présentent qu'une ou deux de ces caractéristiques. La notion de réversibilité est limitée aux stades de pré-fragilité et de fragilité.

Une autre présentation de la fragilité est celle de Kenneth ROCKWOOD, qui décrit un score de fragilité en sept points, comprenant des éléments neuropsychiques, absents dans le score de FRIED.

La fragilité est potentialisée par une vulnérabilité sociale. Selon le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), elle s'exprime par les situations suivantes : ne pas

recevoir ni rendre de visites, se sentir souvent seul, éprouver des difficultés dans au moins un geste de la vie quotidienne, utiliser une canne, éprouver des difficultés pour se déplacer, estimer que son état de santé s'est dégradé au cours des 12 derniers mois, peur de faire un malaise.

Malgré des contours encore flous, ce concept est important et déterminant dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie. En effet, cette notion agrège un ensemble de déterminants (médicaux, sociaux, environnementaux) dont certains sont réversibles. La fragilité est un enjeu de santé publique par excellence, compte tenu de sa prévalence chez les personnes âgées.

Pour réussir à prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées fragiles, il faut prendre en compte les points suivants :

- Susciter une prise de conscience de la part des personnes âgées elles-mêmes et des professionnels ;
- Former les acteurs du secteur sanitaire, médico-social et social au repérage de la fragilité
- Elaborer et diffuser de façon structurée des outils d'évaluation multidimensionnels et de suivi ;
- Harmoniser les pratiques ;
- Disposer d'un langage commun et de référentiels scientifiquement validés, mais surtout « appropriables » par les acteurs de première ligne, à tout niveau d'intervention : médecins généralistes, professionnels des coordinations et des réseaux, acteurs sociaux ;
- Définir des protocoles d'intervention ciblés au sein de plateformes d'évaluation et de prise en charge de la fragilité (hôpital de jour, soins de suite et réadaptation - SSR ou autres dispositifs adaptés). Dans ce cadre, l'expérimentation en cours au gérontopôle de Toulouse sera évaluée ;
- Suivre et évaluer les mesures mises en place.

Si cette cible est prioritaire, comme le confirme la littérature, elle ne doit pas faire oublier les autres leviers contribuant à la préservation de l'autonomie et à la prévention de la perte d'autonomie. Il s'agit de mesures organisationnelles mises ou à mettre en place à domicile, en établissements de santé et en institutions. La promotion de la bientraitance et la formation des professionnels sont des axes transversaux contributifs.

## LES INEGALITES DE SANTE

« Les inégalités sociales de santé sont des différences au plan de la santé qui ne sont pas seulement inutiles et évitables, mais qui sont également considérées comme injustes et inéquitables » (WHITEHEAD). Les inégalités sociales de santé ne sont pas le fruit exclusif de la précarité sociale, bien que celle-ci soit l'un des facteurs déterminants. Ces inégalités sont mesurées à travers les indicateurs classiques, à savoir mortalité, morbidité, incapacité, qualité de vie. Le HCSP dans un rapport de décembre 2009 « Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité » rappelle que les inégalités sociales de santé font référence non seulement aux groupes de démunis et précaires (objectif 34 de la Loi relative à la politique de santé publique), mais aussi au gradient continu qui existe dans l'ensemble de la population, en fonction des positions sociales. Il concerne non seulement les groupes extrêmement défavorisés, mais plus généralement aussi la population bien insérée socialement. La progression importante des taux d'endettement des personnes de plus de 60 ans ces dernières années illustre cette mise en garde.

Le vieillissement accentue les inégalités. Ainsi constate-t-on une grande hétérogénéité des situations personnelles, à un âge identique. Les causes en sont multiples, qu'elles soient médicales ou socio-économiques. Pour réduire ces inégalités, il faut sortir de la fatalité en articulant des politiques intersectorielles et diversifiées et en facilitant l'accès aux dispositifs de prévention et de soins des

personnes socialement défavorisées. La prévention doit pouvoir ainsi contribuer à la réduction des inégalités sociales en santé au cours de l'avancée en âge.

Enfin, l'insuffisance de la culture préventive par manque de formation des professionnels et d'information du public doivent être pris en compte pour mieux lutter contre ces inégalités.

## LA METHODOLOGIE RETENUE

Le comité a été installé par la ministre Michèle Delaunay le 8 octobre 2012. Un calendrier contraint précisant la présentation de préconisations susceptibles d'être prises dans la loi à mi novembre et du plan d'action à la fin décembre 2012 a imposé une organisation adaptée pour respecter ces échéances.

- Des réunions de travail répétées entre le président et la mission d'appui de l'IGAS composée de Patrick GOHET et de Céline MOUNIER ;
- De fréquentes réunions du bureau (dix au total) composé de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), de la direction générale de la santé (DGS), de la direction de la sécurité sociale (DSS), de la direction des sports (DS), de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), du Secrétariat des Ministères sociaux et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Il assure le pilotage et le suivi des travaux ;
- Des réunions plénières du Comité « Avancée en Age » : son installation par la Ministre, Madame Michèle DELAUNAY, le 8 octobre 2012, suivie de trois réunions plénières ;
- Parallèlement, des membres du Comité Avancée en Age ainsi que des experts en gériatrie et gérontologie ont été sollicités pour rédiger une contribution écrite sur des sujets précis en fonction de leur expertise. Au total, 45 contributions ont été reçues et classées sur un espace collaboratif permettant aux membres du bureau une prise de connaissance des préconisations et leur analyse en vue d'une synthèse ;
- Quatorze experts ont été soit interviewés par téléphone, soit auditionnés ;
- Quatre groupes de travail ont été constitués afin de formuler des préconisations sur les sujets suivants : la fragilité, les bilans de santé, la sémantique et les maisons de l'autonomie ;
- Enfin, une coordination des missions en cours a été réalisée : deux réunions avec Martine PINVILLE et Luc BROUSSY, trois réunions avec Dominique LIBAULT, une réunion avec Bruno VELLAS et un contact établi avec Joël ANKRI (mission d'évaluation du plan Alzheimer) et Jean-François SERRES (mission isolement).

## LE PLAN D'ACTION

Ce plan d'action a pour ambition de proposer les étapes d'un chemin conduisant à une avancée en âge harmonieuse, tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales. Il promeut le changement des modes de vie et des comportements ainsi que des conditions environnementales et sociétales en s'appuyant sur une démarche de développement durable impliquant tous les acteurs de notre société dans une gouvernance partagée.

Plusieurs principes ont été retenus comme nécessaires à l'élaboration et à l'organisation de ce plan d'action :

- La globalité de la démarche. Ce plan s'inscrit dans une démarche multisectorielle et multidisciplinaire, ciblant les trois niveaux du « modèle socio-écologique » du

comportement : l'individu, son environnement social, et son environnement organisationnel et structurel ;

- L'implication directe de différents secteurs comme l'aménagement urbain, les transports, le travail, le logement, les sports, la cohésion sociale et la santé ;
- Les actions transversales, multidimensionnelles, coordonnées au niveau national, régional et territorial ;
- La prise en compte des inégalités sociales de santé en accordant une place privilégiée pour les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques ;
- Un équilibre entre les mesures individuelles et les mesures collectives, afin de contribuer à la réduction des inégalités socio-sanitaires ;
- La promotion de la santé inclut la promotion de l'autonomie des personnes au cours de l'avancée en âge, mais aussi la prévention de la dépendance évitable, ainsi que la stabilisation des situations en incapacité lorsque la récupération n'est guère possible ;
- La mise en cohérence avec les autres programmes et plans de santé publique (Programme national nutrition santé - PNNS, plan Alzheimer...), mais aussi avec les préconisations issues des rapports sur la dépendance (Ministère des Solidarités, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, CNSA...).
- L'importance de la recherche.
- Les liens avec la stratégie européenne.

L'évaluation est à prévoir dès la conception du plan. Elle recherchera si les moyens mobilisés ont permis d'atteindre les objectifs fixés et de produire les effets attendus. Pour cela, l'évaluation mesurera les écarts entre ce qui était prévu et ce qui est réalisé et utilisera des indicateurs tels que :

- l'espérance de vie à la naissance ;
- l'espérance de vie en santé ;
- l'IDH2 : indicateur de développement humain (Organisation mondiale de la santé - OMS) : santé, éducation, revenus ;
- l'accès à la prévention et aux soins des personnes en dehors des dispositifs ;
- la mesure du recul de l'âge d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- la diminution du recours à l'hospitalisation complète, en lien avec les projets pilotes des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;
- l'évaluation de l'autonomie des personnes âgées de plus de 75 ans, hospitalisées, à l'entrée et à la sortie de l'hôpital.

La lecture de ce rapport doit être complétée par celle du rapport de Luc BROUSSY, afin de respecter l'approche globale de l'avancée en âge. Ainsi, la dimension interministérielle élargie trouve ici toute sa justification (santé, solidarité, sports, logement, urbanisme...). Le plan d'action, une fois validé par le Ministre, donnera lieu à sa concrétisation sur le terrain pendant les trois années à venir qui seront suivies d'une période d'évaluation.

## **ACTIONS DE TERRAIN**

**Le repérage des actions de terrain pertinentes et évaluées contribue à une meilleure connaissance des stratégies préventives à mettre en place.**

**Quatre sources d'analyse sont proposées ici.**

## **Les enseignements de la littérature internationale relatifs aux interventions efficaces pour prévenir la perte d'autonomie – Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)**

L'ensemble des travaux de l'Institut s'inscrivent dans la volonté de développer une vision positive de l'avancée en âge, considérée non pas comme une rupture dans le parcours de vie mais bien dans une perspective qui s'inscrit dans la continuité de ce parcours.

Dans le cadre des travaux de la convention CNAV, un état des connaissances scientifiques a été réalisé sur les interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie. Vingt-six interventions ont été recensées et identifiées comme ayant un impact positif sur la santé. Elles ont été classées selon 2 critères :

- Le type de prévention : les interventions universelles proposées à toute la population et les interventions ciblées destinées à des publics spécifiques ;
- Le niveau de preuve : une intervention est «validée» lorsque l'efficacité est reconnue par au moins un des documents sélectionnés et une intervention est «prometteuse» lorsque l'efficacité est pressentie par au moins un des documents sélectionnés.

Les 26 interventions (9 validées et 17 prometteuses) ont été regroupées en 6 thématiques majeures de prévention :

- 9 interventions (6 validées et 3 prometteuses) ont été repérées pour prévenir les chutes ;
- 5 interventions prometteuses pour promouvoir la vaccination antigrippale ;
- 4 interventions prometteuses pour renforcer les compétences psychosociales et les fonctions cognitives ;
- 3 interventions validées pour prévenir l'isolement social et le sentiment de solitude ;
- 3 interventions prometteuses pour renforcer des comportements favorables en nutrition ;
- 2 types de visites à domicile prometteuses pour préserver le maintien à domicile.

Parmi toutes ces interventions, six types de stratégies principales sont reconnus comme efficaces dans la littérature internationale pour promouvoir la santé des personnes âgées de 55 ans et plus, autonomes et vivant à domicile :

- L'activité physique (exercices d'endurance, de renforcement musculaire, de maintien de l'équilibre, et assouplissement) ;
- l'information/communication (via les professionnels ou via les médias) ;
- l'éducation des personnes, le counseling (en individuel et/ou collectif) ;
- le suivi téléphonique ;
- l'évaluation des besoins de la personne et des risques environnementaux (domicile et quartier) ;
- les visites à domicile.



D'autres stratégies d'interventions, plus spécifiques, ont été repérées dans la littérature telles que la réduction/modification de la médication, des aides techniques, des suivis personnalisés (médicalisés ou non), de la supplémentation en vitamines/minéraux, des groupes de parole/d'entraide.

Ces différentes stratégies, proposées individuellement, collectivement ou de manière combinée, peuvent être organisées via une stratégie unique ou, comme c'est le cas le plus souvent, via des programmes plurimodaux, combinant plusieurs stratégies au sein d'un même programme.

Selon les interventions, les personnes peuvent être incluses dès 50 ans, mais le plus souvent il s'agit de personnes ayant 60-65 ans et sans limite d'âge (certaines interventions ont des participants âgés de 97 ans !).

## Colloque « Prévention et Vieillesse : modèles, expérimentations et mise en œuvre » (2012) organisé par la Fédération Nationale de Gérontologie (FNG)<sup>4</sup>

Les actes de ce colloque sont publiés dans un numéro spécial de Gérontologie et société. Ces travaux ont permis d'enrichir les connaissances en matière de vieillissement et de prévention, sans occulter une approche critique des enjeux, tout en repérant des actions pertinentes. Le caractère exemplaire de ces expériences réside dans :

- Certains partenariats établis (ex. Groupement PRIF Prévention Retraite Ile-de-France ; actions initiées par la CNAV et les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) en concertation avec la CNAMTS, MSA (Mutualité sociale agricole), RSI (régime social des indépendants), AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres) et ARRCO (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés) dans le cadre du plan de préservation de l'autonomie)
- La pertinence de leurs objectifs spécifiques tels que combler le déficit de soins ambulatoires (Réseau Filieris, Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines - CANSSM), lutter contre la stigmatisation des personnes âgées fragiles et vulnérables (AG2R La Mondiale) ou limiter le renoncement aux soins bucco-dentaires et prothétiques (MSA).

### Connaissances

- Si les transitions démographiques et épidémiologiques, ainsi que l'accroissement du coût des dépenses de santé pour les personnes âgées dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) conduisent les politiques publiques à considérer la promotion de la santé des seniors comme un investissement social et économique tout en défendant une conception positive du vieillissement (Bien vieillir), les actions de prévention en leur faveur demeurent ponctuelles, insuffisantes en amont, fondées sur une approche individuelle et non collective et inefficaces sur les déterminants sociaux de la santé ainsi que sur les inégalités sociales de santé (DECHAMP-LEROUX, 81-91).
- Le vieillissement n'est pas le processus spécifique d'un organe ou d'un métabolisme mais la conséquence d'un mécanisme de dégradation entropique exposant tous les éléments de tous les systèmes biologiques (TOUSSAINT, 41-53).
- Le vieillissement est un processus hétérogène, contingent aux effets de contexte (ex. environnement, organisation économique et sociale du ménage et de la famille) qui génère des inégalités relatives aux usages, besoins et connaissance des dispositifs d'aides techniques et d'adaptation du logement et de leur accessibilité (RENAUT, CNAV ; Apports de l'enquête Handicap-Santé, Insee-Drees, 55-74).
- Les auxiliaires de vie seront des acteurs de prévention de première ligne au domicile des personnes âgées qu'elles accompagnent, lorsque leur rôle et leur statut seront clarifiés, qu'elles bénéficieront d'une formation adaptée et systématique, d'une supervision et d'un encadrement rigoureux, mais également d'actions préventives et de promotion de leur propre santé (IMBERT & al. 163-171).
- Les essais d'intervention réalisés auprès de personnes âgées en matière de prévention de la dépendance posent des problèmes méthodologiques (ex. biais de sélection) (ANDRIEU, 75-80).

---

<sup>4</sup> Gérontologie et société : Prévention et vieillissement – Modèles, expérimentations et mise en œuvre. Fondation Nationale de Gérontologie Numéro hors série 2012

## Objectifs à atteindre

- Développer des programmes de promotion et de prévention de la santé en faveur des aînés selon l'approche écologique dans un continuum d'interventions situées aux niveaux individuel, de l'environnement interpersonnel, organisationnel, communautaire et politique (BARTHELEMY & al. 101-108).
- Prendre en compte l'ensemble des préoccupations et attentes des personnes vieillissantes, quel que soit leur âge et en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques, sans discrimination, en renforçant le lien social (ARGOUD, 93-100).
- Mettre en œuvre un processus de détection et d'analyse pluridimensionnelle et pluridisciplinaire permettant de promouvoir la prévention des situations de dépendance des personnes âgées ou à risque de handicap (MALLEA & al. 109-117).
- Cibler la prévention des maladies "liées à l'âge", de la fragilité et de l'inactivité, par des messages diffusés en milieu scolaire et professionnel, via les institutions de prévoyance et de retraite et par le médecin généraliste pour le vieillissement en bonne santé de la population active (FORETTE, 27-40).
- Mettre en place des mesures de prévention sur les 50-64 ans (ex. promotion du dépistage de certains cancers et de stratégies pour infléchir les comportements à risque) afin d'améliorer leur espérance de vie en bonne santé. Systématiser l'évaluation des actions engagées et améliorer la coordination des différents acteurs du milieu sanitaire, social et de l'entreprise (BARNAY, 185-203).
- Identifier les groupes à risque de fragilité à l'âge adulte et développer des actions de prévention en ciblant les populations vulnérables (65 ans), une approche populationnelle (personnes âgées de 75 ans fragiles) et des stratégies de prévention pour les populations les plus âgées (BELAND, 205-216).
- Renforcer l'information sur les signes d'accident vasculaire cérébral (AVC) et les modalités d'alerte (appeler le 15) et renforcer le contrôle (très insuffisant) de l'hypertension artérielle (HTA) afin de réduire le risque d'AVC chez les personnes âgées (Bohic, 217-227).

## Actions « exemplaires »

- Au sein de ses territoires de santé, l'ARS Nord-Pas-de-Calais met en œuvre son schéma régional de prévention, en cohérence avec les schémas de l'offre de soins et du secteur médico-social, dans les programmes de santé territoriaux déclinés notamment dans les contrats locaux de santé. S'agissant des personnes âgées, la prévention comprend nécessairement des actions d'éducation des usagers et l'accompagnement des proches aidants (DEFEBVRE, ARS Nord-Pas-de-Calais, 247-259).
- Des actions de prévention (ex. ateliers mémoire) et de sensibilisation à l'égard des retraités pour promouvoir leur bien vieillir en favorisant l'adoption durable d'attitudes préventives ; faciliter les comportements favorables à la santé ; améliorer l'environnement des personnes âgées ; renforcer le rôle social des seniors en ciblant les populations et les territoires fragiles afin de réduire les inégalités socio-territoriales (FLOUQUET, PRIF, Groupement Prévention Retraite Ile-de-France : CNAV- MSA- RSI, 127-136).
- Les centres de prévention AGIRC-ARRCO, lieux de dépistage, d'éducation sanitaire, d'écoute et d'orientation permettent à chaque individu d'adapter son comportement à ses choix de

prévention, augmentant ainsi son espérance de vie sans incapacité lors de son avancée en âge (SAINT-LAURENT & DEJARDIN, AGIRC-ARRCO, 119-126).

- La facilitation de l'aménagement du domicile adapté aux besoins individuels des seniors et des proches aidants pour conduire à une prise de conscience de l'importance des risques domiciliaires liés à l'avancée en âge (CAUVIN, REUNICA, 155-162).
- L'évaluation de l'état bucco-dentaire et prothétique des adhérents MSA âgés de 65 ans et de leurs besoins de soins lors d'un bilan gratuit afin de prévenir les risques bucco-dentaires spécifiques liés au vieillissement, de maintenir une nutrition adaptée, contribuant ainsi à limiter le renoncement aux soins (BIROU, MSA, 173-178).
- L'amélioration du dépistage des situations de fragilité en amont de la perte d'autonomie des personnes âgées les plus vulnérables (ex. veuvage, retraités en situation précaire, vivant en foyer de travailleurs migrants) et des proches aidants par le développement d'un observatoire des fragilités et la proposition d'une offre globale de services adaptés et individualisés (BLANKAERT, CNAV, 149-154. Plan PAPA, multi partenariat CNAV, CARSAT, CNAMTS, MSA, RSI, AGIRC-ARRCO)
- Le repérage des personnes âgées fragiles et vulnérables (en situation de handicap, immigrantes, atteintes de la maladie d'Alzheimer, en deuil, isolées...) et les actions de prévention (ex. Villages Bien-être) réalisées et évaluées par l'AG2R La Mondiale dans le cadre d'un partenariat contribuent à lutter contre leur stigmatisation (SANCHEZ, AG2R La Mondiale, 261-271).
- L'accompagnement des personnes âgées en augmentant leur niveau de connaissance sur les troubles liés au vieillissement, en renforçant leurs capacités à adopter des comportements favorables à la santé, en favorisant l'accès au dépistage des troubles liés à l'âge ; en augmentant le niveau de connaissance des proches (famille, professionnels de santé...) sur la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du vieillissement (CECCHI-TENERINI, MGEN, 229-240).
- Le programme de soutien psycho-éducatif appelé Fil Mauve® destiné aux aidants familiaux de patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés afin de bénéficier d'informations et de messages de prévention en matière d'hygiène de vie (nutrition, activité physique, sommeil) (SANCHEZ, Mutualité Française, 241-246).
- Le développement du réseau Filieris permet d'utiliser de nouvelles technologies dans des zones sous-servies du territoire national où les activités de soins ambulatoires auprès de populations âgées atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie sont très souvent déficitaires (ex : monitoring à distance) (BIGNOLAS, CANSSM, 137-148).
- Le déploiement des dispositifs Maia intégrés dans les parcours des personnes âgées en perte d'autonomie dans une dynamique partenariale innovante (intégration des services d'aide, de soins et d'accompagnement) au sein d'un même dispositif (DUPONT, CNSA, 179-184).

## Les enseignements des « appels à projets du Plan National Bien Vieillir » (PNBV)

Cette synthèse a été réalisée par Métis Partner, pour le compte de la CNSA, après un appel d'offres public. Cette mission d'évaluation a porté sur les projets régionaux de 2005 à 2006, retenus dans le cadre du Plan national Bien Vieillir.

### Enjeux de la mission et réalisation

Une première phase de la mission devait concerner la réalisation d'un état des lieux, par domaine, des actions déjà conduites dans le cadre des appels à projets régionaux 2005 et 2006 et nationaux 2005, de leur état d'avancement et de leur auto-évaluation et d'identifier les points forts et faibles de ces actions. L'analyse réalisée a permis de mieux cerner les besoins et attentes de la population. Le prestataire a identifié des indicateurs qualitatifs et quantitatifs permettant de qualifier le domaine d'intervention et tenté d'évaluer l'impact de l'action sur la santé et la qualité de vie.

Une deuxième phase devait concerner :

- Le test des indicateurs sur un échantillon d'actions. L'objectif était de construire un référentiel sur la base de ces indicateurs.
- La rédaction d'un rapport complet concernant cette deuxième partie, incluant la proposition de différents outils méthodologiques.
- Des propositions en matière de suivi et d'observation des travaux et recherches sur le vieillissement en bonne santé, en France et au niveau international.

Au total, 314 projets-actions ont été analysés afin de constituer une base de données exploitable, selon une double dimension : prévisionnelle (relevé des données des dossiers déposés) et évaluative (relevé post action de 150 projets-actions auto évalués).

Des entretiens sur site, conduits auprès des vingt-deux Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de France métropolitaine, ont permis de compléter le recueil d'informations sur les projets-actions et sur l'organisation de la gestion de l'appel à projet en région.

### Résultats et analyse

- L'état des lieux des projets : une répartition géographique inégale, avec une absence totale de projets dans certains départements dans des régions aux caractéristiques démographiques et géographiques spécifiques à faible densité de population et peu urbanisées. La majorité des projets s'inscrivent au cœur de régions démographiquement importantes (Ile-de France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes Côte d'Azur) où le nombre de seniors est le plus élevé. L'appel à projets « Bien Vieillir » a permis la mise en œuvre de 7 projets-actions par région en moyenne en 2005 et de 9 projets-actions en moyenne en 2006.
- Les promoteurs de projet : forte participation des promoteurs tels les associations/fédérations et les structures publiques/parapubliques. Dans une moindre mesure, on note l'engagement des comités locaux d'information et de coordination (CLIC) et des centres communaux d'action sociale (CCAS). La structure de répartition des acteurs est sensiblement la même lorsque le projet est porté par une association ou une structure publique/parapublique. Cependant, les

associations semblent mettre en œuvre un recrutement de partenaires plus diversifié pour mener leurs actions.

- Nature des actions. Deux types d'actions prédominent : les actions à portée collective et les actions à portée individuelle d'aide à la personne. Les professionnels de santé représentent la majorité des acteurs impliqués dans ces deux types d'actions. Le public cible, constitué essentiellement de la population âgée, cible principalement les personnes en difficulté (critère d'inclusion le plus fréquent.) La majorité des actions incluent des seniors à partir de 60 ans. Une plus grande proportion de personnes à partir de 50 ans est concernée dans les actions à portée individuelle tandis que les actions à portée collective s'adressent majoritairement aux personnes à partir de 55 ans. La zone d'intervention des projets-actions ne demeure pas subordonnée au nombre de personnes impliquées dans les actions. L'échelle cantonale et intercommunale semble être la dimension privilégiée dans la majeure partie des cas. La thématique du programme la plus représentée est l'axe « activité physique » et la dimension du Plan la plus fréquente est celle de la « santé. »
- La multi-dimensionnalité, critère d'inclusion des projets-actions :
  - Sur les 314 projets, 70 sont unidimensionnels, 146 bidimensionnels et 80 tri dimensionnels, si on se réfère aux trois dimensions du Plan « Bien Vieillir ».
  - Sur les 314 projets, 37 sont uni thématiques, 78 bi thématiques et 129 tri thématiques si on se réfère aux trois axes du Programme « Bien Vieillir ».

### **Focus sur les projets et les actions d'excellence :**

Sur les 314 projets, 41 projets ont été sélectionnés comme projet d'excellence, 12 ont été auditionnés.

Les 7 Clés de réussite :

- avoir une forte envie/motivation de la part du porteur de projet ;
- effectuer un fin diagnostic ;
- s'appuyer sur des partenaires pour constituer un réseau pluridisciplinaire et complémentaire ;
- avoir des intervenants compétents pour proposer une action de qualité ;
- privilégier un projet simple dans son élaboration et dans sa mise en œuvre ;
- privilégier un projet engendrant peu de frais ;
- offrir une prise en charge globale des seniors.

**Les actions d'excellence** : une ou deux actions par région ont été repérées parmi les mieux « notées » par les DRASS sur l'aspect d'innovation principalement, puis sur les aspects de structuration et de reproductibilité.

Les 18 actions identifiées (liste non exhaustive) permettent de relever certains projets ciblant des populations spécifiques qui n'auraient pas nécessairement été touchées par les autres actions (personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes hospitalisées, population minière défavorisée retraitée, personnes atteintes d'handicap et personnes en situation de vulnérabilité sociale) :

- Des bilans de santé préventifs gratuits et actions de dépistage ;
- Des actions de prévention bucco-dentaire ;
- Un télé-accompagnement ;
- Des organisations de spectacles avec des enfants ;
- Une mise en relation des personnes âgées désirant trouver une activité de vie sociale et association de solidarité ;
- Des organisations de séances d'activité physiques individuelles à domicile pour des personnes incapables de se rendre à des ateliers collectifs ;
- Des initiations aux outils de communication et d'information modernes ou ateliers multimédia ;
- Des activités de transmission du patrimoine et valorisation du vécu ;
- Des actions d'orientation et de soutien du passage à la retraite ;
- Le recensement et l'identification des personnes isolées avec la création de réseaux d'identification et de veille sociale ;
- L'accompagnement à l'entrée en structure d'hébergement ;
- L'organisation de transport pour les ateliers ou l'accès aux services de soins ou aux services de la vie quotidienne ;
- La création d'une bibliothèque ;
- Un soutien psychologique de l'après-deuil.

### **Les projets ciblant les populations fragiles**

Sur les 314 projets, 45 projets-actions ont été repérés comme prenant en compte les populations fragiles par différentes approches soit par :

- Une orientation de l'action vers des populations particulières : personnes migrantes, personnes en vulnérabilité sociale, personnes en précarité ou avec des difficultés économiques ;
- La spécificité du territoire tel que quartier défavorisé ;
- Des modalités d'accès à l'action adaptées aux populations fragiles (ex : gratuité de la participation à l'action) ;
- Des objectifs spécifiques : certains projets ayant pour objectif principal la lutte contre l'isolement social.

Ces actions sont caractérisées par :

- Une approche globale du « bien vieillir » ;
- Une démarche de diagnostic des besoins ;
- Une démarche de repérage des situations d'isolement social ;

- Un accent sur la mobilisation des compétences psychosociales pour la prévention ;
- Des actions d'amélioration d'accès aux soins et aux activités de prévention ou de loisirs ;
- La prise en compte des difficultés de l'entourage et des ressources mobilisables dans cet entourage ;
- La sensibilisation des professionnels de santé ou des proches aidants aux difficultés spécifiques de ce public ;
- Un accès aux soins et/ou aux actions par un principe de gratuité.

Les caractéristiques et les spécificités de ces projets montrent l'intérêt d'un approfondissement et d'un développement des projets ciblant ces groupes.

### **Points forts de l'appel à projet et de son évaluation**

- La création d'une source d'informations importante dans l'élaboration de l'état des lieux. La base de données créée à cet effet a permis une exploitation intéressante et une meilleure lisibilité des projets-actions menés en 2005 et 2006.
- Le constat d'un financement de projets-actions extrêmement variés et abordant plusieurs domaines : thématiques, publics, méthodologies d'intervention, zones d'intervention, objectifs, etc.
- Une véritable place à l'innovation a été laissée aux porteurs de projets.
- Le processus de gestion de l'appel à projets Bien Vieillir présente quelques points améliorables dans certaines de ses étapes, qui feront l'objet de mesures correctives.
- Une appropriation par les acteurs (DRASS et porteurs), qui ont développé leurs organisations (méthodes et outils) et parfois mis en place, au sein de la région, des coordinations et des partenariats fédérateurs.
- La possibilité donnée à l'ensemble des DRASS de communiquer et de s'exprimer sur un programme national dont elles ont la charge par la gestion de l'appel à projet.

### **Points faibles de l'appel à projet et de son évaluation**

- Le grand nombre de plans, d'appels à projets, les démarches administratives constitutives au dépôt des projets, le recoupement des thématiques sont autant d'ouvertures mais aussi de contraintes pour les porteurs de projets qui peuvent éprouver des difficultés à s'y orienter, les professionnels pouvant avoir, quant à eux, des problèmes pour mener de multiples coordinations.
- Même si les collaborations existent ou se renforcent, les partenariats sont cependant souvent insuffisamment identifiés ou formalisés. De même, les passerelles entre les appels à projets, les institutions et les divers acteurs semblent parfois inexistantes.
- Les auto-évaluations des projets-actions, insuffisamment réalisées, ne sont souvent que partiellement renseignées. Le caractère hétérogène des auto-évaluations dénote le manque fréquent de ressources méthodologiques et techniques des porteurs de projet pour réaliser de façon satisfaisante cette phase importante de leur projet.
- Une disparité importante entre les porteurs de projets a été notée.



## **Perspectives et orientations**

L'état des lieux de l'appel à projets « Bien Vieillir » a conduit à la formalisation de trois recommandations principales :

- Améliorer la définition des rôles ;
- Développer des méthodes et outils de facilitation ;
- Surmonter les difficultés liées à la mesure de résultats et d'impact.

Le développement de l'appel à projets doit viser à s'articuler avec les autres structures et démarches existantes, dans une volonté d'intégration et de simplification.

La poursuite d'un travail de fond par une réflexion croisée des acteurs, tant institutionnels qu'associatifs ou particuliers doit être encouragée et consolidée.

Enfin, le ciblage des populations fragiles et/ou isolées pourrait faire l'objet d'un renforcement, notamment dans le contexte économique actuel et à venir.

À l'heure où le vieillissement de la population est, et demeurera, un enjeu de santé publique majeur dans notre société, où toutes les actions de santé publique exigent un haut niveau d'efficacité dans un contexte de ressources rares, l'optimisation des stratégies d'intégration de la politique du bien-vieillir doit rester un objectif prioritaire.

Dans cette perspective, l'analyse d'ensemble d'un des volets du plan vise à appréhender l'impact et le potentiel de la thématique du bien-vieillir auprès des acteurs de terrain. Elle s'inscrit naturellement dans le contexte des évolutions et des mutations attendues avec la réforme en cours.

## Union Nationale des Centres Communaux et Intercommunaux d'Action Sociale (UNCCAS) : les actions des CCAS dans le champ de la prévention en gérontologie

Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS) sont impliqués dans diverses actions de prévention en gérontologie.

**Le repérage** des personnes âgées et de leurs besoins.

Le repérage des personnes âgées et de leurs besoins est un élément clé de l'accompagnement et donc de la prévention. Ce repérage peut se faire notamment au travers des plans nationaux du type **plan canicule** dans lesquels les CCAS sont engagés :

- CCAS de Châteauroux : réseau de solidarité de proximité auprès de personnes âgées  
<http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=1244&cle=canicule>
- CCAS de Bordeaux : plan canicule porté par le CLIC de Bordeaux rattaché au CCAS :  
<http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=1227&cle=canicule>
- CIAS de Auch : Equipe mobile de prévention de l'aggravation de la dépendance : Interlude  
<http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=694&cle=canicule>
- CCAS de Nancy, Téléphon'âge pour lutter contre l'isolement des seniors
- <http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=1063&cle=canicule>

### La prévention des accidents de la vie courante

L'UNCCAS est signataire de la convention de mise en sécurité du domicile des personnes âgées, portée par l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) et la CSC (commission de sécurité des consommateurs). Certains CCAS réalisent des diagnostics des risques permettant d'améliorer l'habitat des bénéficiaires.

#### **Ex. le CCAS de Lorient et sa prestation « prévention des chutes »**

*Afin de favoriser le bien-être et l'autonomie des personnes âgées à domicile, le CCAS, par le biais de son CLIC, en partenariat avec le groupe Malakoff Médéric et le CG du Morbihan, a mis en place une action visant à sensibiliser et prévenir (éviter les chutes, sécuriser le domicile, coordination avec les aidants, les partenaires - ateliers équilibre, constitution d'un dossier de financement auprès des organismes concernés, médecin traitant, les revendeurs de matériels...) A sa demande, toute personne âgée habitant Lorient peut bénéficier d'une visite gratuite d'un ergothérapeute du CLIC à son domicile. Celle-ci évalue les potentialités de chutes, réalise un bilan d'autonomie afin de cibler les difficultés au niveau des activités de la vie quotidienne, propose du matériel grand public en lien avec la problématique rencontrée, des aides techniques spécifiques (planche de bains, pince à long manche, chaussures adaptées...), des mises en situation concrètes permettent d'envisager l'utilisation du matériel ou de l'aide technique dans le contexte de la vie quotidienne. Enfin, l'ergothérapeute peut préconiser des aménagements de logement.*

## La prévention et troubles cognitifs

- Certains CCAS/CIAS proposent à la fois des ateliers « mémoire » et des bilans psychologiques réalisés par le psychologue du CCAS/CIAS. Ces dépistages pourraient être rendus systématiques pour toute personne atteignant un âge préalablement déterminé et à partir duquel les risques d'apparition des maladies psychiques sont élevés.
- Les CCAS proposent également un soutien psychologique individuel ou collectif et une aide aux proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

## La prévention en établissement

Certains ESMS gérés par des CCAS/CIAS proposent à leurs résidents des activités thérapeutiques : aromathérapie, stimulation sensorielle par l'aquagym, salle « Snoezelen »... Celles-ci ont un réel bienfait sur les résidents qui voient leur anxiété diminuée, leur sommeil facilité, leur mémoire stimulée. Par ces activités, certains sortent de leur isolement lié à leur pathologie.

## La prévention via l'animation territoriale et la lutte contre l'isolement (encourager la participation citoyenneté des personnes âgées)

- Les CCAS mènent de nombreuses actions d'animation et de lutte contre l'isolement concourant au lien social sur leur territoire : activités intergénérationnelles, clubs d'aînés, services de restauration (foyers restaurant), sorties culturelles, séjours, voyages, activités de création et d'expression, ateliers artistiques, ateliers de prévention de la dépendance (ateliers mémoire menés par des psychologues), ateliers sportifs de type « gymnastique douce », ateliers équilibre et prévention des chutes menés par des psychomotriciennes, etc.
- Au-delà de l'obligation (législative imposée aux maires) de tenir un fichier nominatif des personnes âgées et handicapées volontaires, de nombreux CCAS accompagnent le dispositif de réseaux de vigilance par des bénévoles, solidarités voisinage, visites régulières à domicile :
  - Réseau de visiteurs à domicile bénévoles - FACHES THUMESNIL (59155)
  - Plus jamais seul : réseau de convivialité - THOR (LE) (84250)
  - Aide aux personnes âgées seules ou en couple - PLESTAN (22640)
  - Lutter contre l'isolement avec la webtélé locale : Le p'tit can@1 - LUCON (85400)
  - Plan d'animation pour les personnes âgées vivant à leur domicile - POIRE SUR VIE (LE) (85170)
  - Lutter contre l'isolement des seniors en milieu rural - ISLE EN DODON (L') (31230)
  - Rompre l'isolement des seniors - SAINT JEAN DE MAURIENNE (73302)
  - Rompre l'isolement des personnes âgées en milieu de montagne - MEOLANS REVEL (04340)
  - Permettre aux personnes âgées de recréer ou maintenir des liens sociaux - AIX LES BAINS (73102)

NB : dans le cadre du partenariat entre le laboratoire d'idées de l'UNCCAS et UNIS-CITE, des jeunes engagés dans le service civique mènent au sein des CCAS, pendant six à neuf mois à temps

plein, des missions d'intérêt général, et notamment des actions de lutte contre l'isolement des personnes âgées.

### **La prévention au travers du maillage territorial et de la coordination des acteurs**

- Les CCAS portent ou gèrent de nombreux réseaux de coordination gérontologique et/ou de guichets uniques de services (CLIC, Maisons des aînés...).
- Le développement de l'intercommunalité sociale.
- L'UNCCAS plaide en faveur du maintien des services de proximité et milite pour une présence effective des acteurs sociaux au plus près des habitants et partout sur le territoire. Dans ce cadre, elle incite au développement de l'intercommunalité sociale, via le CIAS (cf. proposition de rendre obligatoire le CIAS lorsque sur un territoire toutes les communes n'ont pas mis en place de CCAS). Elle a également en projet l'expérimentation d'une coordination de l'ensemble des acteurs via l'élaboration de schémas locaux de cohésion sociale.

### **L'échange d'expériences au plan européen**

- L'UNCCAS a encouragé ses adhérents à participer à des programmes européens tel que le programme Grundtvig engagé sur la période 2007/2009 sur le thème : « Seniors actifs, adoptez la saine habitude ! » dont l'objectif était de former les professionnels intervenants auprès des personnes âgées à mieux communiquer sur l'intérêt d'adopter une « vie saine » afin de préserver leur autonomie.
- L'UNCCAS a co-piloté avec la Fondation Nationale de Gérontologie le projet WeDO (pour le bien être et la dignité des personnes âgées) en faveur de l'amélioration de la qualité de vie en établissements et /ou à domicile. Les travaux de la coalition nationale française UNCCAS-FNG a permis de réunir pendant 2 ans de nombreux partenaires autour du projet (CNSA, DGCS, CCAS, CG, ANSP, Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale – ANESM, AFNOR, HABEO, ALMA, OLD UP Etc.), de recenser l'existant et les bonnes pratiques, d'identifier les manques, d'élaborer des pistes de recommandations et une stratégie nationale mais aussi de réaliser un Guide reprenant les principes d'un service de qualité, les domaines d'action, des bonnes pratiques :  
[http://wedo.ttp.eu/system/files/24171\\_WeDo\\_brochure\\_A4\\_48p\\_FR\\_WEB.pdf](http://wedo.ttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_FR_WEB.pdf)
- L'UNCCAS s'investit également dans le projet EXISTE dont l'objectif est de promouvoir la citoyenneté « senior active ». Il s'agit de mener une enquête sur les besoins des seniors, de conduire des expérimentations et de prendre en considération la voix des seniors dans la mise en œuvre d'actions sur les territoires. Le projet concerne la France entière avec un focus particulier sur les zones transfrontalières. Il comporte trois grandes thématiques : Actions seniors citoyennes : participation à la vie locale, bénévolat, etc. / Solidarité intergénérationnelle / Accès aux loisirs et aux technologies de l'information et de la communication.

## **Les CCAS et les contrats locaux de santé (loi HPST)**

En dépit du caractère assez récent du dispositif, le congrès de l'UNCCAS, à Marseille, a souligné la méconnaissance du dispositif par de nombreux CCAS, certains CCAS sont néanmoins partenaires de contrats locaux de santé : CCAS de Marseille, de La Rochelle.

D'autres CCAS ont été chargés du pilotage de certains axes des contrats locaux de santé : Ex. le CCAS de Soyaux (10 300 habitants, près d'Angoulême). Le CCAS a contribué à l'analyse de la demande sociale sur le territoire. Il est chargé du pilotage de diverses actions inscrites dans le CLS : « mise en réseau des acteurs pour l'accès aux droits en santé » ; « faciliter l'accès des habitants à une offre de base minimum » ; « bien vieillir à Soyaux » (*valorisation de la mobilité et du maintien à domicile des personnes âgées, renforcement du réseau d'échanges et de rencontres intergénérationnelles et la lutte contre l'isolement, mise en œuvre de conférences/débat, etc.*) ; « Prendre en compte la mobilité et l'accès à la santé dans toutes les actions développées dans le CLS, être un outil de réalisation des actions ».

## **Autres actions de coordination favorables aux politiques de prévention**

- CCAS de Nice : Carrefour santé pour tous
- CCAS de Montpellier : convention relative aux modalités de coopération entre établissement de santé et EHPAD entre le CCAS et le centre hospitalier universitaire régional (CHRU)
- CIAS du VAL FLEURI (9500 habitants, Haute-Saône) : pôle de services de proximité en milieu rural
- CIAS Val de Sèvre (Prix spécial de l'innovation sociale locale 2012) : résidence « mon village »

## SOMMAIRE DES FICHES ACTION

	<b>Page</b>
<b>I. PRINCIPES GENERAUX ET GOUVERNANCE</b>	<b>34</b>
Fiche action 1 : le Comité Avancée en Age	35
Fiche action 2 : la coordination de la prévention au niveau national	37
Fiche action 3 : la sémantique	39
Fiche action 4 : la citoyenneté	40
Fiche action 5 : la réduction des inégalités sociales de santé	42
<b>II. ACTIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES</b>	<b>46</b>
Fiche action 6 : la promotion de la santé	47
Fiche action 7 : la santé des seniors en emploi	49
Fiche action 8 : la préparation à la retraite	50
Fiche action 9 : le passage à la retraite	51
Fiche action 10 : la lutte contre la maltraitance – la promotion de la bientraitance	53
Fiche action 11 : une alimentation favorable à la santé	56
Fiche action 12 : la promotion et le développement de la pratique d’activités physiques et sportives	61
Fiche action 13 : la prévention et santé bucco-dentaire	63
Fiche action 14 : l’isolement	66
Fiche action 15 : dépression et prévention du risque suicidaire chez la personne âgée	68
Fiche Action 16 : la santé des proches aidants	70
Fiche Action 17 : la conduite automobile	71
<b>III. PREVENTION GRADUEE ET ORGANISEE</b>	<b>73</b>
Fiche action 18 : la consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de 65 ans	74
Fiche action 19 : le repérage et le traitement de la fragilité	76

Fiche action 20 : les centres de prévention AGIRC et ARRCO	79
<b>IV. NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION</b>	<b>81</b>
Fiche action 21 : la convergence des dispositifs pour l'autonomie – les Maisons de l'autonomie (MDA)	82
Fiche action 22 : le développement en attente de l'intégration des services et des soins	86
Fiche action 23 : les projets pilotes de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie	87
Fiche action 24 : l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation et de financement des actions de prévention et leur évaluation	90
<b>V. ACTIONS A MENER DANS LES STRUCTURES, A DOMICILE ET DANS LES STRUCTURES</b>	<b>91</b>
Fiche action 25 : la perte d'autonomie évitable à domicile	92
Fiche action 26 : les logements-foyers et l'habitat intermédiaire	93
Fiche action 27 : la perte d'autonomie évitable en établissement de santé	93
Fiche action 28 : la perte d'autonomie évitable en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	96
<b>VI. METIERS</b>	<b>100</b>
Fiche action 29 : les bonnes pratiques professionnelles	101
Fiche action 30 : la formation des acteurs	103
<b>VII. BON USAGE DES MEDICAMENTS</b>	<b>105</b>
Fiche action 31 : la promotion du bon usage des médicaments	106
Fiche action 32 : la promotion du bon usage des médicaments, pratiques et substances anti-âge	109
<b>VIII. RECHERCHE</b>	<b>112</b>
Fiche action 33 : la recherche et l'innovation	113
Fiche action 34 : l'Institut national de l'avancée en âge	115

**IX. DIMENSION EUROPEENNE**

**116**

Fiche action 35 : l'Europe

117



## Fiche rappel : avancée en âge et qualité de vie

Il est important à tout âge d'adopter des conduites favorables à une avancée en âge harmonieuse.

A partir des données de la littérature, les principales recommandations sont les suivantes :

- Continuer à entretenir, voire améliorer son capital intellectuel, physique, social et psychique (promotion de la santé) ;
- Prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adapté ;
- Prendre en charge précocement les maladies ou les troubles qui sont susceptibles d'entraîner une incapacité ;
- Avoir une activité physique ou sportive régulière ;
- Adapter son alimentation selon les principes du Programme National Nutrition Santé (PNNS) ;
- Adapter son environnement physique et social ;
- Conserver une vie sociale riche et les liens intergénérationnels ;
- Lutter contre l'isolement ;
- Valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation ou changement.

Ainsi tout plan d'action doit-il favoriser :

- Des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, de la marche, de l'équilibre...);
- Des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition) ;
- L'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de la personne âgée : logement, aides techniques, aménagement de la cité ;
- Le renforcement du rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens entre générations et en promouvant la solidarité intergénérationnelle ;
- L'engagement citoyen : la place des personnes âgées dans la cité.

**Actions ne relevant pas du plan d'action proposé par le Comité Avancée en Age, mais devant trouver leur place dans la dynamique globale :**

- Valoriser et mutualiser les compétences des personnes âgées ;
- Faire du vieillissement un paramètre permanent des politiques d'urbanisme au niveau territorial ;
- Adapter l'environnement collectif et le logement : faire de nouvelles formes d'habitat adapté ou intermédiaire entre le domicile et l'établissement et de l'adaptation du logement privé un nouvel axe fort des politiques de prise en charge de la perte d'autonomie (ANAH) ;
- Assurer le développement des gérontechnologies ;
- Mieux prendre en charge la perte d'autonomie par des outils rénovés (travaux du comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS – Jean-Luc NOVELLA) ;
- Aider les aidants familiaux sans les assigner.

# **I - PRINCIPES GENERAUX**

## Fiche action 1 : le Comité Avancée en âge

### Contexte

Si la prévention de la perte d'autonomie suscite un large consensus, on ne peut que souligner la balkanisation des acteurs, le lancement de nombreux appels à projet, la réalisation de multiples actions dans un contexte où la confusion entre financeurs et opérateurs est fréquente.

De plus, l'évaluation des actions conduites s'avère insuffisante et n'intervient pas dès le début du processus.

### Objectif

La structuration d'une coordination nationale des acteurs de la prévention et des actions conduites, avec la définition d'une stratégie nationale.

### Mesures

#### **Composition**

Sa composition est définie en annexe de la lettre de mission

**Missions du Comité Avancée en Age.** Les missions sont ainsi définies :

- Formulation de préconisations pour la loi « Autonomie », dans sa partie «Anticipation» ;
- Coordination des acteurs de la prévention ;
- Rédaction d'un plan d'action de prévention en gérontologie.

Le Comité assure ensuite le suivi du plan d'action tel qu'il aura été arrêté par les ministres pendant trois ans, puis de son évaluation sur une période de six mois.

#### **Gouvernance ministérielle.**

La prévention doit être conçue de manière globale, médico-psycho-sociale et environnementale. Il est donc nécessaire qu'elle soit portée par une démarche interministérielle (santé, solidarité, sports, travail, environnement, logement, transport, culture...)

#### **Coordination des acteurs de la prévention.**

Il existe un socle inter-régime déjà en place, réunissant la CNAV, le RSI, la MSA avec le concours de l'AGIRC et ARRCO et l'INPES.

Il est proposé d'étendre ce socle inter-régime à d'autres régimes : une mutualisation des idées, des contenus et des actions de prévention, mais aussi une évolution administrative sous forme d'une association, d'un groupement d'intérêt économique (GIE), d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ...en veillant à ne pas en alourdir les coûts de gestion.

La CNSA, du fait de ses missions, fait partie de cette instance de coordination.

Une articulation est à définir entre les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités territoriales.

## **Structuration d'une base documentaire relative à la prévention**

Cette base documentaire est essentielle dans une vision prospective. Elle est tenue à jour de manière régulière.

Voici quelques exemples de thèmes constitutifs de cette base :

- Une analyse et une synthèse de la prise en compte de l'avancée en âge dans les plans régionaux de santé et les contrats locaux de santé (secrétariat général des ministères sociaux), les schémas départementaux, mais aussi de la politique de la ville (liens avec les villes « Bien vieillir vivre ensemble » et « villes amies des aînés »)
- Un inventaire des moyens mis en œuvre par les organismes sociaux et de retraite en matière de prévention
- Une liste des expérimentations et des réalisations phares en matière de prévention
- Une diffusion des actions pertinentes évaluées
- Les nouvelles approches en matière de prévention, notamment sur le plan psychocomportemental (rapports du Centre d'analyse stratégique : « vivre ensemble plus longtemps » et « nouvelles approches de la prévention »)
- Les travaux relatifs à la solidarité intergénérationnelle
- Les enseignements de l'évaluation des plans de santé publique, en particulier du plan Alzheimer et maladies apparentées
- Une analyse économique : repérer les financements dédiés à la prévention en gérontologie, tableaux de bord des financements, études coût/efficacité

## Fiche action 2 : la coordination de la prévention au niveau national, la coordination et le soutien des initiatives locales

### Contexte

La méthodologie repose sur la pluridisciplinarité, dans une démarche interministérielle, mais aussi sur la prise en compte initiale de l'avis des acteurs des territoires de proximité (problématiques, souhaits, conditions d'application d'actions nouvelles, faisabilité...):

La mise en cohérence est assurée par le travail conduit avec les différentes directions des ministères concernés. Elle repose sur une coordination verticale et horizontale des initiatives.

### Objectif

Aussi, le principe général d'organisation repose sur :

- Une coordination horizontale nationale : le Comité lui-même et son bureau assurant la réunion de l'ensemble des acteurs concernés : directions d'administration, collectivités territoriales (départements, communautés d'agglomération, CCAS...), organismes de protection sociale, organisations des secteurs mutualistes et assurantielles, fédérations et associations représentatives des professionnels et des usagers, experts...
- Une coordination verticale assurant des liens réguliers avec les acteurs de terrain (ARS, Conseils généraux).
- Un accompagnement des acteurs de terrain (ARS, CG) et un suivi de leurs réalisations sont à organiser pour mesurer la cohérence du plan avec les réalités locales.
- Cet accompagnement est organisé sur des régions test, à partir de 4 ou 5 régions à dominante urbaine ou rurale. Ces régions seront les mêmes que celles où seront mis en place les projets pilotes des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) et les plateformes de fragilité.

### Mesures

Des liens sont structurés avec :

- La parole des usagers ;
- Les plans de santé publique et les suites données : Plan national « bien vieillir » (2007-2009), Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), Plan Alzheimer (2008-2010), Plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes (2010-2012), Plan d'actions national AVC (2010-2014), Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014), Plan national Parkinson (2011-2014) et livre blanc Parkinson, Plan psychiatrie et santé mentale (2011-2015), Programme national nutrition santé (2011-2015) ;
- Les suites données à l'année 2012, année européenne du vieillissement actif ;
- L'année 2013 : année européenne de la citoyenneté ;

- European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIPAHHA) ;
- Le versant handicap de la politique de l'autonomie ;
- Les missions BROUSSY, PINVILLE, LIBAULT, VELLAS, ANKRI, SERRES ;
- Les projets régionaux de santé et les contrats locaux de santé ;
- Les schémas départementaux ;
- Le recueil des avis au niveau départemental (Conseils généraux) et régional (ARS) concernant la prévention en gérontologie ;
- La synthèse des actions de terrain évaluées par Métis Partner (appels à projets Plan Bien Vieillir et CNSA) ;
- Les actions conduites dans le cadre des villes « bien vieillir- vivre ensemble» et l'évolution prévue vers le label « villes amies des aînés » et plus largement celles conduites dans la politique des villes.

## Fiche action 3 : la sémantique

### Contexte

La question de l'avancée en âge est avant tout l'affaire de spécialistes (administrations, professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, gestionnaires de structures...). En dépit des avancées réalisées, le vocabulaire utilisé est donc plutôt technique. De surcroît, il reste largement celui d'une relation de « prestataires » à « bénéficiaires ». Sa connotation peut être également marquée par une dimension compassionnelle et/ou condescendante qui peut heurter et « infantiliser ».

Les pouvoirs publics ayant l'intention de faire de l'avancée en âge l'une de leurs priorités sociétales, il est important de débattre du vocabulaire utilisé et de celui à suggérer. Une loi portant sur l'autonomie étant en projet, il est nécessaire de choisir une sémantique en rapport avec l'esprit qui préside à cette démarche.

### Objectifs

Trouver un vocabulaire fédérateur, compréhensible par tous les acteurs (personnes concernées, proches aidants, professionnels, chercheurs, médias, décideurs publics...), précis, renvoyant une image positive de la question de l'avancée en âge et exprimant fidèlement la représentation souhaitée pour et par les personnes âgées, celle de citoyens à part entière acteurs de la vie de la Cité et de leur propre devenir.

Les mots et les formules plutôt rejetés : le vieillissement, les vieux, les âgés, les patients, la dépendance, la prise en charge, la prévention du vieillissement.

Les mots et les formules plutôt retenus : l'avancée en âge, la préservation ou la protection de l'autonomie, la prévention des effets du vieillissement (plutôt que la prévention de la perte d'autonomie ou de la limitation de l'autonomie), l'aide, le soutien ou l'accompagnement à l'autonomie, la prise en soins, la prise en compte, les seniors, les aînés.

### Mesures

- En l'absence de consensus, maintenir en le renforçant (notamment y adjoindre un ou deux linguistes, veiller à la participation de l'ensemble des grandes catégories de professionnels et associer les responsables de la terminologie des ministères concernés par la politique de l'avancée en âge), le groupe de travail sémantique constitué au sein du comité « avancée en âge : prévention et qualité de vie ».
- Réaliser, à partir des travaux du groupe, un « dictionnaire » de l'avancée en âge.
- Etablir des liens entre le groupe sémantique et l'Académie française.
- Inclure les résultats du travail sur la sémantique dans les initiatives prises pour moderniser la représentation des personnes avançant en âge (en particulier dans la communication qui accompagnera la grande cause nationale).

## Fiche action 4 : la citoyenneté

### Contexte

L'espérance de vie de la population française s'est sensiblement accrue au cours des dernières décennies. L'avancée en âge, les différentes formes qu'elle prend, les conséquences qu'elle peut revêtir et les solutions qu'elle requiert sont autant de questions de nature sociétale qui exigent une politique publique.

La crise économique et financière actuelle renforce ce besoin de reconnaissance du statut de citoyen, d'autant qu'elle est de nature à affecter les liens intergénérationnels tant elle peut inquiéter les jeunes générations qui s'interrogent sur les capacités de la collectivité à mobiliser les moyens nécessaires à la prise en compte de leurs aînés.

Au cours des dix dernières années, la société française a débattu de l'opportunité de créer un dispositif global de protection sociale destiné aux citoyens avançant en âge. C'est à ce titre, notamment, qu'a été créée une prestation, l'APA, qu'a été instituée la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qu'ont été mis en œuvre les plans Solidarité grand âge, puis Bien Vieillir... Pour autant, en dépit des progrès réalisés, une politique globale est toujours en attente d'adoption et de mise en œuvre.

### Objectifs

La société française doit continuer de s'approprier la question de l'avancée en âge de ses membres en l'intégrant dans ses priorités de manière réaliste et positive.

Il est essentiel qu'elle identifie et considère la personne avançant en âge comme un sujet de droit, citoyen authentique, acteur à part entière de sa propre destinée et membre à part entière de la collectivité et non comme appartenant au passé et à une catégorie distincte. Il est nécessaire qu'elle ne la regarde pas, ou plus, comme une « charge » qui relèverait d'une seule obligation de solidarité, même si celle-ci doit être actionnée en cas de perte d'autonomie, de maladie ou de précarité.

Il est également opportun de sensibiliser l'ensemble de la Cité sur l'importance qu'il y a pour chacun de ses membres, et le plus tôt possible, d'accompagner son avancée en âge d'un mode de vie prévenant les facteurs de perte d'autonomie et contribuant au bien vivre. C'est un moyen de placer naturellement la question du vieillissement au nombre des préoccupations de toutes les générations et d'en amoindrir la dimension anxiogène.

Il s'agit de lutter contre les sentiments de fatalité, d'inutilité et d'isolement qui accompagnent souvent l'avancée en âge. Dans ce but et afin qu'ils gardent l'estime de soi, il importe de mettre en valeur les apports possibles des aînés dans la vie sociale, de leur apporter le moyen d'identifier et de développer leurs potentiels, de leur donner l'occasion d'exprimer leurs désirs, de leur fournir les moyens d'avoir et de réaliser un projet de vie.



## Mesures

- La reconnaissance, en 2013, de l'avancée en âge comme grande cause nationale. Alors qu'une loi « autonomie » sera en cours de préparation, cette mesure mobilisera l'ensemble des acteurs : représentants des aînés et des retraités, professionnels du médico-social et du sanitaire, caisses de retraites, organismes spécialisés dans la prévention, la recherche, l'accompagnement..., collectivités locales..., médias... (avec le rôle pilote de la FNG).
- L'incitation des chaînes de télévision et des stations de radio du service public à inclure de manière durable des émissions de sensibilisation et d'information portant sur la préparation et l'accompagnement de l'avancée en âge ainsi que sur la place active des aînés dans la vie de la Cité et la diversité de leurs apports, notamment auprès des jeunes générations (rôle pilote du conseil supérieur de l'audiovisuel - CSA).
- L'inclusion de la question de l'avancée en âge et du regard à porter sur les personnes âgées dans les programmes scolaires, notamment d'éducation civique (rôle pilote des ministères de l'Education nationale et de l'Enseignement supérieur).
- L'inclusion de cours de gérontologie dans les sciences sociales et humaines ainsi que dans les formations professionnelles et accroître leur place dans les études de médecine.
- La mise en place d'enquêtes auprès des populations concernées sur leurs besoins en matière de prévention et sur leur avis sur les prestations proposées.

## Fiche action 5 : la réduction des inégalités territoriales et sociales en santé

### Contexte

La France connaît des inégalités entre territoires qui s'expliquent en grande partie par des inégalités entre catégories sociales (parfois accentuées par des inégalités entre hommes et femmes), et par des effets de contexte liés à l'environnement physique et à l'offre de services.

#### Les inégalités territoriales restent importantes...

- En 2005, l'espérance de vie des hommes était inférieure de presque cinq ans et celle des femmes, de trois ans, dans le Nord-Pas-de-Calais par rapport à l'Ile-de-France ;
- la mortalité évitable était beaucoup plus élevée dans le Nord-Pas-de-Calais, en Basse-Normandie, Bretagne et Poitou-Charentes que dans les autres régions métropolitaines ;
- les écarts géographiques sont également importants entre les départements d'outremer et la métropole avec, par exemple, une mortalité infantile (cumulée sur la période 2000-2008) variant, dans les départements d'outre mer, de 6,8‰ à la Réunion à 11,8‰ en Guyane, contre 3,8‰ en France métropolitaine. La réduction de l'écart entre les taux de mortalité infantile ultramarin et métropolitain est ainsi un objectif retenu par le Comité interministériel sur l'Outre-mer.

La notion de territoire ne se réduit pas aux circonscriptions régionales. Les inégalités de santé au sein d'une région peuvent aussi s'avérer importantes, que l'on considère la répartition de l'offre de soin ou l'état de santé de la population.

Ainsi, en ce qui concerne les médecins généralistes, 90% des inégalités de répartition s'observent entre les bassins de vie d'une même région, contre seulement 10% entre les régions<sup>5</sup>.

Une observation similaire peut être formulée à propos de l'état de santé de la population. Si on prend l'exemple des taux standardisés de mortalité prématurée, on observe des disparités infrarégionales particulièrement marquées en Ile-de-France, dans le centre de la France ou encore dans les régions montagneuses.

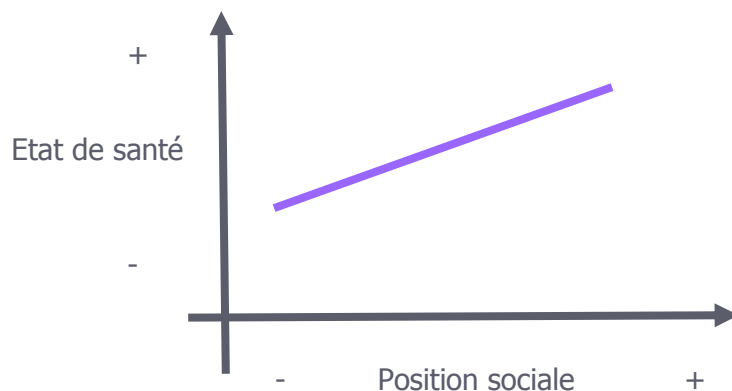
#### ... elles s'expliquent essentiellement par la composition sociale des territoires

La situation sanitaire française est en effet marquée par un paradoxe : l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées en Europe mais les inégalités sociales de santé (ISS) sont également parmi les plus importantes. Elles peuvent être définies comme des différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population, faisant parler de « gradient social de santé ». Elles vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies.

Schématiquement, pour la plupart des indicateurs de santé et d'indicateurs de position sociale (revenu, niveau d'éducation, CSP...), on observe une relation de ce type :

---

<sup>5</sup> Rapport de la Commission des comptes de la santé portant sur les comptes de l'année 2009. Septembre 2010.



- Sur la période 1990-1999, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres supérieures était de 51 ans, dépassant de deux ans celle des ouvrières, alors que les hommes cadres supérieurs avaient une espérance de vie de 47 ans, soit sept ans de plus que les ouvriers ; un homme sans diplôme avait une mortalité multipliée par 2,5 par rapport à un homme ayant un niveau d'études supérieures ; chez les femmes, le facteur multiplicatif était de 1,9.
- Des inégalités de qualité de vie s'ajoutent aux précédentes, du fait notamment de diverses incapacités (difficultés visuelles, auditives, de la marche ou des gestes de la vie quotidienne). A 35 ans, un cadre supérieur peut espérer vivre 34 ans sans incapacité, contre 24 pour un ouvrier, soit respectivement 73% et 60% de la suite de leur vie. Au même âge, une ouvrière risque de vivre en moyenne les 22 dernières années de sa vie avec une incapacité, contre 16 ans pour une femme cadre supérieure. A 60 ans, les problèmes fonctionnels courants occupent 45% de l'espérance de vie des cadres et 62% de celle des ouvriers, les plus sévères 9% et 16% respectivement.
- Globalement, depuis 1968, la mortalité a diminué, mais les inégalités liées au niveau d'études ont augmenté, pour les hommes comme pour les femmes.
- Certaines inégalités sociales de mortalité sont aussi plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe<sup>6</sup>. Sur la période allant des années 1990 au début des années 2000, la France présente ainsi des inégalités sociales pour la mortalité liée à la consommation d'alcool deux fois supérieures, chez les femmes, à celles observées dans la majorité des pays de l'Ouest de l'Europe<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Le rapport Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité du HCSP (décembre 2009) explique que ceci a été documenté de façon précise sur la période 1980-1989, pour onze pays européens. Pour les hommes de 45 à 59 ans, le taux de mortalité des travailleurs manuels rapporté à celui des travailleurs non manuels, était de 1,7 en France, 1,5 en Finlande, 1,4 en Angleterre et Pays de Galles, 1,4 en Suède et inférieur à 1,4 dans les autres pays.

<sup>7</sup> *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A-J. R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., New England Journal of Medicine. Juin 2008.

Enfin, l'emploi est généralement associé à un meilleur état de santé déclaré que la situation d'inactivité. Selon le Panel communautaire des ménages en 1998, pour l'ensemble de l'Union européenne, les répondants sans emploi (chômeurs, personnes inaptes au travail ou retraités) déclaraient plus souvent un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais. Parmi les personnes se considérant en très bonne ou en bonne santé, le rapport de la population en situation d'emploi à la population n'occupant pas d'emploi était d'environ deux pour un<sup>8</sup>.

Ainsi les inégalités de santé trouvent leur origine dans des déterminants multiples qui s'accumulent depuis la petite enfance et tout au long de la vie, et qui touchent l'environnement physique et social, les conditions de vie et de travail, mais aussi l'accès et le recours à la prévention, aux soins et aux dispositifs d'accompagnement. Ces déterminants ont pour conséquences des inégalités dans la constitution et dans la capacité de préservation du capital santé et des inégalités face à la maladie.

## Objectif

Les réponses, en termes de politique publique se situent largement hors du cadre « sanitaire », même si l'administration et les professionnels de santé ont un rôle important de part leur action propre et par la sensibilisation et l'entraînement des autres autorités et institutions susceptibles d'améliorer les déterminants sociaux de la santé.

La lutte contre les inégalités de santé nécessite donc un double équilibre pour l'action publique :

- Ne pas se contenter d'actions à destination des plus démunis (même si elles restent nécessaires), mais apporter des réponses tout au long du gradient social selon le principe « d'universalisme proportionné » aux désavantages subis ;
- Mener des actions dans le champ de la santé (accès aux soins, à la prévention), mais également sur l'ensemble des déterminants de la santé.

## Mesures

- Diffuser les constats, convaincre les partenaires institutionnels et les collectivités que leur action, (si éloignée semble-t-elle de la santé), pourrait avoir des bénéfices sur les déterminants socio-environnementaux dans une perspective d'amélioration des conditions de vie.
- Recueillir les expériences innovantes et reproductibles qui donnent des résultats, les diffuser.
- Mieux connaître les inégalités par la production régulière de données sur les inégalités sociales de santé, notamment concernant les personnes âgées. Indicateurs : espérance de vie par catégorie socio-économique, espérance de vie sans incapacité par catégorie socio-économique, consommation de soins, renoncement aux soins (soins dentaires, lunettes, prothèses auditives), abandon volontaire de la cotisation à une mutuelle.
- Faire connaître les possibilités d'aide au financement de la couverture maladie complémentaire (ACS).

---

<sup>8</sup> Source : Statistiques de la santé - Chiffres clés sur la santé 2002 – Données 1970-2001. Commission européenne, 2002. Eurostat, in rapport de la note 2, p. 68.

- S'agissant des inégalités territoriales d'accès aux soins : mise en œuvre du pacte territoire-santé annoncée par la ministre des Affaires sociales et de la santé, le 13 décembre dernier.
- Promouvoir, notamment pour les personnes avançant en âge, une logique de parcours de vie et de santé, minimisant les risques de ruptures pour l'ensemble de cette population et particulièrement préjudiciables aux plus fragiles.
- Mettre en place des plans d'actions au plus près du cadre de vie des individus, en partenariat avec les collectivités territoriales, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS).
- Prendre en compte les personnes avançant en âge dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.

A signaler, l'enquête sur les inégalités sociales en santé conduite par la société française de santé publique (SFSP) : résultats en attente (2013).

## **II - ACTIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES**

## Fiche action 6 : la promotion de la santé

### Contexte

Deux concepts :

- « Le vieillissement actif » (OMS - 2002) est défini comme « le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie ;
- « Le vieillissement en santé » (programme européen « Healthy Aging ») vise à établir des recommandations en matière de promotion de la santé et de prévention en direction des personnes âgées. Il est défini comme « le processus d'optimisation de la santé physique, mentale et sociale afin de permettre aux personnes âgées d'être actives socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie ».

Si à un âge avancé, les différents organes assurent au corps des fonctions satisfaisantes, la survenue de facteurs déstabilisants (maladie, choc psychologique, agression, modification de l'environnement) peut induire une situation de rupture. Plus l'avancée en âge est importante, plus l'équilibre de base est précaire et une agression de plus en plus minime peut suffire à bouleverser ce fonctionnement physiologique et psychologique, d'autant plus si la personne est en situation de fragilité.

La promotion de facteurs favorisant le maintien ou la récupération de l'autonomie sont efficaces à tout âge et la prévention des facteurs de risque de certaines pathologies invalidantes permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes. Parce que la survenue des incapacités est un processus multifactoriel qui met en jeu des paramètres, tant médicaux que socio-économiques et comportementaux, il est important en particulier chez les seniors de proposer des actions de promotion de la santé et de prévention à des moments clés à risque de rupture (départ à la retraite) et à des populations fragiles ou vulnérables.

### Mesures

- Une volonté politique forte et une stratégie s'appuyant sur l'ensemble des acteurs impliqués : niveau national, régional, départemental, territorial de solidarité et de proximité ;
- Une approche pluridimensionnelle et écologique intégrant les dimensions médicales, médico-sociales, sociales, environnementales ;
- Une approche intégrée des politiques du bien vieillir et de prévention de la perte d'autonomie (PNBV/ rapport prévention dépendance/ Vivre chez soi), la cohérence nécessaire et l'intégration des outils fournis par les plans de santé publique (MA / Malentendants/douleur/maladies chroniques/santé mentale/santé au travail/programme national pour l'alimentation - PNA/PNNS..) ;

- L'utilisation d'une nomenclature commune pour cartographier, aux niveaux des différents territoires (local, régional, national, international), les différentes stratégies d'actions en promotion de la santé. Cinq types de stratégies se conjuguent dans les différents milieux d'intervention : des stratégies centrées sur le changement de comportement de l'individu, des stratégies centrées sur des changements de l'environnement interpersonnel (ex. les actions d'information des aidants proches et les cafés des aidants), des stratégies centrées sur les organisations (ex. les formations et les tables de concertation), des stratégies centrées sur les communautés (ex. les réseaux des villes Amies des aînés et des villes Bien Vieillir) et des stratégies centrées sur l'environnement politique (ex. les activités des lobbies et des comités interministériels). Le modèle de Richard et coll. utilisé dans le guide franco- québécois INPES « Interventions de prévention et promotion de la santé des aînés : modèle écologique », édition avril 2013, pourrait constituer la base de cette nomenclature.
- Création d'un groupe de travail pour mieux intégrer les stratégies psycho sociales et comportementales dans les démarches de prévention.



## Fiche action 7 : la santé des seniors en emploi

### Contexte

Si la France était caractérisée par un taux d'emploi des 55-64 ans particulièrement faible ces dernières années, il faut reconnaître que la tendance actuelle rejoint la moyenne européenne.

Le travail des seniors est une réalité. Il est à prendre en compte avec l'organisation du tutorat des jeunes. Enfin, certains seniors cumulent emploi et retraite.

A noter, la particularité des travailleurs indépendants : le maintien dans l'activité résulte de la difficulté, dans bien des cas, à céder son activité. La vie professionnelle est donc poursuivie, sans qu'il s'agisse d'un choix véritable, la retraite étant prise de plus en plus tard.

L'entreprise est un véritable territoire de santé. L'enquête européenne SHARE souligne la survenue de risques de fragilité pendant la dernière période de l'activité professionnelle : ils devraient être pris en compte.

### Objectifs

- Permettre aux seniors qui travaillent de concrétiser leur projet dans les meilleures conditions possible ;
- Repérer des signes annonciateurs d'un déséquilibre ultérieur.

### Mesures

- Investir dans la formation tout au long de la vie ;
- Promouvoir la santé et le bien-être au travail ;
- Favoriser la coopération et la complémentarité au travail des générations différentes ;
- Veiller à la continuité entre la médecine du travail et la médecine de ville et les dispositifs mis en place par les caisses de retraite ;
- Assurer la transmission de la synthèse du dossier de la médecine du travail à la personne lors de sa cessation d'activité ;
- Evaluer les plans d'action sénior en entreprise ;
- Labéliser les entreprises mettant en place des programmes de prévention et d'éducation en santé ;
- Diffuser les bonnes pratiques des travaux du comité d'orientation sur les conditions de travail (COCT) ;
- Impliquer la direction des risques professionnels de la CNAM et la direction « santé sécurité au travail » de la CCMSA ;
- Mobiliser l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) sur le vieillissement au travail et le centre de recherches et d'études sur l'âge des populations au travail (CREAPT) ;
- Recourir aux contrats de générations.

## Fiche action 8 : la préparation à la retraite

### Contexte

Si l'âge légal de la retraite en France est fixé à 62 ans, l'âge moyen de la sortie du travail est de 59,6 ans (il est de 61,3 ans pour l'Union Européenne). La retraite est une étape importante de la vie. Elle entraîne souvent un resserrement des activités, des relations sociales et un remaniement des priorités de vie. Il s'agit d'un moment clé de la vie pour lequel les personnes peuvent être sensibilisées sur les enjeux d'une avancée en âge réussie.

Selon une enquête de l'Insee, seuls 9 % de la population considéraient en 2003, le passage à la retraite comme une mauvaise phase et l'hypothèse d'un impact négatif sur la santé du passage à la retraite, voire d'une surmortalité dans les années suivant la retraite, a été réfutée.

### Objectif

Permettre au plus grand nombre de personnes d'accéder à l'information sur les conditions de la retraite et sur la santé au cours de l'avancée en âge.

### Mesures

- Envisager une cessation d'activité professionnelle progressive, en fuseau ;
- Compléter le dispositif actuel d'information sur le passage à la retraite par une sensibilisation sur une avancée en âge de qualité ;
- Concevoir une généralisation des sessions de préparation à la retraite, en s'appuyant sur les différents acteurs en distinguant deux temps distincts : avant la cessation d'activité et un an après ;
- Systématiser les logiques de repérage et d'accompagnement des personnes déjà fragilisées au moment du passage à la retraite (bénéficiaires des minima sociaux et logiques d'accès aux droits, invalidité, pensions de réversion, etc.) ;
- Envisager l'utilisation du droit individuel à la formation (DIF) pour atteindre cet objectif ;
- Diffuser, utiliser et évaluer le guide de l'INPES « les sessions de préparation à la retraite : un enjeu citoyen » ;
- Informer sur les enjeux du vieillissement à chaque étape de la vie, en profitant des différents canaux d'échange entre usagers et institutions de protection sociale ;
- Mobiliser l'ensemble des acteurs associatifs pour les inciter à investir le champ des jeunes retraités (bénévolat, utilisation des nouvelles technologies, etc.) et fédérer leurs initiatives pour proposer aux jeunes retraités de s'investir dans la vie sociale de proximité ;
- Disposer d'un tableau de bord national des bénéficiaires.

## Fiche action 9 : le passage à la retraite

### Contexte

Les situations de rupture sont souvent la source d'une accélération de la perte d'autonomie. Le passage à la retraite constitue l'un de ces moments de césure dans la vie des personnes qu'il convient d'accompagner en amont et en aval du passage à la retraite.

Parce qu'il s'agit d'un moment clé où les personnes peuvent être davantage réceptives à un discours de promotion du vieillissement actif, et parce qu'il s'agit d'une étape qui permet de déceler très en amont certaines situations de fragilité, liées notamment à une fin de carrière professionnelle difficile (préretraite, carrières hachées, bénéficiaires des minima sociaux, place des séniors au sein de l'entreprise, etc.), une politique de prévention efficace doit s'attacher à accompagner l'ensemble des retraités au nouveau rythme que leur impose leur situation d'inactivité.

### Objectifs

- Systématiser les démarches d'information autour du « bien vivre sa retraite » au moment du passage à la retraite ;
- Systématiser les logiques de repérage et d'accompagnement des personnes déjà fragilisées (minima sociaux, invalidité, les personnes passées à la retraite sans emploi, les proches aidants etc.) au moment du passage à la retraite ;
- Mettre la personne et son autonomie au cœur des échanges entre l'utilisateur et le service public dans l'année du passage à la retraite (passer d'une logique de liquidation des droits à une approche globale du retraité). Au préalable, il convient de procéder à une expérimentation basée sur des critères ciblés (personnes à risque, situation de précarité...).

### Mesures

- Définir les messages clés à divulguer sur les enjeux du maintien de l'autonomie aux jeunes retraités (adapter le discours à la réalité de la situation des jeunes retraités) et organiser leur divulgation par l'ensemble des acteurs ;
- S'appuyer sur les travaux d'ores et déjà réalisés par l'INPES autour du « bienvenue à la retraite » pour systématiser la mise en place d'offres d'information autour des enjeux du « bien vivre sa retraite » ;
- Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles des acteurs pour leur permettre d'informer et de repérer les personnes en situation de fragilité ;
- Concevoir un dispositif national homogène d'information et de formation qui pourrait être décliné par l'ensemble des acteurs (caisses de retraite et caisses de retraite complémentaire, caisses primaires d'assurance maladie, mutuelles, etc.) ;

- Envisager de manière coordonnée l'information sur les enjeux du vieillissement à chaque âge, en profitant des différentes portes d'entrée (informations sur les droits, présentation des offres de service, etc.) et des différents canaux d'information ;
- Trouver des mécanismes d'incitation pour s'assurer de la diffusion de messages sur le bien vieillir par l'ensemble des acteurs du service public et pour s'assurer qu'ils le fassent en coordination (logiques de labellisation par exemple) ;
- Standardiser les outils de repérage et d'accompagnement des jeunes retraités fragilisés et/ou déjà en situation de perte d'autonomie ;
- Mobiliser l'ensemble des acteurs associatifs pour les inciter à investir le champ des jeunes retraités (bénévolat, utilisation des nouvelles technologies, etc.) et fédérer leurs initiatives pour proposer aux jeunes retraités de s'investir dans la vie sociale de proximité.

## Fiche action 10 : la lutte contre la maltraitance – la promotion de la bientraitance

### Contexte

Sujet tabou et phénomène sous-estimé, la maltraitance des personnes âgées vulnérables est une réalité complexe et multiforme, familiale ou institutionnelle, encore très insuffisamment révélée et souvent difficile à appréhender, tant par son ampleur que par la nature des violences qui la caractérisent. Elle renvoie à une diversité de situations allant de la négligence aux mauvais traitements ou encore aux abus de faiblesse ou de protection et recouvre des formes multiples (physiques, psychologiques, matérielles et financières, médicales ou médicamenteuses, violation des droits et libertés ...).

Les personnes âgées vivent en grande majorité à domicile et la part des signalements de maltraitance à domicile relevée (75% du total des signalements) confirme la réalité de cette problématique dans la sphère privée, qui reste pour autant méconnue.

La politique et les actions menées depuis plus de dix ans ont été principalement déployées dans le champ des établissements, notamment ceux hébergeant les personnes âgées. Si ces actions de signalement, de repérage et de prévention de la maltraitance dans les établissements ont permis de mieux révéler ces situations, de mieux les connaître et de mieux les combattre, le phénomène reste mal appréhendé au domicile.

Aussi, convient-il aujourd'hui de donner une nouvelle ampleur à cette politique, notamment en investissant davantage le domicile, et d'améliorer le dépistage des risques auxquels sont exposées les personnes fragilisées du fait d'une altération de leur autonomie. La maltraitance à domicile peut être liée aux familles ou aux proches : maltraitance psychologique, matérielle, financière, etc. avec toutes les difficultés d'identification par des tiers et de signalement. La maltraitance du fait de professionnels est fréquemment « renvoyée » à l'insuffisance des moyens alloués par les plans d'aide et de soins ou par le morcellement de ces aides par les financeurs de ces actions. Si cela a évidemment des conséquences, elle ne peut en aucun cas se limiter à cette justification.

Le décret n° 2013-16 du 7 janvier 2013 portant création du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées, publié au *Journal officiel* du 9 janvier 2013, étend ses missions, au-delà de la lutte contre la maltraitance, à la définition et à la promotion de la bientraitance ainsi qu'au respect des droits, des libertés et de la dignité des personnes âgées et des personnes handicapées de tous âges.

### Objectifs

Cette politique vise à protéger les personnes vulnérables et à prévenir les risques de maltraitance. Aussi, doit-elle continuer à se développer selon deux axes complémentaires, visant :

- D'une part à renforcer la lutte contre la maltraitance :
  - en améliorant la détection, le signalement et le traitement des faits de maltraitance ainsi que la connaissance du phénomène.
  - en renforçant l'accompagnement ainsi que le contrôle des établissements sanitaires et des services sociaux et médico-sociaux.

- D'autre part à développer une dynamique de bienveillance dans le secteur social et médico-social :
- en prenant mieux en compte la parole, les désirs et la citoyenneté des personnes vulnérables en développant leur écoute et leurs représentations dans les instances qui les concernent ;
- en développant la définition, la valorisation et l'appropriation de bonnes pratiques ;
- en renforçant le rôle des professionnels de santé libéraux dans la prévention et le signalement des maltraitances à domicile.

## Mesures

### **Améliorer le repérage et la connaissance des faits ou situations de maltraitance :**

#### Développer la connaissance du phénomène

- Lancer une grande enquête nationale pour identifier les situations de maltraitance ou de risque de maltraitance envers les personnes âgées (isolement, conflits intra familiaux...), notamment à domicile. Ce type d'enquête d'opinion à grande échelle, encore jamais réalisé, permettrait à la fois de disposer d'informations nouvelles sur l'ampleur du phénomène et de donner du retentissement et de la visibilité à l'inscription de cette problématique dans les priorités nationales.
- Améliorer le renseignement des systèmes d'information existants en développant des actions de sensibilisation et de formation auprès des utilisateurs. Cela concerne d'une part le système d'information du dispositif national d'écoute (3977), accessible à tous, et qui alimente principalement les connaissances sur les situations de maltraitance envers les personnes âgées et les personnes adultes handicapées vivant à domicile et, d'autre part, les systèmes renseignés par les ARS et les services territoriaux de l'Etat chargés de la cohésion sociale concernant les situations de maltraitance signalées dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Prévoir la création d'un système d'information partagé, commun aux différentes autorités compétentes ainsi que la coordination de ces autorités dans les procédures de suivi des signalements de maltraitance (Préfet, ARS, Conseil général), au niveau départemental, régional et national.

#### Renforcer les dispositifs et actions à destination des publics

- Améliorer l'efficacité du dispositif national d'accueil téléphonique (3977) et de son réseau de suivi de proximité (antennes locales) en œuvrant pour une gouvernance unique du dispositif (perspective de rapprochement HABEO/Alma France en 2013/2014).
- Engager une véritable campagne de communication nationale pour sensibiliser le public et les professionnels : spots radio ou télé, publications presse, développement de l'information sur le site internet du ministère, journée nationale « maltraitance » organisée avec les acteurs de terrain, etc. La politique en la matière reste trop « discrète » et son impact trop modeste.

## **Renforcer l'accompagnement des établissements, la qualité des services ainsi que le contrôle et l'évaluation :**

- Poursuivre et renforcer les inspections réalisées en vue du repérage et de la prévention des risques de maltraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, avec la définition d'un troisième plan quinquennal d'inspections (2013/2017). Les bilans des plans précédents ont permis de mettre en évidence la fréquence et la nature des facteurs de risque repérés et les mesures correctives à apporter. Les contrôles opérés par les autorités administratives constituent un puissant levier d'action et cette présence continue dans la durée sensibilise les établissements à l'amélioration de leurs organisations, fonctionnement et pratiques.
- Recenser, valoriser et partager les bonnes pratiques et les initiatives efficaces et innovantes mises en œuvre par les ARS et les DRJSCS; diffuser des outils réalisés localement ainsi qu'au plan national (DGCS, IGAS, ANESM, HAS...); organiser des journées techniques nationales, régionales ou interrégionales à destination des ARS et des directions départementales de la cohésion sociale - DDCS/direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale - DRJSCS.
- Renforcer l'accompagnement des établissements et services dans la prévention des risques de maltraitance et la promotion de la bientraitance, en s'appuyant sur les outils existants, notamment les recommandations de l'ANESM (enquêtes et questionnaires d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance dans les EHPAD, les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM), ainsi que les services d'aide à domicile...). S'assurer de la diffusion de ces recommandations et de leur appropriation par les établissements.

## **Diffuser toutes les recommandations de l'ANESM, et en particulier celle sur « la bientraitance : définition et repères » et de l'HAS « le déploiement de la bientraitance ».**

### **Evaluer le programme MOBIQUAL**

MOBIQUAL<sup>9</sup> contribue à la promotion de la bientraitance : ce programme s'inscrit dans plusieurs orientations stratégiques nationales partagées entre la CNSA, l'ANESM, la DGCS, la DGS, la DSS et l'Assurance Maladie, notamment en ce qui concerne le soutien de l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD.

La convention triennale du 13 juillet 2010 entre la CNSA et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie sur le financement de ce programme arrive à sa fin. Dans ces circonstances, les parties prenantes du projet souhaitent avoir une vision critique et globale des processus et des résultats de ce programme : mode d'élaboration et de diffusion de la démarche et des kits, utilisation réelle par les établissements, services et organismes de formation continue et initiale, mesure de l'impact sur les pratiques, positionnement stratégique et synergie avec les actions et programmes nationaux et régionaux, financement.

La SFGG a mandaté la société ALCIMED pour réaliser cette évaluation prévue au début de 2013.

---

<sup>9</sup> Bientraitance, qualité de vie, MobiQual - G. RUAULT - Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement – Volume 10 – 2012 – numéro 4

## Fiche action 11 : une alimentation favorable à la santé

### Contexte

L'enjeu majeur est le maintien d'un bon état nutritionnel par l'atteinte des différents repères de consommation correspondant aux objectifs du PNNS en donnant les moyens aux personnes âgées d'adapter leur alimentation pour faire face aux changements physiologiques, psychologiques et socio-environnementaux liés au vieillissement.

Les facteurs nutritionnels ont un rôle déterminant pour limiter la survenue de pathologies, plus encore à partir de 55-60 ans. Il s'agit de sensibiliser à l'importance d'une nutrition de qualité, mais aussi de maintenir le plaisir de manger. S'alimenter est un acte essentiel à la vie, à la santé, à la qualité de vie et au bien-être.

Deux problématiques de prévention se détachent concernant l'avancée en âge :

- Le surpoids et l'obésité sont fréquents. De nombreuses maladies chroniques y sont associées (arthrose, maladies cardio-neuro-vasculaires et métaboliques, cancers, diabète...). La prévalence de l'obésité passe par un maximum à 55-64 ans (19,5% versus 15% en moyenne chez les adultes) puis diminue avec l'âge (18,7% chez les plus de 65 ans), elle est de 21,8% chez les 65-69 ans. L'augmentation de l'obésité est corrélée, comme chez l'adulte plus jeune, aux inégalités sociales de santé. Pour y répondre, les principes généraux des politiques de prévention (PNNS, PNA) et de prise en charge (plan obésité) s'appliquent (manger / bouger).
- La dénutrition est à très haut risque de dégradation de la qualité de vie de la personne. Elle atteint 4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile, 15 à 38% des personnes vivant en institution et 30 à 70% des personnes âgées hospitalisées. Au moment de leur admission à l'hôpital, 40% des personnes sont dénutries.

### Objectifs

Promouvoir l'accessibilité à une alimentation appétissante et satisfaisante pour la santé ; réduire la prévalence de la dénutrition par le repérage précoce d'une perte de poids involontaire au cours de l'avancée en âge.

### Mesures

- Utiliser les supports de communication de l'INPES :
  - o Brochures grand public : Guide PNNS nutrition à partir de 55 ans et Memo nutrition (mise à jour prévue en 2014)
  - o Publi-rédactionnels diffusés en décembre 2012 et janvier 2013 (INPES –Ministère de la Santé) dans « Pleine vie », « Notre temps » et dans le magazine Version Femina sur les thèmes alimentation et activité physique



- Améliorer les pratiques professionnelles par la diffusion et la mise en œuvre des recommandations du PNNS (volet nutrition santé), du PNA (volet offre alimentaire) et de la HAS ;
- Diffuser les guides nutrition INPES pour les professionnels et les proches aidants des personnes âgées ;
- Améliorer la connaissance des inégalités de santé : exploitation de l'expertise collective INSERM « Inégalités sociales en matière de nutrition et d'activité physique » (colloque et publication prévus en fin de premier semestre 2013) ;
- Encourager les études visant à mieux connaître la situation nutritionnelle des personnes vivant à leur domicile ;
- Mettre en œuvre l'étude ANAIS (*Alimentation, état nutritionnel et santé mentale des personnes âgées en institution, INVS*) ;
- Mettre en œuvre des mesures de réduction de la prévalence de la dénutrition prévues dans le PNNS et le PNA (cf. : en annexe) ;
- Poursuivre les actions de sensibilisation et de formation des EHPAD à la prévention de la dénutrition, notamment en poursuivant le déploiement du programme MobiQual ;
- Promouvoir la santé buccodentaire (cf. fiche spécifique n°13).

## *Annexe fiche action 11*

### **Mesures extraites du PNNS 2011-2015**

#### **(PNNS Axe 1) Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle :**

Les inégalités sociales de santé en matière de nutrition trouvent principalement leur origine dans les inégalités de revenus. Cependant, celles-ci ne recouvrent pas l'ensemble des facteurs d'inégalité : la situation familiale, le niveau d'éducation, l'origine culturelle, la situation de migration, l'environnement immédiat, l'isolement de certaines personnes âgées, constituent autant de facteurs et de contraintes à considérer pour identifier les divers groupes de populations dans le gradient des inégalités sociales et leur proposer des actions adaptées.

#### **(PNNS : axe 3) Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition ; diminuer la prévalence de la dénutrition**

##### **Objectif**

- Réduire, en population générale, en 5 ans, le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :
  - o de 15 % au moins pour les plus de 60 ans
  - o de 30 % au moins pour les plus de 80 ans
- Réduire de 20 % au moins, en 5 ans, le pourcentage de malades hospitalisés dénutris.

##### **Mesures et actions**

La sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé et des proches aidants à la question de la dénutrition (personnes âgées, personnes souffrant de pathologies, populations précaires...) est un objectif prioritaire. Ceci s'accompagne de la mise à disposition d'outils pertinents validés, et de la formalisation de mesures pour permettre une alimentation suffisante en quantité et qualité. Les conditions d'une prise en charge efficace de la dénutrition passent par des mesures générales pour faciliter sa prise en compte dans le système de santé ; les particularités des divers types de patients dénutris nécessitent des interventions spécifiques.

##### **Améliorer la nutrition des personnes âgées par :**

- Le développement des actions de communication, d'information et de sensibilisation à destination des familles et des proches aidants, des actions de communication à destination des professionnels ;
- La sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition des résidents en EPHAD ;
- La promotion de la santé bucco-dentaire des personnes âgées ;
- L'élaboration de recommandations nutritionnelles pour le portage à domicile en lien avec le PNA.

### ***Sensibiliser les professionnels de santé par :***

- L'actualisation de l'outil de formation dénutrition en ligne et la promotion de formations sur la dénutrition ;
- La conception d'outils pratiques pour le repérage et la prise en charge de la dénutrition et l'analyse des modalités de leur mise à disposition.

### ***Améliorer la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées par :***

- Le développement des formations : proches aidants, aidants et professionnels en contact des personnes âgées à domicile, personnels des SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile) ;
- L'étude de l'opportunité du développement de la prise en charge à domicile afin de limiter les recours au secteur hospitalier

### ***Dépister la dénutrition chez les patients souffrant de pathologies chroniques et aiguës par :***

- Le développement d'un guide pratique pour améliorer le renseignement et la traçabilité de l'évaluation nutritionnelle ;
- La mise en place d'une surveillance de l'état nutritionnel et un suivi diététique destiné à conduire le patient le plaisir de manger.

### **(PNNS Axe transversal) Maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer les outils nouveaux indispensables**

La reconduction de diverses études nationales initiées à la fin des années 90 et durant les années 2000, permettra de disposer de données fiables d'évolution de la situation, avec notamment, la mise en œuvre d'études nationales en population particulière : étude ANAIS (*Alimentation, état nutritionnel et santé mentale des personnes âgées en institution*).

### **Mesures extraites du programme national pour l'alimentation (PNA) lancé en 2011**

#### **Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité**

- **Mieux manger en établissements de santé et médico-sociaux en améliorant le confort des patients :**
  - en améliorant le bien-être des personnes âgées fragilisées en y associant les familles grâce à une offre alimentaire labellisée, adaptée à leurs besoins, alliant nutrition et plaisir;
  - en mobilisant les établissements de santé et médico-sociaux pour apporter des améliorations pratiques aux menus et aux conditions de prise des repas ;
  - en évaluant le programme « corbeilles de fruits et légumes frais à l'hôpital ».

- **Améliorer l'alimentation des séniors**

- Adapter l'alimentation des aînés à de nouveaux besoins en améliorant le respect des règles nutritionnelles dans les maisons de retraite ;
- Aider les personnes âgées à conserver leur autonomie le plus longtemps possible en améliorant les prestations de portage des repas à domicile, en leur permettant de bénéficier de paniers fermiers et en développant l'information sur l'alimentation des plus de 55 ans.

## Fiche action 12 : la promotion et le développement de la pratique d'activités physiques et sportives

### Contexte<sup>10 11</sup>

La pratique régulière d'une activité physique ou sportive modérée contribue à un vieillissement sain et à améliorer le statut fonctionnel des personnes âgées fragiles<sup>12</sup> ou en cours de fragilisation. Elle concourt à la prévention des maladies chroniques non transmissibles, au bien-être subjectif et à la qualité de vie globale aussi bien des populations pathologiques que non pathologiques. Cette pratique doit être considérée comme une modalité thérapeutique à part entière et validée dans la prise en charge de nombreuses pathologies.

Pour maintenir leur capital santé, les sujets avançant en âge doivent pratiquer une activité physique tout au long de leur vie. Cependant, même les personnes âgées sédentaires peuvent retirer de nombreux bénéfices d'une pratique récente.

La pratique d'activités physique et sportive des personnes avançant en âge, est marquée par une rupture à partir d'un certain âge, où la pratique diminue de manière conséquente, d'abord pour les femmes à 60 ans et pour les hommes à 65 ans. Les motivations à pratiquer évoluent toutes à la baisse et les raisons exprimées sont principalement les problèmes de santé et le fait de s'estimer trop âgé pour avoir une activité physique ou sportive.

### Recommandations<sup>1 13</sup>

Les recommandations internationales actuelles visant à améliorer l'endurance cardio-respiratoire, la force musculaire et l'état osseux, et réduire le risque de maladies chroniques non transmissibles, de dépression et de la détérioration de la fonction cognitive, se divisent en deux catégories, l'une correspond à des recommandations générales qui concernent la population adulte quelque soit son âge, l'autre répond à des recommandations spécifiques pour les sujets âgés de plus de 65 ans.

- Tous les adultes en bonne santé, sauf en cas de contre indication due à une affection médicale particulière, devraient pratiquer chaque semaine (au moins sur 3 jours et idéalement sur cinq jours ou plus) au moins, 150 minutes d'activité d'endurance (aérobie) d'intensité modérée<sup>14</sup> ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue<sup>15</sup>, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue (soit 750 METs.min/semaine).

Exemple : 30 minutes d'activité aérobie d'intensité modérée (comme la marche rapide entraînant un essoufflement qui n'empêche pas le sujet de poursuivre une conversation normale), au moins 5 jours par semaine.

Pour atteindre le niveau recommandé, il est possible de comptabiliser les activités d'endurance d'intensité modérée ou élevée pratiquées par périodes d'au moins 10 minutes d'affilée.

<sup>10</sup> <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000534/0000.pdf>

<sup>11</sup> <http://www.sports.gouv.fr/francais/sport-sante-et-prevention/promotion-des-activites-physiques/protection-de-la-sante-des-politiques-du-ministere-charge-des-au-niveau-europeen>

<sup>12</sup> Ces personnes ont des besoins de santé accrus. Il s'agit notamment des personnes qui présentent une perte plus ou moins importante des capacités d'interaction avec l'environnement, en particulier en termes de capacités musculaires et cognitives. <http://www.hesp.fr/docs/pdf/adsp/adsp-67/ad673234.pdf>

<sup>13</sup> [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599978\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599978_fre.pdf)

<sup>14</sup> Entre 3 et 6 METs ou un score de perception de l'effort de 12-13 sur l'échelle de Borg. Le MET = "Metabolic Equivalent Task" ou "Equivalent métabolique" = unité de consommation d'oxygène correspondant à l'énergie dépensée au repos (consommation d'une personne assis au repos = 3.5 ml O<sub>2</sub>/kg/mn ; ex : 1 MET repos et 4 METs marche à plat à 6,437 km/h).

L'échelle de Borg traduit l'effort tel qu'il est ressenti par la personne et fait appel à un score de 6 à 20 points (6-7 très très léger ; 8-9 très léger ; 10-11 léger ; 12-13 modérément pénible ; 14-15 pénible ; 16-17 très pénible ; 18-19-20 extrêmement pénible)

<sup>15</sup> Plus de 6 METs ou un score de perception de l'effort de 14-16 sur l'échelle de Borg.

Pour pouvoir en tirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, la personne devrait augmenter la durée de son activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

Des exercices de renforcement musculaire (travail contre résistance) faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours non consécutifs, par semaine.

Des exercices de souplesse (cou, épaule, taille, hanche...) devraient être pratiqués tous les jours de la semaine pour maintenir l'amplitude articulaire et la souplesse nécessaire aux activités de la vie quotidienne.

- Les personnes âgées de 65 ans et plus devraient, en plus des recommandations précédentes, pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.

Lorsque ces personnes ne peuvent pas pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.

- Ces recommandations s'appliquent également aux adultes atteints d'une affection chronique non transmissible qui n'est pas liée à la mobilité, comme le diabète et aux adultes présentant une incapacité. Toutefois, elles devront être adaptées à chaque individu en fonction de son aptitude à l'exercice et des risques ou restrictions spécifiques liés à sa santé ; et faire l'objet d'un avis médical avant de chercher à atteindre les niveaux d'activité physique recommandés.

- La progressivité de la pratique et l'individualisation de l'intensité de l'activité aérobie sont essentielles et elles sont incluses dans ces recommandations.

- L'activité physique peut s'effectuer dans différents contextes. Elle peut se faire de manière individuelle ou de façon collective (encadrée ou non par un éducateur sportif) et pour les personnes dépendantes au sein des établissements ou à leur domicile.

Les stratégies de promotion de l'activité physique doivent s'inscrire dans une démarche multisectorielle, multidisciplinaire et culturellement adaptée, ciblant à la fois les trois niveaux du « modèle socio-écologique » du comportement : l'individu, son environnement social, et son environnement organisationnel et structurel.

## Mesures

Ces mesures s'adressent aux personnes de plus de 50 ans.

Elles ont pour objectif d'amener les personnes avançant en âge à atteindre au moins les niveaux de pratique d'activité physique recommandés pour la santé tout en veillant à réduire les inégalités sociales de santé.

Elles visent à les soutenir dans cette démarche et à leur créer un environnement propice à la pratique d'activités physiques et sportives.

Certaines de ces mesures sont déjà inscrites dans l'axe 2 du PNNS 2011-2015 et financées et mises en œuvre dans ce cadre.

- Rendre accessible l'information concernant les bienfaits de l'activité physique sur la santé et les recommandations en la matière ;
- Promouvoir les activités physiques qui s'inscrivent au quotidien dans les espaces et temps de déplacement et les activités de la vie de tous les jours ;
- Promouvoir la pratique d'une activité physique ou sportive sur le lieu de travail ;
- Promouvoir, impulser et valoriser les offres d'activités physiques et sportives encadrées tenant compte de l'hétérogénéité du public de plus de 50 ans et visant à inciter ces personnes à pratiquer une APS régulière ;
- Promouvoir et développer les activités physiques et sportives pour les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- Développer et généraliser l'offre d'activités physiques et sportives dans les foyers ou résidences pour personnes âgées et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes âgées dépendantes (EHPA ou EHPAD) ;
- Optimiser les programmes visant à prévenir les chutes et mettre en place une stratégie nationale bien identifiée ;
- Développer les programmes de recherche sur l'activité physique et la personne avançant en âge.

## Fiche action 13 : la prévention et santé bucco-dentaire

### Contexte

Le PNNS renvoie, à juste titre, à la prévention bucco dentaire. La santé bucco-dentaire des personnes âgées revêt des aspects médicaux psychologiques et sociaux. Elle est insuffisamment prise en compte en particulier en établissement d'hébergement. Ainsi, 80 % des résidents en EHPAD n'ont pas bénéficié d'une consultation dentaire depuis 5 ans. Une action ciblée sur ce sujet doit permettre de prévenir certaines pathologies dont, notamment, la dénutrition mais aussi, de restaurer l'estime de soi.

Plusieurs initiatives ont été prises afin de promouvoir la santé bucco-dentaire :

- L'Union Française pour la Santé Bucco Dentaire (UFSBD) qui, depuis 1990, développe différentes actions : le bucco bus (CRAMIF..), les malles (Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité), la réalisation de brochures. Elle est à l'origine de partenariats de formation et d'action avec KORIAN, le SYNERPA, la FNADEPA, l'AGIRC-ARRCO développés sur l'ensemble du territoire. L'UFSBD a publié en 2010 une charte de recommandations sur la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes.
- L'expérience conduite par l'ARS des Pays de Loire en partenariat avec l'UFSBD.
- L'action régionale NABUCCOD, prévention de la dénutrition en EHPAD (région Aquitaine) conduite par le CHU de Bordeaux.
- L'Assurance Maladie a mandaté l'UFSBD pour expérimenter une action dans les départements de la Marne, de l'Isère, du Morbihan associant la formation des professionnels au dépistage. L'évaluation a été faite par la CNAMTS.
- La MSA a mis en place dès 2006, une action de prévention nationale à destination de tous ses ressortissants âgés de 65 ans, avec un examen de prévention gratuit associant : une évaluation de l'état bucco-dentaire, un recensement des besoins en soins, et une identification des facteurs de risques individuels, afin de prévenir la dégradation de la cavité buccale, de ralentir son processus de vieillissement, et préserver ainsi ses deux fonctions vitales à savoir, celles de la nutrition et de la relation. Cette action, qui est toujours en place, a fait l'objet en 2010 d'une évaluation épidémiologique qui dresse un état des lieux de l'état bucco-dentaire de plus de 7 000 seniors affiliés au régime agricole.
- L'action « *La vie à pleines dents, longtemps* » est en cours de déploiement par le réseau des établissements et services mutualistes pour personnes âgées Générations Mutualistes : il s'agit d'un programme de formation-action sur la prévention bucco-dentaire se situant davantage dans le prendre soin, en amont d'une intervention d'un chirurgien dentiste.

### Objectif

Mettre en place, au niveau national, une organisation accessible par le plus grand nombre permettant d'améliorer l'état bucco dentaire des personnes âgées, en particulier en EHPAD, mais aussi, à domicile.



## Mesures

La stratégie intègre la formation des professionnels, le dépistage et l'accès aux soins. Les mesures proposées :

- Faciliter la réalisation d'un bilan bucco-dentaire avant une admission en EHPAD ;
- Faire de la santé bucco dentaire une thématique obligatoire dans les conventions tripartites, à la demande des ARS. Il s'agit alors d'un droit commun ;
- Inclure l'hygiène bucco dentaire dans le projet d'établissement des EHPAD ;
- Inclure dans le plan de formation des EHPAD la thématique bucco-dentaire (OPCA) permettant le maintien de l'hygiène bucco dentaire au quotidien ;
- Proposer un bilan dentaire lors de la cessation d'activité professionnelle, comme il existe un bilan bucco-dentaire systématique chez les enfants à 6, 9, 12, 15 et 18 ans, mais aussi chez la femme enceinte au 4<sup>ème</sup> mois ;
- Sensibiliser les proches aidants à domicile. Mais quelle disponibilité si la personne aidée n'est pas prise en charge pendant le temps de la formation ?

## Fiche action 14 : l'isolement

### Contexte

L'isolement social des personnes âgées est un facteur indéniable de la perte progressive d'autonomie. Les données associatives et statistiques convergent depuis des années pour identifier la solitude comme un catalyseur de toutes les autres formes d'exclusion et comme une dimension majeure de la pauvreté des âgés.

La lutte contre l'isolement social des personnes âgées est donc un défi qu'il nous faut relever et qui nécessite de dépasser le seul investissement des professionnels et des familles. L'allongement de la vie doit être considéré par la société comme une chance et lutter contre l'isolement. Ce n'est pas seulement défendre les droits des âgés à être considérés comme acteurs de la cité, c'est également reconsidérer l'apport de chacun pour la collectivité et la réciprocité qui lui est inhérente. C'est aussi agir sur la prévention des petites pertes d'autonomie et réduire la période de grande perte d'autonomie qui n'est pas inéluctable.

### Objectifs

Lutter contre l'isolement et la solitude des personnes âgées en favorisant l'émergence et la pérennité d'un bénévolat d'initiative et d'implication citoyennes, dans la proximité, associatif, en vue d'un maillage territorial à la hauteur des enjeux :

- Faire de la lutte contre l'isolement des âgés un axe majeur de l'implication citoyenne ;
- Déployer le bénévolat ;
- Mettre en cohérence et en convergence les actions conduites sur le terrain, afin de permettre l'échange de bonnes pratiques et d'assurer un meilleur maillage territorial ;
- Créer un label national contribuant à la visibilité et à la promotion de ces actions.

### Mesures

- Mobiliser les acteurs du social sur la question de l'isolement.
- Encourager à la participation sociale des aînés.

Michèle DELAUNAY, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie a lancé en Décembre 2012 la Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées : « MONALISA » et a chargé, dans ce cadre, Jean-François SERRES d'animer un groupe de travail avec l'appui d'un rapporteur de la DGCS, Fabienne DUBUISSON qui devra, avant fin Juin 2013 :

- Définir le dispositif social de proximité en vue d'une couverture territoriale à la hauteur des enjeux ;
- Proposer les appuis et les supports nécessaires à ce dispositif ;
- Définir les modalités d'un « label » et du lien qu'il formalisera avec le ministère, sa gouvernance, son suivi et son évaluation ;

- Déterminer le modèle économique et les partenariats financiers du programme ainsi mis en place.

Afin d'articuler l'action du Comité avancée en âge et celle du groupe MONALISA, un membre de ce dernier sera désigné en juin 2013 en tant que représentant au sein de l'instance de coordination créée sur l'avancée en âge.

Il présentera le rapport du groupe MONALISA au comité et fera ensuite régulièrement part à cette instance de coordination de l'avancement de l'expérimentation MONALISA, de la mobilisation, de son évaluation et de ses éventuels obstacles rencontrés.

Il sera attentif à la cohésion de l'action bénévole engagée avec les objectifs du comité de prévention de la perte d'autonomie, tout en étant garant de l'indépendance du groupe MONALISA.

Les mesures concrètes préconisées seront présentées au ministre fin Juin 2013.

## Fiche action 15 : dépression et prévention du risque suicidaire chez la personne âgée

### Contexte

La dépression est l'un des problèmes de santé mentale les plus communs chez le sujet âgé et pourtant elle est négligée, méconnue ou mal traitée (40 à 60%). Elle concerne, à des degrés divers, 15 à 20% des plus de 65 ans, 40% en institution, dont 15% dans la première année suivant l'admission. La dépression est sous diagnostiquée et insuffisamment traitée, en raison de la difficulté à reconnaître la dépression comme pathologie curable. Non ou mal traités, les troubles dépressifs diminuent la durée de vie, augmentent le risque somatique, le recours aux soins et à l'hospitalisation. La dépression est une cause importante de perte d'autonomie et d'institutionnalisation.

Elle est associée à un risque important de passage à l'acte suicidaire, y compris en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le suicide est l'une des trois principales causes de décès de la personne âgée, avec le cancer et les maladies cardio-vasculaires. En 2009, on répertoriait 10 464 décès par suicide dont un tiers chez les plus de 60 ans alors qu'ils ne représentent que 22% des français. Chez les plus de 85 ans la prévalence du suicide est de 40/100 000 habitants, soit deux fois supérieure à celle des 25-44 ans. Les suicides ont lieu pour 70% d'entre eux à domicile. Le suicidant âgé est souvent très déterminé. Le passage à l'acte est généralement préparé avec soin. Les moyens utilisés sont volontiers radicaux (pendaison, noyade, défenestration, armes à feu, etc.).

La dépression constitue le principal facteur de risque de suicide chez la personne âgée. La conduite suicidaire peut aussi s'exprimer en l'absence de dépression avérée, certains facteurs de risque sont cependant communs : difficultés économiques, isolement familial et social, séparation récente (veuvage), changement de cadre de vie (entrée en institution), handicap, pathologies douloureuses...

Le risque suicidaire doit toujours être évalué et la plainte suicidaire prise en considération, qu'elle soit formulée directement par la personne âgée ou transmise par son entourage. Les idées suicidaires ne sont cependant pas toujours exprimées spontanément et doivent donc être systématiquement recherchées. Le désir de mort peut également se traduire, non pas en mots, mais dans l'humeur ou les comportements de la personne : refus de soins, de s'alimenter, repli sur soi...

### Objectifs

- Améliorer la prévention, l'identification et la prise en soins de la dépression et plus largement de la souffrance psychique chez la personne âgée, participant de la stratégie permettant de réduire la prévalence du suicide ;
- Renforcer la prévention du suicide chez la personne âgée.

### Mesures

Lutter contre les idées reçues et représentations culturelles de la dépression et de la vieillesse, tant auprès du public que des professionnels.

Sensibiliser les personnes âgées et leur entourage sur la dépression et les facteurs de risque suicidaire.

Favoriser le lien social des personnes âgées : lutter contre l'isolement et le sentiment de solitude.

Mettre en œuvre les expérimentations sur le parcours de santé de la personne âgée en perte d'autonomie ou en risque de perte d'autonomie avec la mobilisation des professionnels de proximité autour du médecin traitant : la dépression est l'un des quatre facteurs identifiés d'hospitalisation évitable des personnes âgées.

Mobiliser les acteurs du domicile afin de mieux repérer et identifier des situations de risque suicidaire par :

- Sensibilisation, information et formation des personnels et des professionnels de santé libéraux sur le repérage des signes de dépression et le risque suicidaire chez la personne âgée ;
- La mise à disposition d'un outil d'aide au repérage et à la prise en soins de la dépression chez la personne âgée : repérage, spécificités chez la personne âgée, démarche diagnostique, prise en soins, intégrant un focus sur la prévention du suicide (CNSA/SFGG/UNA) ;
- Des temps d'échange sur la vieillesse, la fin de vie, la mort, le suicide, la spiritualité, afin que les intervenants puissent dialoguer sans appréhension sur ces sujets, avec les personnes qui en expriment l'envie, le besoin ;
- Des temps de réflexion pluridisciplinaire en cas de situation difficile.

S'appuyer sur les professionnels, y compris libéraux, intervenant en EHPAD et établissements de santé pour mieux repérer, diagnostiquer, prendre en soins et prévenir la dépression et le risque suicidaire chez la personne âgée :

- Sensibilisation, information et formation des professionnels sur le repérage des signes de dépression et le risque suicidaire chez la personne âgée.
- La mise à disposition d'un outil d'aide au repérage et à la prise en soins de la dépression chez la personne âgée : repérage, spécificités chez la personne âgée, démarche diagnostique, prise en soins, intégrant un focus sur la prévention du suicide (CNSA/SFGG/FFP/SPLF/FFAMCO).
- Des temps d'échange sur la vieillesse, la fin de vie, la mort, le suicide, la spiritualité, afin que les intervenants puissent dialoguer sans appréhension sur ces sujets, avec les personnes qui en expriment l'envie, le besoin.
- Des temps de réflexion pluridisciplinaire en cas de situation difficile.

Renforcer les liens de coopération entre les services de soins et d'aide à domicile, les médecins traitants, les EHPAD et les structures, compétences spécialisées (gériatrie, psychiatrie, gérontopsychiatrie, équipes mobiles), afin d'optimiser le parcours de soin du patient et prévenir la dépendance induite par des soins inappropriés.

Inscrire cette thématique dans le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé relevant de cette obligation.

Renforcer la formation initiale des acteurs de santé sur cette thématique.

Promouvoir la recherche épidémiologique afin de mieux identifier la réalité de la dépression et du suicide chez la personne âgée, à domicile, en établissements.

Promouvoir la recherche transdisciplinaire afin de mieux identifier les facteurs contribuant à la difficulté du diagnostic de dépression et les spécificités chez la personne âgée.

Promouvoir la recherche thérapeutique et notamment les thérapies de soutien et psychothérapies.

## Fiche action 16 : la santé des proches aidants

### Contexte

L'accompagnement et le soutien des personnes âgées en perte d'autonomie par un proche aidant sont soulignés dans la littérature comme étant à risque de conséquences néfastes sur la santé. Le stress, les troubles cardio-vasculaires, la fatigue, les troubles du sommeil, la dépression, l'alcoolisme, la consommation de psychotropes en sont les principales caractéristiques.

C'est ainsi que le Plan Alzheimer et maladies apparentées met en exergue, dans la mesure 3, qu'il est essentiel de prendre en compte l'état de santé du proche aidant afin de pouvoir lui proposer le cas échéant une prise en charge médicale appropriée, un soutien psychologique ou social, une solution de répit ou des aides à domicile. Le médecin traitant réalise le suivi médical de la personne atteinte en lien étroit avec le proche aidant. Il est donc le plus à même de repérer la souffrance du proche aidant, de l'évaluer et d'en référer au médecin traitant de l'aidant si ce n'est pas lui. La formation des proches aidants vient compléter cette mesure.

### Objectif

Les mesures prises en faveur des proches aidants qui accompagnent les personnes présentant une maladie d'Alzheimer sont à étendre à l'ensemble des proches aidants impliqués dans l'accompagnement des personnes devenues dépendantes.

### Mesures

La définition de ces mesures s'inspire de l'expérience du Plan Alzheimer dans ce domaine :

- le repérage des proches aidants en situation de difficultés au cours de l'accompagnement d'une personne devenue dépendante ;
- la définition de ses besoins de santé, imposant une approche médico-psycho-sociale ;
- le rôle et la place du médecin traitant de l'aidant dans le suivi médical de cette personne ;
- la diffusion de la recommandation HAS « Suivi médical des aidants naturels » ;
- la prise en compte de cette problématique dans le DPC ;
- l'évaluation de la visite longue à domicile, créée dans le cadre du Plan Alzheimer (inscrite dans la convention signée entre les médecins et la CNAMTS) pourrait conduire à envisager son élargissement à d'autres situations.

## **Fiche Action 17 : la conduite automobile**

Sous l'égide de la sécurité routière et de la direction générale de la santé, un groupe de travail pluridisciplinaire a rédigé en 2012 des recommandations permettant d'"Accompagner et améliorer l'aptitude à la conduite dans certaines situations physiologiques et pathologiques ». Ces recommandations se déclinent en cinq points résumés ci-après :

### **Connaître les aptitudes nécessaires à la conduite**

L'acte de conduire nécessite des capacités de perception, d'analyse et d'exécution. Pour cela, les fonctions sensorielles, sensitives, cérébrales et enfin motrices sont mobilisées.

L'arrêté du 21 décembre 2005, modifié le 31 août 2010 précise dans quelle mesure un certain nombre d'affections médicales peuvent être « incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire à durée de validité limitée ».

Tous les automobilistes, à tout moment de leur vie peuvent être confrontés à un problème de santé, ponctuel ou durable, ayant une incidence sur l'aptitude à la conduite. Il paraît donc important que les professionnels de santé soient attentifs à ces enjeux.

### **Savoir adapter sa conduite à son état de santé**

Les automobilistes adaptent en général leur conduite à l'état de leur véhicule, aux conditions de circulation et aux conditions météorologiques. Font-ils de même quand il s'agit de leur état de santé ?

Souvent, afin de compenser d'éventuelles déficiences sensorielles, motrices ou cognitives, les conducteurs adoptent spontanément des stratégies portant sur la planification de leurs déplacements ou la modification de leur façon de conduire. Parfois, ils vont jusqu'à cesser de conduire, sans que leur situation ait, pour autant, fait l'objet d'une décision préfectorale.

### **Savoir prévenir, repérer, compenser les problèmes de santé tout au long de la vie**

Le rôle du médecin traitant est essentiel pour conseiller et informer les usagers de la route.

Il doit, si besoin, préconiser un arrêt (souvent temporaire) de la conduite, par exemple lorsqu'un traitement qui peut influencer sur la vigilance est instauré, dans l'attente qu'un problème de santé (comme la cataracte) soit corrigé ou que l'équilibrage d'un diabète soit effectif. Il peut aussi conseiller l'adaptation des habitudes de conduite.

Il favorise ainsi le maintien de l'autonomie.

### **Pour préserver l'autonomie, travailler à la mobilité de chacun**

- *La conduite automobile est un vecteur de mobilité et d'autonomie...L'usage de l'automobile est un élément déterminant de l'autonomie dans la vie quotidienne de bon nombre de gens. Pour*

certaines personnes, interdire la conduite pour des raisons de santé peut entraîner des difficultés ou restreindre leur participation à la vie en société (d'un point de vue professionnel, social, familial...).

- Pour d'autres, une surestimation du risque consécutif à leurs problèmes de santé, et surtout la méconnaissance des éventuelles compensations, adaptations ou réapprentissage possibles, va les amener à interrompre la conduite automobile prématurément, avec le risque de perte d'autonomie et de survenue ou d'aggravation d'une situation de handicap.
- Dans l'un et l'autre cas, c'est bien la mobilité, la capacité de sortir, d'avoir une vie sociale, de lutter contre la solitude et l'isolement qui sont en jeu.
- *mais la mobilité sur la voie publique ne concerne pas que la conduite automobile.* Dans un certain nombre de situations, il s'agit d'informer, d'accompagner la personne vers un autre mode de mobilité. Préparer l'arrêt de la conduite, c'est mettre en place des alternatives (par exemple, le transport à la demande en zone rurale). Les risques inhérents aux autres modes de déplacement, et en particulier ceux concernant les piétons, ne sont pas à négliger.

### **La route, un espace partagé entre générations**

Les conducteurs de 18-25 ans sont les plus exposés au risque routier. Le conducteur « âgé » n'existe pas : il n'y a pas de valeur seuil qui permette de différencier une population « âgée ».

Plus un usager sera âgé, plus le risque d'être blessé ou tué en cas d'accident sera élevé. Des études récentes montrent que les conducteurs de plus de 65 ans font perdre moins d'années de vie à ceux qui sont impliqués dans l'accident que les conducteurs plus jeunes. Ils sont donc moins dangereux pour les autres. Cela reste vrai dans toutes les situations, y compris les plus difficiles à gérer pour les personnes âgées (intersections, "tourne-à-gauche").

Le risque sur la voie publique ne se limite pas à l'usage de la voiture. Empêcher les personnes les plus âgées de conduire peut entraîner pour elles un risque plus important en tant que piétons. Plus de la moitié des personnes de plus de 65 ans accidentées sur la route ne circulaient pas en voiture, et un tiers se déplaçaient à pied.

**Il est possible de conjuguer sur la route sécurité, déplacement et autonomie pour tous.** Au-delà de la responsabilité de chacun, cela nécessite le respect du droit à la mobilité des autres, y compris ceux qui ont été fragilisés au regard de la santé.



# **III - PREVENTION GRADUEE ET ORGANISEE**

## Fiche Action 18 : la consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de 65 ans

### Contexte

La consultation de prévention est un droit acquis depuis les ordonnances de 1945 créant le système de protection sociale français. Dans ce contexte, les principaux régimes d'assurance maladie ont mis en place des examens périodiques de santé.

L'assurance maladie entretient un réseau de 113 centres « Centres d'Examens de Santé » (CES). Leur mission vise à compléter l'action curative par une action préventive, en ayant le potentiel de conduire des démarches structurées de prévention, ciblant aussi bien des affections particulières, que des populations à risque. Le CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation) prépare techniquement les démarches de prévention (veille scientifique, recherche opérationnelle, et évaluative), coordonne l'action des CES sur le plan technique et assure la formation des acteurs professionnels. Le CETAF a également mission de favoriser le partenariat des CES avec les autres acteurs du système de santé dans l'objectif d'une meilleure intégration des programmes de prévention en accord avec les orientations de la CNAM. Les CES reçoivent 100 000 personnes âgées de plus de 60 ans par an.

Le RSI et la MSA organisent des bilans de prévention qui sont réalisés par le médecin traitant du retraité. Ainsi, la MSA propose des bilans de prévention centrés sur les différents facteurs de risque de recul de l'autonomie (sommeil, alimentation, vie relationnelle, vie affective, ...) évalués à l'aide d'un auto-questionnaire et d'examens complémentaires. Ce bilan fait ensuite l'objet d'une consultation de prévention réalisée par un médecin généraliste (14 000 bilans en 2011).

L'AGIRC et l'ARRCO ont créé, il y a plus de 30 ans, les premiers centres de prévention en gérontologie. Aujourd'hui au nombre de 14 (17 en 2013), les centres de prévention « Bien vieillir AGIRC et ARRCO » accueillent chaque année plus de 12 500 personnes, âgées en moyenne de 67 ans. Ils répondent à un cahier des charges précis et produisent des données épidémiologiques.

D'autre part, les mutuelles et les caisses de retraite, mais aussi certains centres de santé se sont engagés dans cette démarche.

Ainsi, peut-on noter de nombreuses initiatives dont le niveau de concertation entre acteurs demeure variable. Cependant, il n'est pas possible aujourd'hui de se prononcer sur la qualité et l'efficacité des dispositifs mis en place en l'absence d'éléments d'évaluation. Par ailleurs, le contenu et la population cible de ces dispositifs diffèrent selon les régimes concernés.

## Objectifs

En s'appuyant sur les dispositifs existants, il conviendrait de déterminer :

- Les moyens de mieux repérer et intégrer dans ce dispositif les populations âgées les plus fragiles ;
- Le contenu qui devrait être celui de ces consultations, notamment en faisant référence à des recommandations de la haute autorité de santé ;
- Les conditions dans lesquelles ces consultations de prévention pourraient mieux s'articuler avec le rôle des médecins traitant.

## Mesures

Il pourrait être envisagé d'élaborer un cahier des charges fixant des objectifs communs aux trois régimes afin d'améliorer les dispositifs existants. Ce cahier des charges, auxquels les conventions d'objectifs et de gestion (COG) avec les régimes d'assurance maladie pourraient renvoyer, préciserait notamment :

- La population à cibler ;
- Les moyens de repérage à mettre en œuvre ;
- Le contenu de la consultation ;
- Le lien à établir avec le médecin traitant ;
- Les modalités de prise en charge de la consultation ;
- Les modalités d'évaluation de la consultation ;
- Le lien avec les actions de suivi.

Pour y parvenir, un lien est à structurer entre le CETAF, le RSI et la MSA.

Mais il serait plus pertinent d'aller plus loin en organisant un groupe de travail regroupant tous les acteurs des bilans de prévention : CETAF, RSI, MSA, AGIRC-ARRCO, CNAV, Mutualité, Fédération des centres de santé, Plateforme de fragilité... Il aurait pour objectif de procéder à un inventaire des méthodes utilisées, de recenser le nombre de bénéficiaires, d'analyser les évaluations produites pour coordonner ces différentes actions et de définir un cahier des charges.

Ces bilans doivent être conçus dans une approche globale incluant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux des bénéficiaires. Ainsi par exemple, la prévention des chutes, outre les aspects médicaux, pourra passer aussi par un bilan podologique avec prescription de soins et port d'orthèses plantaires si nécessaire, tout en se préoccupant de l'aménagement du cadre de vie.

## Fiche action 19 : le repérage et le traitement de la fragilité

### Contexte :

Notre société subit les conséquences sanitaires du vieillissement et de la dépendance, plus qu'elle ne lutte contre les facteurs conduisant au déclin fonctionnel. La prévention est pourtant possible à condition que nos efforts soient centrés sur ceux qui sont les plus à même d'en bénéficier. Les sujets âgés fragiles et pré fragiles, présentant un risque élevé de dépendance, constituent une population cible pouvant bénéficier d'interventions spécifiques. La démarche de dépistage, d'évaluation et d'interventions chez les sujets fragiles n'est pas instaurée en routine. Ceci est regrettable car une fois installées, les incapacités et la dépendance sont rarement réversibles, quels que soient l'ampleur et le coût des interventions. Selon les critères de FRIED, 40% des 65 ans et + sont pré fragiles et fragiles. Au sein de cette population, les pathologies liées au vieillissement sont fréquentes, et à un stade débutant. Ces personnes peuvent de ce fait bénéficier d'interventions précoces et innovantes.

Dans ce contexte, il est souhaitable de mettre en place une organisation spécifique afin de repérer et traiter les personnes âgées de plus de 65 ans, fragiles et pré-fragiles, qui bénéficieront d'une évaluation gériatrique approfondie réalisée par plusieurs professionnels (médecin, diététicien, psychologue...). L'évaluation débouchera sur la mise en place d'un plan de prévention personnalisé. Le suivi des recommandations proposées dans le plan de prévention personnalisé sera assuré par le médecin traitant.

Il convient d'organiser une action ciblée, forte et prolongée.

*« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible. »<sup>16</sup>*

Il s'agit donc d'un diagnostic qui donne l'opportunité d'infléchir le processus de dépendance qui, une fois installée, est le plus souvent irréversible. Le souci est de sensibiliser les professionnels de santé et du secteur social, les patients et les familles sur l'importance du dépistage de la fragilité. Souvent, les non-initiés n'en voient pas bien l'intérêt pratique.

Le gérontopôle de Toulouse, à la demande des ministres de la santé et des affaires sociales a développé un outil de dépistage des patients fragiles qui se révèle pertinent : 97 % des patients adressés par les médecins généralistes à l'hôpital de jour de la fragilité sont pré-fragiles ou fragiles.

Cet outil développé sur les bases de la littérature et utilisé par les médecins traitants permet bien de cibler les sujets fragiles (les 5 critères proposés par Linda FRIED et la subjectivité du médecin généraliste).<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> (Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, de Decker L, Ferry M, Gonthier R, Hanon O, Jeandel C, Nourhashemi F, Perret-Guillaume C, Retornaz F, Bouvier H, Ruault G, Berrut G. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011 Dec 1;9(4):387-390.)

<sup>17</sup> The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the gérontopôle. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B. *J Nutr Health Aging*. 2012;16(8):714-20.

## Objectifs

### Action ciblée / Ciblage des personnes âgées fragiles

Identifier la cible des personnes bénéficiaires de ce dispositif.

Les aides à domicile, par leur présence régulière à domicile, ont un rôle d'alerte et de veille sociale qui doit être mieux reconnu et, éventuellement, complété par des formations adaptées au pré-dépistage et à la sollicitation des acteurs médicaux concernés. C'est pourquoi les interventions à domicile doivent être privilégiées dès les premiers signes de fragilité et permettre de travailler le plus en amont possible sur les causes de fragilité.

De même les personnes âgées qui demandent l'APA ou des aides aux caisses de retraite sont à fort risque de fragilité. Et il ne serait pas efficient d'apporter ces aides sans chercher de façon parallèle les causes de cette fragilité, dont beaucoup sont réversibles quand les interventions nécessaires sont mises en place suffisamment tôt : malnutrition, diminution de la marche, inactivité... Elle est à déterminer avec les caisses de retraite et les conseils généraux : GIR 4, 5 et 6, demandes d'APA non satisfaites, population âgée non consommatrice de soins depuis deux ans, population âgée non consommatrice de soins bucco dentaires depuis 5 ans.....

De plus, il faut s'appuyer sur les données des observatoires régionaux des risques de fragilité de la CNAV, MSA et RSI.

Les médecins généralistes et les professionnels de santé sont au contact des personnes âgées fragiles et ont montré qu'ils peuvent remplir un rôle essentiel dans le repérage et le suivi des interventions. Une sensibilisation des médecins généralistes et de l'ensemble des professionnels de santé qui interviennent à domicile au repérage et à la prise en charge des personnes âgées fragiles (DPC, formation) est à organiser.

Le repérage : au plan local, des expériences pilotes sont déployées en lien avec le Conseil général, les CARSAT, les MSA, le RSI, les caisses de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO), la Mutualité française, les mairies et les CCAS pour organiser le repérage des personnes âgées fragiles en lien avec les médecins traitants et les professionnels du domicile (infirmière, assistante Sociale, aide à domicile).

### Action forte : Recherche des causes de fragilité et définition des interventions personnalisées

## Mesures

L'expérience Toulousaine confirme bien que ces personnes âgées fragiles sont aussi poly pathologiques, (cinq pathologies en moyenne), mais ne sont pas dépendantes pour les activités de bases de la vie quotidienne : s'habiller, marcher, aller aux toilettes, s'alimenter. Du fait de ces pathologies, elles relèvent déjà de l'hôpital de jour gériatrique, mais sans une prise en charge spécifique de la fragilité, elles vont le plus souvent vite devenir dépendantes. C'est malheureusement, le constat de la prise en charge actuelle.

Sous réserve de la validation de la tarification par l'assurance maladie d'un tarif de médecine ou d'un tarif spécifique à définir, à partir de l'expérimentation du CHU de Toulouse, proposer une action en deux étapes :

- une extension de l'expérimentation dans les hôpitaux de jour de cinq régions test (ces régions seraient celles de PAERPA et du Comité Avancée en Age) ;
- puis secondairement une extension plus large dans les hôpitaux de jour gériatriques.

L'évaluation des causes de la fragilité permet de proposer un plan d'interventions multi-domaine. La réalisation, le suivi et l'évaluation de ces interventions s'appuient sur une procédure commune.

**Action / Interventions prolongées et soutenues :** Les interventions prescrites par l'hôpital de jour (ajustement thérapeutique, prise en compte de pathologies souvent non diagnostiquées, mais à un stade précoce et accessible aux interventions, exercice physique, mesures en faveur de la préservation de la mémoire, de l'équilibre, de la nutrition, de l'activité physique...) sont réalisées dans le cadre des ateliers proposés par les caisses de retraite, les collectivités locales, d'où l'importance du partenariat entre les hôpitaux et ces organismes.

### Mesure

Un suivi en ville des personnes âgées fragiles. Ce suivi est assuré par des professionnels de ville avec la mise à profit de l'expérimentation PAERPA dans les territoires pilotes avec la mobilisation des différents acteurs des différents champs (social, médico-social et santé) pour déployer cette organisation centrée sur les personnes âgées fragiles.

Définir les outils simples de repérage de la fragilité et les stratégies d'intervention permettant d'orienter les populations cibles, dans une approche graduée en fonction des modes d'entrée dans le parcours de soins : domicile / services d'urgence/réseaux.

## Fiche action 20 : les centres de prévention AGIRC et ARRCO

### Contexte

Dans le domaine de la prévention, conscients que la cessation d'activité professionnelle s'accompagne d'une rupture d'accompagnement préventif, les régimes de retraite AGIRC et ARRCO ont créé, il y a plus de 30 ans, les premiers centres de prévention (en « relais » de la médecine du travail). Aujourd'hui au nombre de 14, répartis dans 12 départements différents (17 centres en 2013), « les centres de prévention Bien Vieillir AGIRC et ARRCO » accueillent chaque année plus de 12 500 personnes, âgées en moyenne de 67 ans. Ils répondent à un cahier des charges précis et produisent des données épidémiologiques.

Le parcours de prévention comporte trois étapes :

- Un bilan individuel selon une approche médicale (entretien clinique avec un gériatre, mais sans examen para-clinique déjà organisé par les CES de la Sécurité sociale), psychologique (entretien avec un psychologue) et sociale (analyse des habitudes de vie, du lien social, des difficultés économiques...);
- Un ou des atelier(s) sélectionné(s) en fonction des besoins : la mémoire, la prévention des chutes, le sommeil, la nutrition... ;
- Et une orientation vers des partenaires relais territoriaux (association, club...) afin de poursuivre l'action sur la durée.

La démarche de ses ressortissants est facilitée par la mobilité des équipes des centres : elles se rendent dans les villes situées à proximité du lieu de leur implantation.

A l'issue d'un tel parcours, 45% des personnes déclarent avoir modifié leur comportement. Ces modifications portent principalement sur la nutrition, l'activité physique, la stimulation de la mémoire, le sommeil... Au-delà du seul « aspect santé » des bénéfices tirés de ces centres, il faut remarquer une contribution à la réalisation de la pleine insertion des personnes âgées dans la cité et au changement du regard porté sur elles : une personne âgée active qui s'occupe d'elle génère une image positive.

Chaque année, l'AGIRC et l'ARRCO publient les données épidémiologiques des personnes venues dans les centres pour contribuer à mesurer l'impact de la prévention. Ainsi, les études nationales ont permis successivement de définir le « Bien vieillir » (2009), de « Préserver l'équilibre pour prévenir les chutes » (2010), de repérer et différencier les oublis ou les troubles de la mémoire pour mieux les accompagner (2011). En 2012, l'étude en cours porte sur le sommeil.

### Objectif

A ce jour, les centres ont tous un statut associatif et veillent à travailler en amont et en aval avec les acteurs locaux. Dépourvus aujourd'hui d'un véritable statut, les centres de prévention doivent nouer les partenariats nécessaires à la réalisation de leur mission en s'appuyant sur des initiatives personnelles. En l'absence de référencement (en particulier des ARS), les centres porteurs d'une action de « santé publique » ne peuvent être identifiés par les autres acteurs locaux.

Pour s'inscrire dans le schéma gérontologique régional et pouvoir articuler l'action des centres avec les filières (CMR, accueil de jour, CES...), il conviendrait de donner aux centres un statut, en soulignant qu'il n'y a pas de demande de financement.

## Mesures

Dans une première étape, il s'agit de finaliser :

- Un accord cadre des centres AGIRC et ARRCO avec le secrétariat des Ministères sociaux ;
- Des conventions avec les ARS et les Conseils généraux des régions d'implantation des centres.

La concrétisation de cette première étape sera suivie, à terme, d'une évaluation permettant d'apprécier de nouvelles évolutions.



## **IV - NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION**

## Fiche action 21 : la convergence des dispositifs pour l'autonomie – les Maisons de l'autonomie (MDA)

### Contexte

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), créées par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, répondent à un besoin de proximité exprimé tant par les personnes handicapées elles-mêmes que par les familles et les professionnels du secteur. Ces maisons ont été confiées aux départements, notamment parce que ces derniers étaient, du fait des premières mesures de décentralisation (Actes 1 et 2), en charge de la solidarité de proximité et par ce qu'ils avaient fait preuve d'efficacité dans la mise en œuvre des compétences qui étaient déjà les leurs en matière de politique du handicap, en l'occurrence le logement et l'hébergement spécialisés.

Ces maisons ont pour missions de :

- Informer et d'accueillir les personnes en situation de handicap ;
- Permettre aux personnes en situation de handicap d'exprimer leur projet de vie et aux parents celui qu'ils ont pour leur enfant handicapé ;
- Evaluer, au moyen d'une équipe pluridisciplinaire, la situation et les besoins des personnes en situation de handicap ;
- Elaborer et adopter (à ce titre la MDPH abrite une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ou CDAPH) le plan de compensation de chaque personne handicapée avec la participation des intéressés ;
- Assurer au fil du temps le suivi et l'adaptation de ce plan de compensation ;
- Exercer une mission de conciliation pour gérer les éventuels conflits.

Aujourd'hui encore, les MDPH ont la forme juridique de groupements d'intérêt public (GIP) sui-generis, statut qui devait permettre la participation effective, notamment en termes de moyens, de tous les acteurs et des bénéficiaires. Il est contesté, notamment par de nombreux départements, car estimé trop complexe et trop lourd.

En particulier pour assurer l'équité et l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a été créée. Elle conventionne avec chaque département et constitue une véritable tête de réseau pour les MDPH.

L'intitulé de la CNSA et sa sphère d'intervention, qui concerne tant les personnes âgées que les personnes handicapées, témoignent de la volonté, dès l'origine, de s'engager vers une politique globale de la compensation du manque inné ou de la perte acquise d'autonomie quelle qu'en soit la cause : le handicap, l'accident, l'avancée en âge... Il s'agissait de se doter d'un outil, parmi d'autres, répondant à l'objectif de convergence retenu dans un souci de justice par la loi de 2005.

Le rapport annuel de la CNSA pour 2007, « Construire un nouveau champ de la protection sociale », a donné la position de la CNSA sur la convergence personnes âgées (PA) - personnes handicapées (PH), notamment parce que les paniers de biens et de services présentent de fortes similitudes qui n'excluent pas pour autant de prendre en compte les spécificités, en particulier celles liées aux différences d'âge et des évaluations différentes n'est pas justifié.

## Objectif

La mise en place de MDA.

On observe que la perspective d'intégrer les problématiques des personnes âgées aux MDPH est bien ressentie : 91% des Conseils généraux ont une direction de l'autonomie, les fonctions de tarification des établissements étant regroupées.

Le plus souvent la dénomination « maison départementale de l'autonomie » (MDA) est retenue. Cette tendance ne peut que s'étendre depuis l'annonce, par le Président de la République, du transfert aux départements des politiques en direction des personnes handicapées et des personnes âgées, à l'exception de ce qui relève de l'assurance maladie.

L'ODAS a réalisé un état des lieux de la convergence organisationnelle personnes âgées-personnes handicapées-PH sur différents sujets<sup>18</sup>, la décentralisation de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de l'évaluation des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées).

Par ailleurs, la CNSA a suivi trois expérimentations des MDA : deux rapports d'activité ont rendus à ce jour. Ces trois expériences recouvrent des réalités différentes : mutualisation de la fonction d'accueil, rapprochement des équipes d'évaluation (cultures professionnelles mais pas de fusion des outils qui sont règlementaires : GEVA et grille AGGIR) ; expérience du GEVA-A afin d'utiliser les mêmes bases d'évaluation des besoins de compensation pour les personnes âgées et celles en situation de handicap).

Vingt départements ont en cours ou en projet la création d'une MDA et 60% des départements annoncent réfléchir à cette dynamique. De nombreux départements ont déjà jeté les bases ou envisagé la mise en place d'un dispositif commun qui serait en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'objectif d'une convergence organisationnelle semble donc accessible, en le présentant avec prudence. A cet égard, il convient de relever, en particulier, plusieurs demandes récurrentes et communes à tous les acteurs :

- La simplification de l'organisation institutionnelle et des procédures souvent complexes et lourdes ;
- Pour les personnes en perte d'autonomie et pour leurs proches, l'accès simplifié aux informations relatives aux aides, aux évaluations, aux plans d'aide et à l'orientation sur les réponses aux besoins de compensation sur son territoire, quelle que soit l'origine de la perte d'autonomie ;
- Des réponses et des solutions de proximité efficaces et rapides ;
- Une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national ;
- La levée des barrières d'âge ;
- Une réflexion en vue de dégager des préconisations pour la bientraitance à domicile.

## Mesures

Des précautions s'imposent dans une démarche d'extension des MDA sur le territoire :

- Il convient d'engager une réflexion sur la forme juridique de la MDA pour qu'elle traduise bien, dans le cadre de la libre administration des collectivités territoriales, les orientations actuelles de la politique du handicap et de la perte d'autonomie qui prévoient l'association étroite des usagers

---

<sup>18</sup> Les cahiers de l'ODAS, juillet 2011, « Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie »

et la nécessité de remontées d'informations vers la CNSA qui pourra ainsi jouer tout son rôle pour le développement des bonnes pratiques sur l'ensemble du territoire.

- La création des MDA ne constitue qu'un des enjeux plus larges de la coordination gérontologique confiée aux départements. Une telle création, si elle est envisagée, devrait s'accompagner de :
  - la nécessité que le département organise cette coordination au niveau infra-départemental en prenant appui notamment sur les CLIC, les réseaux gérontologiques, les MAIA ou toute autre forme de réseau répondant à cet objectif de coordination.
  - la mise en place d'un conventionnement entre le département, l'ARS et les caisses de retraite pour décliner de manière opérationnelle les objectifs de la politique de prévention de la perte d'autonomie.
- Si les réponses attendues des personnes handicapées et des personnes âgées présentent des similitudes, leurs situations et leurs besoins ne sauraient être totalement confondus. Il conviendrait de tenir compte de certaines spécificités, notamment des différences entre les personnes âgées ordinaires et les personnes handicapées vieillissantes pour lesquelles les effets de l'avancée en âge s'ajoutent au handicap d'origine, voir l'accentuent.
- Par ailleurs, les outils d'évaluation ne peuvent être strictement les mêmes et les porte paroles de ces deux populations diffèrent selon les situations : ce sont les intéressés eux-mêmes et les familles pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées (ou le tuteur, la famille ou les proches) vivant à domicile, mais ce sont plutôt les professionnels, notamment les responsables d'établissements, pour celles vivant en établissement.
- La convergence porte le principe de personnalisation des réponses, à partir d'un référentiel adapté aux situations, qui entraîne une évaluation multidimensionnelle des besoins et un plan personnalisé de compensation dans lequel on conçoit et finance la compensation du ou des handicap(s) quel que soit l'âge, par des prestations de biens et services conformément à la réglementation applicable à chacune des populations PA et PH.
- La convergence des pratiques d'évaluation doit pouvoir s'appuyer sur des outils respectant la spécificité de chaque public. A cet égard, les travaux de la CNSA sur le GEVA A (destiné aux gestionnaires de cas pour l'évaluation des besoins des populations âgées en situation complexe dans le cadre des MAIA) peuvent ainsi contribuer au rapprochement des outils tout en garantissant une approche spécifique.
- La convergence porte le principe de personnalisation des réponses, à partir d'un référentiel adapté aux situations, qui entraîne une évaluation multidimensionnelle des besoins et un plan personnalisé de compensation dans lequel on conçoit et finance, par des prestations de biens et services, la compensation du ou des handicap(s) quel que soit l'âge. Beaucoup de MDPH sont sous tension : les demandes sont toujours en augmentation. Les MDPH sont dans le traitement de masse et n'arrivent pas assurer la fonction d'observation et d'analyse des besoins territoriaux qui est moins prioritaire.
- Une nécessaire prise en compte des craintes des personnes handicapées et des personnes âgées, mais aussi des conséquences de cette nouvelle organisation sur les structures et dispositifs de coordination existants.

Une mesure qui vient d'être mise en place : après la mise en sommeil ces trois dernières années du Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes

handicapés, réactivation d'une instance nationale renouvelée, avec la mise en place en janvier 2013 du « Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées ». Ce comité orientera ses travaux sous l'angle de la promotion de la bientraitance et du respect des droits, des libertés et de la dignité de la personne, ainsi que sur la problématique de la maltraitance à domicile et du repérage des risques de vulnérabilité.

### **La généralisation des MDA sur le territoire national soulève plusieurs questions :**

- La poursuite du mouvement de convergence des deux politiques au niveau local et le rapprochement des équipes en charge de l'APA au sein des conseils généraux et de la MDPH se confirment. Le troisième acte de la décentralisation et le projet de loi sur l'autonomie peuvent être l'occasion de s'interroger sur les conditions de mise en œuvre de cette nouvelle organisation de travail afin de garantir aux personnes âgées et aux personnes handicapées ainsi qu'à leurs familles, l'égalité et l'équité de traitement.
- Quel statut pour les MDA ? Si elles sont intégrées aux services du Conseil général, il peut en résulter un risque d'affaiblissement de la participation des personnes handicapées et des personnes âgées à la gestion de la MDA et plus largement à l'élaboration des politiques locales en matière d'autonomie, ce qui pose la question de la gouvernance pour les MDA.
- Le rapprochement des équipes départementales en charge des personnes âgées et des MDPH implique un accompagnement au changement et un appui aux pratiques, la mise à disposition d'outils. Comment garantir la légitimité de la CNSA à animer le réseau des MDA sur le modèle de l'animation du réseau des MDPH ?
- La MDA est potentiellement un outil d'animation des politiques d'autonomie à l'échelle d'un territoire et peut donc contribuer à une meilleure coordination des acteurs autour du projet de vie et de soins de la personne. Quelle articulation avec les différents acteurs et dispositifs locaux de coordination (Réseaux, CLIC, ...) ou d'intégration (MAIA) ?
- La mutualisation et le partage d'information dans le respect des habilitations prévues par la CNIL répondent à une volonté de pilotage stratégique de l'ensemble des politiques PA et PH mais également de collaboration des acteurs pour un meilleur service rendu à l'utilisateur. La question d'un système d'information partagé est donc centrale.
- Enfin, il convient de se donner les moyens de pouvoir évaluer la qualité de service rendu à la population et de repérer les inégalités de traitement. Comment garantir le retour d'informations relatives à l'activité, aux modalités de réponses aux usagers, et aux résultats de chaque MDA sur le modèle du système d'information partagé en cours de déploiement pour les PH au sein des MDPH ? Quelle évaluation du service rendu par les MDA ?

Ces questions devront être traitées en collaboration étroite avec la CNSA et en concertation avec les Conseils généraux (Association des départements de France) et les représentants des PA et des PH.

## Fiche action 22 : le développement en attente de l'intégration des services et des soins

### Contexte

L'accompagnement des personnes âgées à domicile nécessite l'intervention de multiples acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social. Depuis 2001, divers dispositifs de coordination ont été mis en place, mais sur des champs limités (sanitaire ou social, rarement les deux à la fois), des territoires souvent différents, avec plusieurs financeurs (assurance maladie, conseils généraux, Etat) et décideurs intervenant à des niveaux territoriaux différents (conseils généraux, agences régionales de santé...).

Expérimentées dans le cadre du plan Alzheimer et progressivement généralisées, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer ou MAIA sont des dispositifs (et non des structures) qui développent à travers une méthode de travail innovante, un réseau intégré de partenaires responsabilisés intervenant dans l'accompagnement et la prise en soin des personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile.

### Objectif

Harmoniser les dispositifs d'accompagnement, de soins et d'aides des personnes âgées en perte d'autonomie autour d'une méthodologie et de territoires d'intervention communs.

### Mesures

- Développer et de promouvoir une méthode de travail basée sur l'intégration des services d'aide et de soins, via la poursuite du déploiement de la méthodologie des MAIA : « *L'intégration cherche à répondre à la fragmentation du système qui se traduit par une discontinuité du service rendu, à l'existence de doublons ou de réponses redondantes. Elle conduit à un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle favorisant la coordination, la coopération et la co-responsabilisation des acteurs* »<sup>19</sup>.
- Conserver l'acronyme MAIA mais en modifier la signification : modifier au sein de l'article L 113-3-1 du Code l'action sociale et des familles (CASF) les mots « personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie » sont remplacés par les mots « personnes âgées en perte d'autonomie » ; les mots « au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » sont remplacés par les mots « pour répondre à une mission pour l'autonomie et l'intégration des soins et services aux personnes âgées »
- Poursuivre les travaux déjà engagés par les ARS et les Conseils généraux pour articuler leurs interventions et si possible encourager l'adoption de délimitations identiques de leurs territoires d'intervention (respectivement territoires de santé et territoires d'action sociale).

---

<sup>19</sup> Cahier des charges des MAIA

## Fiche action 23 : les projets pilotes de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

### Contexte

Malgré la mise en place de dispositifs de coordination et de intégration, les professionnels qui accompagnent les personnes âgées sont multiples et souffrent souvent d'un manque de pilotage et de coordination, au sein d'un même secteur (ville, hôpital, médico-social, social) et *a fortiori* entre les différents secteurs (sanitaire/social ; ville/hôpital).

Afin d'améliorer la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, les pouvoirs publics ont décidé de mettre en place, sur quelques territoires, en septembre 2013, des projets pilotes organisant les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

### Objectif

Les projets pilotes ont pour objectif d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées, et d'améliorer ainsi, sur un plan individuel, leur qualité de vie et celle de leurs proches aidants, et sur un plan collectif, l'efficacité de leur accompagnement dans une logique de parcours de santé. Ils visent également à inscrire chaque étape du parcours dans une démarche de prévention des facteurs de risque de la perte d'autonomie ainsi qu'à répondre aux besoins des proches aidants dont le rôle est majeur auprès des personnes âgées.

### Mesures

1) En ville, l'objectif est de mieux articuler la mobilisation des professionnels de proximité au plus près des personnes âgées et au plus tôt dans le parcours, pour agir notamment autour de 4 facteurs de risque d'hospitalisation évitables : les problèmes liés au médicament, les chutes, la dénutrition et la dépression.

A cette fin, une coordination clinique (médicale et para-médicale) de proximité rassemblant, autour du médecin traitant, un infirmier (libéral ou coordinateur de services de soins infirmiers à domicile-SSIAD), un pharmacien d'officine et éventuellement un masseur-kinésithérapeute ou un autre professionnel devant intervenir à domicile sera formalisée, notamment pour les cas complexes (sujet polypathologique ou atteint d'une maladie chronique sévère). Chacun de ces acteurs, choisis par la personne âgée ou ses proches, doit se recentrer sur le plus haut niveau de ses compétences.

La formalisation de ce travail à plusieurs passera par trois outils principaux. Ils suivront ensemble, sur les territoires pilotes, dans le cadre du DPC pluri professionnel, une formation spécifique axée la première année sur la prévention des problèmes liés au médicament. Ils s'impliqueront dans l'élaboration d'un plan personnalisé de santé comprenant aides et soins, dont l'éducation thérapeutique personnalisée » qui définira des indicateurs de suivi. Les échanges entre ces professionnels seront facilités notamment par une messagerie sécurisée.

Pour les personnes en perte d'autonomie, les membres de cette coordination clinique de proximité devront établir des liens étroits avec les éventuelles aides à domicile de la personne âgée, afin que le médecin traitant soit alerté facilement en cas de problème.

Afin de faciliter leur recours à toutes les aides nécessaires, à la fois d'ordre médical (notamment expertise gériatrique), paramédical et social, un rapprochement des différents dispositifs de coordination et d'intégration sera effectué dans le cadre d'une coordination territoriale d'appui sur un territoire plus large que la coordination clinique de proximité. Cette coordination territoriale d'appui, qui ne doit pas être une nouvelle structure, s'appuiera sur les systèmes existant déjà sur le territoire de coordination (centres locaux d'information et de coordination-CLIC, réseaux) et d'intégration (MAIA) et une méthode de travail axée sur l'intégration.

2) En ce qui concerne l'amélioration de la prise en soin et l'accompagnement en établissements de santé et des transitions ville-hôpital, les établissements de santé seront amenés à mobiliser la communauté hospitalière autour de la prise en soin des personnes âgées, par une gouvernance adaptée. Ils seront appelés à mieux repérer et évaluer les besoins des personnes âgées en leur sein (notamment dans les unités de médecine et de chirurgie), à mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique et à en assurer le suivi et l'évaluation. Ils auront également pour objectif de favoriser la coordination ville-hôpital. Pour ce faire, ils prépareront la sortie des personnes âgées en amont et organiseront les relations avec leurs partenaires du parcours, notamment l'échange d'informations permettant le retour à domicile dans de bonnes conditions. Enfin, ils seront appelés à participer à la prévention des hospitalisations évitables.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) veilleront à améliorer l'accompagnement interne des résidents en mettant en place et en actualisant les projets de vie personnalisés, en renforçant leurs liens avec les médecins traitants et en organisant une astreinte infirmière la nuit et les week-ends. Les EHPAD et les établissements de santé seront appelés à faire vivre les conventions qui les lient et à veiller à s'échanger les informations permettant des transitions optimisées de résidents d'une structure à l'autre. Les établissements de santé s'organiseront pour permettre aux EHPAD et à la ville de bénéficier de leur expertise (filière gériatrique, expertise psychiatrique et en soins palliatifs, hospitalisation à domicile etc.).

3) L'amélioration du parcours nécessite également la mise en place d'un système d'information (SI) opérationnel dès le lancement des projets pilotes. L'usage d'un annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales et d'une messagerie sécurisée sera généralisé. Afin de partager des informations, les acteurs pourront en outre utiliser le dossier médical personnel.

4) La réussite des projets pilotes nécessite également l'adaptation des pratiques professionnelles à la logique du parcours de santé des personnes âgées. La qualité, la précision et la mise à jour des documents échangés entre acteurs sont un levier important. Ces documents doivent être conçus dans une logique de parcours et de passage de témoin, ce qui suppose qu'ils soient à la fois synthétiques, clairs, concis et régulièrement actualisés. En outre, une formation spécifique, dans le cadre du développement professionnel continu, permettra aux acteurs de s'approprier le modèle organisationnel proposé et de faire évoluer leurs pratiques professionnelles pour atteindre les objectifs des projets pilotes.

5) Par ailleurs, un système d'évaluation adapté aux enjeux des projets pilotes a été préfiguré en même temps que l'élaboration du système lui-même. Il propose une évaluation qui a pour objet, à partir des résultats sur la santé des personnes et les hospitalisations et ré hospitalisations ainsi que des enquêtes auprès des personnes âgées et de leurs proches notamment, de donner des éléments objectifs d'appréciation permettant aux pouvoirs publics de décider d'une éventuelle généralisation des organisations, le cas échéant modifiées en fonction des enseignements tirés des projets pilotes.



6) L'organisation et l'évaluation des projets pilotes pourront évoluer au vu des expériences mises en place dans le cadre de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 relatives à l'entrée et la sortie des établissements de santé. Les propositions du comité « avancée en âge » pourront également compléter l'aspect prévention du dispositif. De même, les travaux sur la fragilité menés par le Pr Bruno VELLAS dans le cadre du géronto-pôle de Toulouse pourront enrichir les parcours.

7) Une nécessaire concertation entre ARS et Conseils généraux pour définir en commun des territoires d'intervention. Ces territoires expérimentaux seraient communs aux trois missions (PAERPA, Plateformes de Fragilité et Comité Avancée en Age)

De nombreuses expérimentations sont en cours pour impulser une organisation de la prise en soin fondé sur le parcours de la personne âgée (télé médecine, équipe mobile infirmière de nuit, de soins palliatifs ou de géronto psychiatrie, expérimentation dans le cadre de l'article 41 de la LFSS pour 2013 et article 70 de la LFSS pour 2012). Le comité national sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie a recommandé qu'une fois que ces expérimentations auront fait la preuve de la viabilité de leur modèle économique et des progrès qualitatifs qu'elles permettent, il en soit tiré les conséquences en rendant fongibles les différentes enveloppes de financement aujourd'hui cloisonnées.

## **Fiche action 24 : l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation et de financement des actions de prévention et leur évaluation**

Des actions de prévention spécifiques concernant notamment le public des personnes âgées sont d'ores et déjà prévues par l'avenant 8 à la convention médicale publié au JO 7 décembre 2012.

Ainsi, cet avenant prévoit :

- Une rémunération forfaitaire qui sera mise en place progressivement pour les patients de plus de 80 ans dans le cadre de consultations visant à prévenir le risque d'iatrogénie médicamenteuse ;
- Une consultation longue de suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour des patients présentant une forte comorbidité ;
- Une consultation longue et complexe pour le suivi des personnes insuffisantes cardiaques ayant déjà été hospitalisées pour un épisode de décompensation de leur affection.

Outre ces actions déjà prévues, d'autres modalités de prévention pourraient être envisagées.

Il convient de réfléchir à des modalités de financement des établissements sanitaires et médico-sociaux (type mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation - MIGAC), mais aussi à domicile, pour permettre le développement d'interventions de prévention.

Les équipes spécialisées Alzheimer (rattachés à des SSIAD) sont des dispositifs chargés d'une forme de prévention de la dégradation cognitive. La question de l'extension de ce type d'action à d'autres formes de prévention mérite d'être posée. L'ARS Nord Pas-de-Calais porterait des expérimentations de ce type.

Mesure proposée par l'association des départements de France- ADF : permettre aux services d'aide à domicile autorisés par les départements de bénéficier de crédits de la sécurité sociale au titre de leurs missions de prévention (chutes à domicile, aide au retour rapide d'hospitalisation...). L'attribution de ces crédits d'assurance maladie pourrait s'effectuer dans le cadre d'un contrat passé entre l'ARS et le Conseil général sous réserve de la définition de la rédaction de référentiels précis.

Mais aussi :

- Valoriser la prévention individuelle et collective dans le référentiel Pathos
- Expérimenter dans les nouvelles formes de partenariat médecins-infirmiers (maisons médicales ou maisons de santé) la prise en compte de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées dans les pratiques des professionnels en santé.

## **V - ACTIONS A MENER A DOMICILE ET DANS LES STRUCTURES**

## Fiche action 25 : la perte d'autonomie évitable à domicile

### Contexte

Plusieurs rapports (HCAAM, IGAS...) et groupes de travail ont souligné la nécessité de repérer la fragilité chez la personne âgée à domicile à des fins de prévention de la perte d'autonomie.

Les médecins traitants ainsi que les professionnels de santé libéraux sont régulièrement en contact avec une partie importante du public concerné. Une partie de ces personnes âgées bénéficient d'une aide à domicile, dont les acteurs peuvent contribuer à ce repérage. D'autres demeurent isolées et sont plus difficiles à atteindre.

### Objectifs

- Prévenir la perte d'autonomie et préserver les capacités le plus longtemps possible ;
- Eviter des hospitalisations évitables et souvent délétères en termes d'autonomie ;
- Raccourcir les hospitalisations inutilement longues en facilitant le retour à domicile dès que c'est indiqué sur un plan médical ;
- Optimiser l'utilisation des ressources disponibles collectivement pour une meilleure adéquation de l'accompagnement et de la prise en charge aux besoins.

### Mesures

- Développer le rôle de repérage, d'alerte des situations de rupture et de suivi par les professionnels de proximité notamment des SAD et des SSIAD ;
- Elaborer des recommandations de bonne pratique sur le repérage et la prise en charge de la fragilité ; valider un outil de repérage pour les professionnels de santé libéraux intervenant au domicile de la personne puis les y former (cf. : travaux de la HAS dans le cadre de l'évaluation des expérimentations de l'article 70 de la LFSS pour 2012) ;
- Déployer les Observatoires de la fragilité pour mieux connaître les populations concernées ;
- Cibler les personnes fragiles lors de période de rupture (retraite, veuvage, hospitalisation...) : croisement des informations médicales (caisses d'assurance maladie) et sociales (CNAV, MSA, RSI...) et adaptation des examens périodiques de santé proposés dans les Centres d'examen de santé (CES) ou les bilans « santé » de la MSA et du RSI ;
- Sensibilisation des médecins traitants et formation des travailleurs sociaux et des professionnels du domicile au pré-repérage et repérage de la fragilité, ainsi qu'au repérage des troubles cognitifs et de la dépression ;
- Cibler en priorité les personnes en situation de précarité ;
- Proposer un bilan de fragilité approfondi en fonction de critères de ciblage à définir ;
- Adapter l'accompagnement au contexte familial, social, médical et environnemental ;
- Poursuivre le développement de modalités d'accueil et d'accompagnement temporaires ou alternatives, tant pour les personnes âgées en perte d'autonomie que pour leurs proches aidants.

## Fiche action 26 : les logements-foyers et l'habitat intermédiaire

### Contexte

Historiquement, le dispositif d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées s'est structuré autour de deux pôles : le maintien à domicile et l'hébergement collectif. Ces 20 dernières années, la palette des dispositifs s'est étoffée par le biais de formules d'habitat intermédiaire pour répondre aux besoins des personnes rendues vulnérables du fait d'un handicap ou fragilisées par l'âge. Etymologiquement, ces formules font référence à l'habitat (ouverture du logement sur l'extérieur, lieu où on a ses habitudes) plutôt qu'à l'hébergement (lieu fermé).

Le vieillissement de la population, la durée de l'espérance de vie sans incapacité et les aspirations de la population à mieux vivre la vieillesse donnent une actualité nouvelle au champ de l'habitat intermédiaire, entre le logement individuel ordinaire et l'hébergement collectif en institution médicalisée (EHPAD), qui conjugue les agréments du domicile, les apports d'une vie sociale préservée et la sécurité d'un accompagnement collectif « à la carte » (repas, loisirs, activités, maintien de la vie sociale).

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées autonomes (EHPA), et en premier lieu les logements-foyers par la place qu'ils occupent dans l'habitat social depuis plus de 50 ans et que le rapport Laroque décrit comme des « *logements individuels assortis de services collectifs implantés dans le même immeuble ou à proximité immédiate* », ont un rôle important à jouer dans la diversification des réponses attendues à cette nouvelle aspiration à « bien vieillir » : 2 300 établissements, majoritairement gérés par les CCAS, proposent 116 000 logements, principalement des T1 équipés d'un coin cuisine et d'une salle de bains, offrant toutes les caractéristiques d'un domicile - au sens notamment où les personnes âgées sont locataires de leur logement et acquittent une redevance - et pouvant être adaptés aux effets du vieillissement, à des personnes âgées encore autonomes dont la moyenne d'âge à l'entrée est désormais de l'ordre de 83 ans et représentent un bon moyen pour pallier leur isolement, facteur avéré s'il en est de la perte d'autonomie.

### Objectifs

- Apporter une réponse pertinente au besoin de diversification des modes d'hébergement et promouvoir, dans le parcours résidentiel des personnes âgées, une offre intermédiaire de logement social accompagné dans une logique de maintien de l'autonomie ;
- Faire évoluer ce parc de logements, pour affirmer son identité propre, de résidence sociale ouverte sur l'environnement local, le quartier, le centre-ville ou le centre bourg, avec des services collectifs facultatifs, destiné à un public fragile mais autonome en quête de sécurité et d'un accompagnement adapté, respectueux de ses droits et de son mode de vie.

### Mesures

- Publier et diffuser le « recueil des références applicables aux logements-foyers et aux établissements d'hébergement pour personnes âgées », cahier des charges « qualité » à destination des EHPA et des logements-foyers, coédité par la DGCS, la direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature (DGALN) et la CNAV, qui complète l'outil ADEL (aide à la décision pour l'évolution des logements foyers) déjà utilisé par les gestionnaires pour l'autodiagnostic et par les CARSAT pour leur action immobilière, qui renforce les missions de

- maintien de l'autonomie des logements-foyers et qui trace les évolutions attendues de ce concept dans une acception modernisée ;
- Organiser une large campagne d'information pour sa présentation et sa promotion dans les régions, sous l'égide de la DGCS, de la CNAV et de l'UNCCAS ;
  - Au-delà, clarifier le statut juridique des logements-foyers et des autres formules d'habitat intermédiaire, en particulier harmoniser les règles entre le code de l'action sociale et des familles et le code de la construction et de l'habitation ;
  - Plus largement, organiser une campagne de communication sur les logements-foyers et les autres formes d'habitat intermédiaire, en partenariat avec les trois régimes de retraite MSA, RSI et CNAV, afin de valoriser ces formules auprès du grand public et mettre en valeur l'intérêt qu'elles présentent sur la qualité de vie (sécurité, lien social, services) et la prévention de la perte d'autonomie ;
  - Engager une réflexion, voir expérimenter un « forfait pour l'autonomie », complétant les forfaits soins courants quand ils existent, qui permettrait des activités collectives à visée préventive et une offre d'accompagnement renforcé pour les plus fragiles, visant à rompre les situations d'isolement ;
  - Expertiser une plus grande ouverture sur les publics accueillis dans les logements-foyers en liaison avec l'ensemble des acteurs et ministères intéressés : intérieur, logement, CNAV et CNSA et en peser toutes les conséquences ;
  - Rénover et moderniser le cadre bâti des logements-foyers et le cadre de vie des résidents en mobilisant, voire en renforçant, les moyens inscrits à cet effet dans le budget de la CNAV (convention d'objectifs et de gestion 2009-2013), au titre de son action sociale immobilière ;
  - Recenser dans les plans régionaux de santé (PRS - volet prévention) les besoins, l'offre et les projets de développement de l'habitat intermédiaire.

## Fiche action 27 : la perte d'autonomie évitable en établissement de santé

### Contexte

20 à 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées seraient concernées par une perte d'autonomie induite, d'après diverses publications. De nombreux travaux scientifiques et les professionnels de terrain soulignent le risque de dégradation de l'autonomie que peut entraîner l'hospitalisation d'une personne atteinte de troubles cognitifs. Une publication récente<sup>20</sup> développe le concept de *dépendance iatrogène* définie comme la dépendance le plus souvent évitable en relation avec les soins. En effet, outre la maladie ou l'accident qui a motivé l'hospitalisation du sujet âgé provoquant une perte d'autonomie, les modalités de prise en charge durant le séjour, le retour à domicile et le suivi du patient après la sortie peuvent conduire à une dépendance iatrogène.

De plus, la prévalence du déclin fonctionnel observé chez les sujets âgés hospitalisés s'accroît lorsqu'ils sont atteints d'une altération des fonctions cognitives (facteur de risque bien connu). Ajoutons qu'à cela (au déclin fonctionnel) s'ajoutent la perte de repères et le traumatisme dus à un changement brutal de cadre de vie (hospitalisation en urgence, intervention chirurgicale...) qui génèrent chez les personnes déjà fragilisées par les atteintes cognitives, angoisse et agitation. De ce fait, lorsqu'il n'existe pas de dispositif de prise en charge hospitalière ad hoc pour l'accueil de ce public, l'autonomie de ces personnes peut être durablement compromise.

Trois composantes explicatives entrent en jeu : la fragilité, la pathologie en cause et l'organisation de la structure hospitalière.

### Objectifs

L'identification des sujets à risque s'impose en utilisant les échelles publiées dans la littérature. Il s'agit à partir de ce constat de réduire chaque fois que possible la dépendance induite.

Les structures hospitalières se doivent d'être mobilisées autour du risque d'une perte d'autonomie pendant une hospitalisation.

La mesure de la dépendance induite est souhaitable : mesure de l'autonomie à l'admission et comparaison à la sortie du service hospitalier.

Réduire le nombre des hospitalisations évitables (PAERPA).

---

<sup>20</sup> Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés?, C. Lafont, S. Gérard, t. Voisin, M. Pahor, B. Vellas et les membres I.A.G.G. / A.M.P.A. Task Force - ©Springer-Verlag France 2011

## Mesures

- Certification des hôpitaux par la Haute autorité de santé (HAS). Le critère 19A du manuel de certification 2010 concerne « les populations nécessitant une prise en charge particulière ». La lutte contre la perte d'autonomie pourrait être ajoutée lors de la prochaine révision du manuel. Mais il faut aussi mobiliser un portage interne pour que les comportements changent. En effet, le risque d'ajout d'un critère de certification pourrait ne pas suffire, à lui seul, à modifier les prises en charge.
- Développer des appels à projets à l'image de celui lancé, en 2013, par la Fédération Hospitalière de France et la Fondation Médéric Alzheimer : « Réduire la dépendance iatrogène chez les personnes âgées hospitalisées et atteintes de troubles cognitifs » Cet appel s'adresse aux acteurs des établissements de santé qui concrétisent une démarche de prévention de la dépendance iatrogène, de la dégradation ou la perte de l'autonomie des personnes atteintes de troubles cognitifs.



## **Fiche action 28 : la perte d'autonomie évitable en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

### **Contexte**

Les EHPAD accueillent des personnes de plus en plus âgées et dépendantes, notamment sur le plan psychique. Cette dépendance est majoritairement secondaire à la polypathologie, les résidents cumulant en moyenne sept maladies diagnostiquées. Parce que les EHPAD sont confrontés à la complexité et à l'intrication de ces pathologies, tous les professionnels intervenants dans ces établissements devraient être compétents dans le soin du grand âge et le maintien de l'autonomie. Par ailleurs, il est nécessaire que les EHPAD développent des partenariats avec les établissements de santé de proximité, en particulier la filière gériatrique hospitalière, pour recourir si besoin à leur expertise.

Pour autant, les EHPAD sont des lieux de vie - et le plus souvent le dernier lieu de vie – dont la finalité est la qualité de vie des résidents, ce passe inévitablement par des soins de qualité afin d'accueillir, soigner, soutenir et accompagner des personnes âgées dépendantes. Cet accompagnement se réalise dans le cadre d'un projet de vie personnalisé destiné à préserver au maximum leur autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de leurs choix, de leurs attentes et de leurs désirs. Le défi consiste donc à concilier des soins de qualité, qui peuvent être importants, la qualité de la vie quotidienne, la préservation de la vie sociale et les souhaits des résidents, tout en préservant les équilibres entre ces différentes exigences.

### **Objectifs**

- Garantir l'accès de tous les résidents aux soins de qualité que requiert leur état de santé, et réduire les inégalités structurelles territoriales ;
- Evaluer et prévenir les risques liés à la santé des résidents inhérents à leur vulnérabilité afin d'optimiser leur potentiel restant et permettre une qualité de vie optimale et organiser la continuité des soins ;
- Préserver la plus grande autonomie possible pour les activités de la vie quotidienne, en fonction des capacités de chacun, dans une organisation collective ;
- Développer la qualité de vie et personnaliser l'accompagnement des résidents ;
- Renforcer l'inscription de l'EHPAD dans le réseau gérontologique local, sanitaire et médico-social.

### **Mesures**

#### **Achever la médicalisation des EHPAD**

- Achever le renouvellement des conventions tripartites de première génération et passer les quelques 30 % d'EHPAD encore tarifés à la « Dominic » en tarification au GMPS.

## **Conforter le rôle du médecin coordonnateur et du pharmacien d'officine référent**

- Adapter la formation initiale et continue du médecin coordonnateur aux particularités de la coordination des soins en EHPAD ;
- Mettre en place la commission de coordination gériatrique : réaliser un état des lieux en 2013 et fixer un objectif cible de taux d'installation fin 2014 de l'ordre de 80 % ;
- Généraliser les listes préférentielles de médicaments avec une harmonisation souhaitable par territoire pour faciliter la pratique des médecins libéraux ;
- Publier de l'arrêté fixant la convention-type entre l'EHPAD et le(s) pharmacien(s) d'officine ;
- Préciser les missions de conseil des pharmaciens référents auprès des EHPAD et, le cas échéant, définir les modalités de rémunération de ces services ;
- Elaborer et diffuser un guide de bonnes pratiques de prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé.

## **Valoriser la prévention autour des facteurs de risque d'hospitalisation évitable en EHPAD : des plans d'action régionaux pilotés et évalués par les ARS**

- Poursuivre la promotion auprès des prescripteurs du programme de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse issu du PMSA de la HAS, et pas seulement contre les psychotropes ;
- Prévenir la dénutrition et organiser les soins bucco-dentaires : développer les actions pour conserver le plaisir de manger, qui reste la meilleure prévention du risque de dénutrition, généraliser la pesée mensuelle des résidents et la toilette buccale quotidienne ;
- Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse : dans le cadre de la gestion des risques (GDR) en EHPAD, le risque iatrogène est un axe fort à renforcer ;
- Organiser et généraliser une démarche d'alerte sur les neuroleptiques chez les malades d'Alzheimer ; repérer les prescriptions inadaptées et accompagner leurs auteurs ;
- Développer des stratégies non médicamenteuses ;
- Réaliser à 100 % les objectifs de création des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) fin 2015, sous réserve des conclusions de l'évaluation du Plan Alzheimer sur l'axe PASA. A noter que les départements souhaitent la réévaluation du forfait soins attribué aux EHPAD au titre des PASA en prévoyant l'intégration de la rémunération d'un temps de psychologue dans ce forfait ;
- Prévenir les chutes : repérer les sujets à risque et leur prescrire un bilan global et des séances de rééducation de l'équilibre et de la marche par un masseur-kinésithérapeute et amener ces personnes à pratiquer une activité physique ou sportive régulière, de préférence encadrée et dispensée par un éducateur sportif spécifiquement formé ;
- Prévenir la dépression : repérer les symptômes et développer une prise en charge non médicamenteuse en utilisant une approche relationnelle ;

- Intensifier la promotion et la formation des professionnels de santé aux stratégies alternatives à la contention physique. Ainsi, en EHPAD, le recours à la contention physique n'a pas lieu d'être en dehors de quelques rarissimes indications ponctuelles et très brèves. Inscire la prévention dans le volet soins des projets d'établissements (comme l'obligation d'un volet soins palliatifs depuis le décret n°2006-122 du 6 février 2006) ;
- Sensibilisation et valorisation des bonnes pratiques gériatriques auprès des médecins traitants.

### **Maintenir la vie sociale et favoriser le maintien du rôle social des résidents**

- Développer une politique de maintien des liens avec les proches (familles, amis, voisins...) ;
- Favoriser le maintien de la participation des résidents à la vie de la cité ;
- Rendre effective la participation à la vie de l'établissement : faire évoluer les CVS, rendre accessible la liste des personnes qualifiées.

### **Intégrer la prévention individuelle dans le projet personnalisé du résident**

- Développer et promouvoir des outils d'autoévaluation des besoins

### **Donner mandat au comité scientifique des référentiels AGGIR et Pathos de valoriser la prévention individuelle et collective dans le référentiel Pathos**

- Prévention individuelle : valoriser le codage et l'addition des actions de prévention individuelle pour chaque état pathologique à travers le guide de codage et l'algorithme PATHOS ;
- Prévention collective : valoriser la coordination médicale et les actions collectives et de santé publique dans l'outil PATHOS ;
- Valoriser la mission pluridisciplinaire et pluri-professionnelle de l'EHPAD face au risque de dénutrition et définir un poste de soins supplémentaire pour les chirurgiens-dentistes afin de prendre en compte les soins bucco-dentaires jusque là absents de Pathos ;
- Permettre une meilleure prise en compte et la juste valorisation des troubles du comportement dans Pathos ;
- Faire apparaître le poids réel de la prévention dans les soins réalisés en EHPAD : valoriser en tant que telle la prévention globale et pluridisciplinaire, créer un nouveau profil de soins « prévention » (Pr), recenser ce qui manque sur la prévention et compléter le modèle.

### **Les EHPAD, partenaires et partie prenante de la filière gériatrique et du réseau gérontologique local**

- Remettre aux ARS un bilan annuel des conventions passées avec les établissements de santé de proximité, référents de l'EHPAD ;
- Renforcer l'inscription des EHPAD dans le réseau gérontologique local ;
- Etablir ou vérifier l'existence d'une fiche de liaison bilatérale EHPAD-hôpital ou du dossier de liaison d'urgence (DLU – circulaire interministérielle 2012-197 du 29 mai 2012) permettant de communiquer les informations nécessaires à la bonne prise en charge des résidents en cas

d'hospitalisation et de retour en EHPAD..Mettre à jour la circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques et y inclure les EHPAD.

### **Développer la télémédecine dans les EHPAD**

Développer le recours à la télémédecine (télé expertise, téléconsultation) entre établissements de santé et EHPAD pour favoriser l'accès aux soins de médecine spécialisés (psychiatrie, orthopédie, dermatologie), y compris de second recours, et l'expertise gériatrique (convention d'organisation et modalités de recueil du consentement du résident concerné).

## **VI - METIERS**

## Fiche action 29 : les bonnes pratiques professionnelles

### Contexte

Le risque de perte d'autonomie représente une confrontation quotidienne des professionnels, qu'ils exercent à domicile, à l'hôpital ou en institution. De nombreuses recommandations émanant de l'HAS, de l'ANESM et des sociétés savantes sont actuellement disponibles :

- Concernant l'HAS : recommandations relatives à la maladie d'Alzheimer, à la prévention des chutes, aux risques iatrogéniques ...
- Concernant l'ANESM : 27 recommandations au total dont 7 sont spécifiques au champ des personnes âgées (maladie d'Alzheimer en établissement et programme qualité de vie en EHPAD).
- Concernant la SFGG et la CNSA en lien avec l'ANESM, les sociétés savantes concernées, le programme MobiQual.

### Objectifs

Améliorer les compétences : mieux faire connaître et appliquer les référentiels, guides et bonnes pratiques validées.

### Mesures

- Diffuser les recommandations de l'ANESM aux professionnels concernés et aux organismes de formation initiale et continue ;
- Perspectives de l'ANESM : rédaction d'une recommandation portant sur le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique des personnes âgées à domicile et en établissements, incluant la détection de la dépression et la prévention du risque suicidaire. L'objectif de cette recommandation est de mobiliser les aides à domicile et les assistants de vie sur ces questions et de leur donner un rôle dans le dispositif d'alerte des personnels de santé libéraux ou intervenant dans le cadre de services et d'établissements médico-sociaux. Une autre recommandation portera sur l'accompagnement des aidants familiaux de personnes âgées dépendantes ou handicapées à domicile.
- Recommandations HAS : proposition de formats courts de recommandation, simple, plus rapide d'élaboration sur des thématiques moins complexes. Ainsi, par exemple, cinq points clés pourraient être consacrés à la prévention de situations fréquentes. Parmi les exemples : la presbycousie, les troubles visuels, la dépression et le risque suicidaire, la dénutrition, les troubles de l'équilibre et de la marche.
- Poursuivre le déploiement du programme d'amélioration des pratiques professionnelles MobiQual (CNSA/SFGG/FFAMCO/UNA) sur les thèmes, enjeu de qualité : nutrition, douleur, soins palliatifs et accompagnement de fin de vie, bientraitance, maladie d'Alzheimer et apparentées, dépression et prévention du suicide, tant auprès des professionnels intervenant au domicile, qu'en EHPAD et établissements de santé.

## Fiche action 30 : la formation des acteurs

### Contexte

La formation initiale et la formation continue sont concernées.

Le développement des compétences professionnelles autour des questions de maladies et d'accidents a été la priorité des institutions de santé et de protection sociale. L'enjeu actuel est de construire des référentiels de formation sur le développement de compétences collectives autour d'une vision globale, positive et par déterminants de l'avancée en âge. Il s'agit de développer des approches pluridisciplinaires prenant en compte l'ensemble des déterminants socio environnementaux de l'avancée en âge et intégrant l'interaction entre déterminants individuels et déterminants sociaux environnementaux.

### Objectif

Disséminer une culture de la prévention prenant en compte l'ensemble des déterminants de l'avancée en âge auprès de la variété des professionnels

### Mesures

- Privilégier les formations in situ et pluri-professionnelles ;
- Articuler ces actions de formation avec les plans régionaux de formation professionnelle ;
- Inclure la prévention de la perte d'autonomie dans le développement professionnel continu des médecins et des professionnels paramédicaux ;
- Déploiement du kit de formation INPES-CNSA destiné aux intervenants à domicile ;
- Poursuivre le déploiement du programme MobiQual, programme de formation pluriprofessionnel à destination des EHPAD, des services de soins et d'aide à domicile, des établissements de santé et des organismes de formation initiale (diplômes universitaires/instituts de formation en soins infirmiers) et continue dans une logique d'harmonisation des pratiques gériatriques ;
- Formation des professionnels à la prévention par des diplômes d'université mais aussi et surtout par une formation pluridisciplinaire au montage de plans d'action et de prévention (approche méthodologie incluant l'évaluation) ;
- A partir des travaux engagés par l'INPES avec la CNSA et les caisses de retraite, élaborer des référentiels types de formation qui puissent être adaptés en fonction des compétences professionnelles ;
- Concevoir des formations articulant ressources internes des professionnels (les connaissances du socle du Bien vieillir et les éléments protecteurs, les spécificités de santé des retraités et leurs ressources à agir) ainsi sur des ressources externes (les offres de l'institution, les réseaux professionnels ainsi que les ressources documentaires) ;

- Effectuer une cartographie des professionnels tenant compte de leurs compétences et développer des ingénieries de formation en conséquence ;
- S'appuyer sur des réseaux de formateurs et sur les acteurs des territoires pour proposer des formations modulaires ;
- Mobiliser les nouvelles technologies pour mettre en place des plates-formes de ressources permettant de mutualiser et harmoniser les ressources, les pratiques professionnelles, et contenus de formation ;
- Evaluer les apports de ces formations au niveau des pratiques professionnelles avant d'envisager leur généralisation.

Enfin deux propositions sont à souligner :

- Création d'une filière doctorale en gérontologie ;
- Valorisation des professionnels et de leurs parcours pour répondre aux problèmes de recrutement.



## **VII - BON USAGE DES MEDICAMENTS**

## Fiche action 31 : la promotion du bon usage des médicaments

### Contexte

La polypathologie, fréquente chez les personnes âgées, incite à multiplier les prescriptions médicamenteuses. Cela implique pour le prescripteur de gérer au mieux le risque iatrogène. Les coûts humains et financiers font de l'amélioration de la prescription médicamenteuse du sujet âgé un enjeu de santé publique. Différentes modalités de prescription sont aujourd'hui rapportées comme l'excès de traitement, la prescription inappropriée ou l'insuffisance de traitement.

### *Les programmes de la HAS*

La gravité du risque iatrogène chez les sujets âgés a conduit à développer de nombreux travaux et recommandations ces dernières années. Mieux prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique. Les travaux ont été centrés sur la prescription chez le sujet polypathologique de plus de 65 ans ou âgé de plus de 75 ans (cf. le programme PMSA - Prescription médicamenteuse chez le sujet très âgé - développé par la HAS depuis 2003).

Les recommandations de la HAS portent en effet essentiellement sur la iatrogénie dont sont victimes les sujets très âgés (20% des hospitalisations des plus de 80 ans sont liées en tout ou partie à un médicament). La première source de polymédication est tout naturellement la polypathologie fréquente au grand âge. Si le médicament est avant tout une chance, la polymédication, souvent légitime, augmente le risque iatrogène et peut diminuer l'observance. La prescription, complexe, peut être optimisée, en repérant les excès de traitements, la prescription inappropriée et l'insuffisance de traitement

Les programmes PMSA et Psycho-SA (prescription de psychotrope chez les sujet de plus de 80 ans) servent de base à l'élaboration de programmes d'amélioration et d'évaluation des pratiques (EPP), adaptés aux différents professionnels impliqués et prenant en compte le contexte de soins et le lieu d'exercice.

Le programme AMI (Alerte et Maitrise de la Iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé) distingue expressément les situations de iatrogénie :

- Iatrogénie évitable avec des alertes sur des médicaments inutiles (neuroleptiques chez Alzheimer et benzodiazépines à demi vie longue chez le sujet âgé) et / ou les associations médicamenteuses inutiles et potentiellement dangereuses chez le sujet âgé (association de plus de 2 psychotropes, de 2 diurétiques...);
- Iatrogénie inévitable due aux médicaments indispensables au patient. Ce sont d'abord, les anticoagulants (médicaments à index thérapeutique étroit) et les médicaments cardiovasculaires, dont la tolérance peut être momentanément réduite par un évènement intercurrent (fièvre, gastroentérite, jeun, ..).

Les programmes de la HAS portent essentiellement sur les médicaments prescrits et sur les sujets très âgés. Toutefois l'automédication (médicaments en accès libre) peut être un facteur précipitant vers l'accident iatrogénique lié à des médicaments habituellement bien tolérés par le patient.

L'éducation du patient âgé et l'information de ses proches aidants (les enfants) sont fondamentales dans la surveillance des traitements, pour la prévention des risques liés au traitement et aux facteurs précipitant (dont l'automédication).

### ***Les actions de l'assurance maladie***

L'assurance maladie développe des actions en direction des médecins pour prévenir le risque iatrogène chez les plus de 65 ans prenant au moins 7 médicaments ou plus de façon continue. Un questionnaire spécifique a été élaboré pour les patients (téléchargeable sur le site AMELI)

### ***La population cible***

Sont concernés les usagers et les professionnels (médecins, pharmaciens, infirmières).

L'analyse de la courbe de prescription selon les âges repère une augmentation de consommation d'hypnotiques et d'anxiolytiques entre 55 et 65 ans ; qui correspond également l'âge du diagnostic de pathologie cardiovasculaire et de l'entrée dans le traitement.

Les plaintes diverses (constipation, mémoire, sommeil, fatigue, douleurs..) conduisent les personnes à s'orienter vers diverses médications avec ou sans prescription. Les plaintes ne sont pas toujours en lien avec des troubles patents de la mémoire ou encore une insomnie...Une meilleure connaissance du vieillissement, une évaluation globale de l'état de santé sont essentiels afin de limiter le nombre de médication de tout type.

### ***La question des génériques***

Elle doit être posée. En effet, les polémiques concernant les médicaments génériques ont été relancées par le rapport de l'Académie nationale de médecine en février 2012 et, cet été, par un avenant à la convention pharmaceutique prévoyant une généralisation du dispositif réservant le tiers payant aux assurés acceptant le générique. De plus, selon cet avenant, il est précisé que le pharmacien doit assurer une stabilité de la délivrance des génériques.

Le risque d'erreur et d'accident médicamenteux serait facilité par des génériques de présentations et de couleurs différentes, avec une dénomination différente<sup>21</sup>.

## **Objectif**

L'information sur le risque iatrogène évitable et inévitable des médicaments doit être transmise aux personnes concernées et à leur entourage. La sensibilisation de cette population peut être conduite, notamment, dans le cadre des consultations de médecine générale et lors de consultations de prévention :

- Expliquer les modifications physiologiques tout au long de la vie, les règles hygiéno-diététiques, les adaptations et modification des modes de vie, les signes qui doivent alerter ;
- Informer sur le risque iatrogène médicamenteux (évitable/inévitable, médicaments prescrits/médicaments en libre accès).

Cette sensibilisation pourrait s'accompagner également du développement de programmes ciblés sur les différents types de risques relatif à la iatrogénie médicamenteuse.

---

<sup>21</sup> « Ne pas substituer » – C. TRIVALLE NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie (2012) **12**, 241—242.

Il convient d'aider les médecins à :

- Gérer au mieux le risque iatrogène chez la personne âgée ;
- Favoriser l'observance des traitements et à éviter toutes prescriptions inutiles ;
- Sensibiliser au risque iatrogène et apporter toute information utile :
- Donner toutes les informations générales sur le risque des médicaments prescrits et en accès libre ;
- Promouvoir un programme d'information cibles sur les médicaments prescrits en distinguant la situation des psychotropes (évitable) et le cardiovasculaire (inévitabile) ;
- Promouvoir un programme d'information ciblé sur les médicaments en accès libre à risque (antalgiques, compléments alimentaires, troubles du transit.....).

## Mesures

- Diffuser et faire appliquer les programmes de la Haute autorité de santé (prescription médicale chez le sujet âgé - PMSA, Psycho SA, AMI) et les actions de l'assurance maladie ;
- Cette sensibilisation est à inscrire lors d'une consultation de prévention ;
- Favoriser la diffusion des supports d'information sur les thèmes tels que « troubles du sommeil ; troubles du transit; douleurs...» afin d'ouvrir le panel des solutions alternatives aux traitements médicamenteux ;
- Organiser une campagne de communication sur le bon usage des médicaments : au regard de ce qui a été exposé ci-dessus à propos du risque iatrogène qui est particulièrement prégnant au grand âge. Il paraît essentiel d'informer leurs enfants sur ce problème afin de développer une prévention pour eux-mêmes et un meilleur accompagnement de leurs parents ;
- Des mesures de communication de plus grande ampleur doivent se décliner dans un cadre général car les messages d'éducation à la santé ne sont pas spécifiques à cet âge de la vie ;
- Etudier l'impact de la forme et de la présentation des médicaments génériques sur leur bonne utilisation chez les personnes âgées : risque d'erreur par non reconnaissance de la boîte, de la couleur et du nom (usage de la dénomination commune internationale - DCI) ;
- Diffuser un guide de bonnes pratiques de prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé ;
- Inciter les établissements à créer des pharmacies à usages intérieur notamment aux travers de groupements de coopération sociale et médico sociale (GCSMS) qui permettent de mutualiser les coûts de fonctionnement et de diminuer le prix d'acquisitions des médicaments et surtout de bénéficier d'une expertise pharmaceutiques au sein des établissements. Le développement des pharmacies à usage intérieur (PUI) dans les EHPAD supposera cependant de réexaminer le tarif accordé aux établissements qui gèrent les médicaments qui est aujourd'hui dissuasif et ne couvre pas les coûts de fonctionnement.

## Fiche action 32 : la promotion du bon usage des médicaments, pratiques et substances anti-âge

### Contexte

Le désir de bien vieillir a stimulé une recherche scientifique et médicale de qualité. Mais elle s'accompagne également d'une prolifération anarchique sur le thème des médecines antiviellissement. Ainsi assiste-t-on au développement de pratiques anti-âge s'appuyant notamment sur l'utilisation de médicaments (traitements hormonaux...), de dispositifs médicaux et de produits cosmétiques. Certains produits et substances prétendant prévenir, ralentir ou inverser le cours du vieillissement, sont commercialisés, en dehors de tout cadre réglementaire, en particulier sur internet. Le manque de connaissance et de recul, ainsi que les risques possibles liés à l'utilisation de ces produits anti-âge, imposent de les recenser le plus exhaustivement possible, d'évaluer leur sécurité, leur efficacité ainsi que leur profil de tolérance.

### Objectifs

Il n'existe pas aujourd'hui de médicament autorisé revendiquant l'indication anti-âge. Il est donc nécessaire de :

- Identifier et recenser les méthodes, les produits et substances anti-âge ;
- Procéder à une évaluation : efficacité, inefficacité, dangerosité ;
- Proposer un classement des méthodes, produits et substances anti-âge, évaluer le bien fondé de leur utilisation et proposer des évolutions réglementaires ;
- Informer sur les bonnes pratiques d'utilisation à destination des professionnels de santé et du grand public ;
- Former les professionnels.

### Mesures

**Mesure 1** La revue des produits potentiellement concernés par la saisine s'appuie sur :

- Une revue de la littérature ;
- Une recherche sur internet (sites de ventes en ligne, articles grand public, sites spécialisés) ;
- Les travaux menés par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM).

Les produits recensés sont classés en plusieurs groupes : les médicaments autorisés susceptibles d'être utilisés en dehors des indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le cadre du « bien vieillir », les substances chimiques et plantes (dont les huiles essentielles) sans AMM inscrites ou non à la pharmacopée (notamment celles utilisées dans le cadre de préparations magistrales), les dispositifs médicaux, les produits cosmétiques et les produits et méthodes autres (ne relevant pas du champ de l'art. L. 5311-1 du code de la santé public).

Les critères de sélection des méthodes, produits et substances retenus dans le cadre de ce travail prendront en compte :

- la promotion de ces produits, couverture médiatique (magazines, journaux, internet), promotion par des professionnels pratiquant des actes de « médecine anti-âge » ;
- l'existence de travaux sur l'efficacité et les risques de ces produits et de données de tolérance disponibles.

Rappelons que les compléments alimentaires ont le statut de denrée alimentaire au regard de la réglementation européenne. Le recensement de ces compléments alimentaires mis sur le marché avec des allégations « anti-âge » pourrait être confié à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

La question de la qualification des produits de santé sera abordée, et plus particulièrement celle des produits frontières difficiles à classer en tant que médicaments, compléments alimentaires, plantes ou encore dispositifs médicaux.

Cette réflexion prendra en compte les réflexions conduites au niveau communautaire sur ces questions.

**Mesure 2** Information des publics cibles sur les bonnes pratiques d'utilisation et le mésusage de ces produits, avec l'élaboration des messages et recommandations destinés aux professionnels de santé et du grand public

Les pouvoirs publics déplorent une faible remontée des accidents liée à ces produits et pratiques. Ceci est lié pour une grande part à l'inexistence de dispositifs de vigilance sectoriels organisés pour les produits ou méthodes utilisés.

Alerter (sensibiliser) le grand public sur les risques et les bénéfices des ces pratiques et produits anti-âge

Des recommandations adaptées aux professionnels de santé d'une part et au public d'autre part, seront élaborées, notamment à partir de documents déjà publiés sur le site de l'ANSM. Un groupe de travail constitué d'experts du domaine et de représentants d'associations de patients est mis en place.

Un des objectifs sera d'identifier les cibles qu'il faut sensibiliser : professionnels utilisateurs (esthéticiennes...), professionnels de santé (médecins généralistes, dermatologues, kinésithérapeutes, ...), associations de patients, public en général. Les catégories de professionnels et de patients identifiées pourront être consultées le cas échéant.

Les messages à destination des professionnels de santé et du grand public seront ensuite évalués par le groupe de travail dédié. Les associations de personnes malades seront consultées sur l'adéquation aux attentes et la lisibilité des messages ainsi que sur la faisabilité des mesures proposées. Ces acteurs seront également des relais importants de l'information auprès du grand public.

**Mesure 3** Création d'une rubrique « produits et pratiques anti-âge » sur le portail internet dédié aux pratiques esthétiques et aux pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique.

Ce site comprendra notamment deux volets, l'un dédié aux pratiques esthétiques, l'autre aux pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique.

Il sera notamment alimenté sur la base des avis de la HAS, des études de l'INSERM et sur les différents groupes de travail mis en place sous l'égide de la DGS.

#### **Mesure 4** Contrôle de la publicité

Les messages publicitaires de ces produits à visée « anti-âge » s'adressent à un large public dont les seniors. Il convient de renforcer les contrôles des messages publicitaires qui s'inscrivent dans le cadre général des contrôles des produits de consommation.

Son contrôle relève principalement des compétences de la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF).

#### **Mesure 5** Mener une enquête populationnelle d'analyse des demandes (étude des besoins exprimés) de produits et pratiques de « soins anti-âge »

Il s'agit de recenser les besoins qui conditionnent ces démarches afin de développer une information et une offre sans risque pour la santé répondant à ces besoins identifiés et lutter également contre un certain nombre d'idées fausses.

Les personnes en fin d'activité professionnelle, nouvellement à la retraite ou de la même classe d'âge (entre 55 et 70 ans) sont les principales cibles du marketing « sénior ».

Il s'agit de comprendre, pour pouvoir ensuite les prévenir, les mécanismes conduisant à ce mésusage et dans certains cas à une prise de risque pour la santé.

Il s'agirait, comme le préconise le rapport du centre d'analyse stratégique du mois de mars 2010<sup>22</sup>, de s'appuyer sur des messages positifs de santé publique favorables à la santé (plutôt que des messages négatifs de type interdiction de..) qui contrebalanceraient les messages de l'industrie du « rajeunissement ».

#### **Mesure 6** Former et alerter les professionnels concernés par ces activités

Informers les professionnels de santé de l'existence des systèmes de vigilance existants et faciliter leur usage.

Rendre accessible les systèmes de vigilance - matériovigilance, cosmétovigilance, vigilance sur les compléments alimentaires – en permettant la télétransmission des fiches de signalement d'effets indésirables.

#### **Mesure 7** Renforcer le contrôle des industriels

Les opérateurs économiques revendiquent des allégations figurant dans la publicité de leurs produits. Il convient de s'assurer de la démonstration des allégations revendiquées par les responsables de la mise sur le marché et de l'existence de mises en garde adaptées pour l'utilisation de ces produits. Ce contrôle devrait se fonder en particulier sur la cohérence des allégations avec les résultats des essais cliniques réalisés ainsi que sur les éléments contenus dans la documentation technique de produits.

Surveillance des marchés avec la lutte contre la contrefaçon et la vente en dehors du circuit licite pharmaceutique particulièrement sur internet.

---

<sup>22</sup> Nouvelles approches de la prévention en santé publique. L'apport des sciences comportementales cognitives et des neurosciences

## **VIII - RECHERCHE**



## Fiche action 33 : la recherche et l'innovation

### Contexte

L'importance de la recherche en gériatrie et en gérontologie n'est plus à démontrer. Les champs d'exploration sont multiples car ils concernent aussi bien le domaine de la santé que le domaine social ainsi que l'environnement.

### Objectifs

L'objectif principal est la promotion d'une recherche pluridisciplinaire en s'efforçant de rapprocher deux mondes distants : les sciences médicales et les sciences humaines et sociales. C'est un exercice difficile, insuffisamment développé en France, qui mérite une réflexion et une action adaptée.

On peut résumer l'action par ces verbes : connaître, expérimenter, évaluer

### Mesures

« L'avancée en âge » ne sont que des mots. Il faut encourager dans les travaux scientifiques et universitaires la référence à des groupes d'âge plus conformes aux réalités.

Il convient d'approfondir la connaissance des déterminants de la perte d'autonomie, en améliorant la connaissance des liens entre pathologies, fragilité et dépendance :

- Rapprochement de l'enquête santé et handicap (DREES) avec les fichiers de l'assurance maladie afin d'améliorer la connaissance sur les liens entre les handicaps et leurs causes ;
- Etude CONSTANCES (Institut national de la santé et de la recherche médicale -INSERM, CNAM) : suivi de personnes âgées de 18 à 69 ans à l'inclusion (200 000 personnes), consultants des Centres d'exams de santé (CES) de la Sécurité sociale. Ses objectifs sont de constituer une plateforme largement ouverte à la communauté des chercheurs et de la santé publique, afin de contribuer au développement de la recherche épidémiologique et de fournir des informations à visée de santé publique ;
- A plus long terme, poursuite des études de cohorte, à l'instar de celle développée par l'INSERM et la CNSA sur 15 000 personnes âgées suivies depuis 20 ans pour comprendre les parcours et les « débits d'entrée » en incapacité totale ou partielle ;
- Etudes à partir de l'observatoire des fragilités CNAM-CNAV/MSA/RSI ;
- Certains travaux scientifiques pluridisciplinaires ciblent les personnes âgées et leurs aidants, à l'instar de la cohorte ICE (Informal Carers of Elderly), cohorte prospective multicentrique d'aidants informels en Bourgogne Franche-Comté. L'ambition de la cohorte ICE (Informal Carers of Elderly), est de définir à travers l'étude longitudinale de leurs parcours de vie, des profils d'aidants dont les proches, âgés d'au moins 60 ans et résidant en Bourgogne ou Franche-Comté, sont atteints d'une des pathologies suivantes : Accident Vasculaire Cérébral (AVC), Cancer du sein ou de la prostate ou du colon-rectum, Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA), Insuffisance cardiaque, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées et Maladie de Parkinson. Le suivi des différentes phases de la relation d'aide depuis l'annonce du diagnostic

permettra d'analyser la qualité de vie des aidants et d'évaluer une nouvelle forme d'aide aux aidants grâce à un essai randomisé d'intervention économiquement supportable par la société.

La recherche doit contribuer à la transversalité des plans de santé publique.

La France doit assurer un suivi des initiatives européennes : SHARE, projet WE DO (qualité de vie en institution) et à la suite donnée à « bien vieillir en Europe » (INPES, PASEO)...

## Fiche action 34 : l'Institut national de l'avancée en âge

### Contexte

Depuis de nombreuses années la question de la création d'un Institut national du vieillissement a été débattue sans jamais aboutir.

La situation actuelle semble favorable sous réserve qu'il ne s'agisse pas de la création d'un organisme supplémentaire, mais plutôt de l'évolution naturelle d'un organisme déjà existant, en veillant à ne pas en alourdir les charges.

### Objectif

La promotion d'une recherche pluridisciplinaire est un objectif prioritaire. Ses efforts doivent porter sur le rapprochement de deux mondes trop souvent distants : celui porté par les sciences médicales et celui porté par les sciences humaines et sociales. Le croisement des disciplines, les interfaces qui en résultent sont source d'un enrichissement qu'il faut savoir saisir. Mais, c'est un exercice difficile, insuffisamment développé en France, qui mérite une réflexion et des actions adaptées.

La création de l'Institut national de l'avancée en âge aurait pour objectif de le positionner comme une vigie prospective chargée de :

- Organiser la collaboration entre les différentes disciplines (médecine, psychologie, sociologie, démographie, urbanisme, économie...) et les institutions qui s'intéressent au vieillissement ;
- Structurer un centre de bibliographie ;
- Repérer des sujets non explorés et inciter à leur prise en compte ;
- Dynamiser la réflexion et les liens avec les courants internationaux qui s'impliquent dans la thématique du vieillissement ;
- Contribuer à une réflexion prospective sur les grands sujets concernant le vieillissement
- Enrichir le débat public.

L'Institut national de l'avancée en âge ne fait pas lui-même de la recherche, mais par contre facilite le travail des chercheurs en valorisant leurs productions. Il s'appuie sur un Comité scientifique. Il est à la disposition des pouvoirs publics.

### Mesure

Cette création serait en fait l'évolution naturelle de la Fondation Nationale de Gérontologie qui deviendrait ainsi l'Institut national de l'avancée en âge.

## **IX - DIMENSION EUROPEENNE**

## Fiche action 35 : l'Europe

### Contexte

Plusieurs réseaux et actions sont en place. Leurs travaux sont à suivre.

Le réseau EUNAAPA (EUropean Network for Action on Ageing and Physical Activity). Depuis 2005, 20 pays européens travaillent ensemble à améliorer la santé, le bien-être et l'indépendance des personnes âgées à travers l'Europe par la promotion de l'activité physique.

EUNAAPA vise à concilier science, pratique et décision politique en favorisant le dialogue entre tous les Etats membres sur la mise en œuvre de recommandations sur le vieillissement et l'activité physique basées sur la preuve.

Le réseau réunit des scientifiques, des prestataires de services d'activité physique, des décideurs politiques et des représentants de personnes âgées. Il a pour objectifs de :

- Favoriser une approche intersectorielle de la promotion de l'activité physique parmi les personnes âgées, en s'engageant dans un dialogue avec différents secteurs politiques ;
- Identifier des façons, basées sur des preuves, rentables et acceptables de promouvoir l'activité physique ;
- Faciliter la contribution des scientifiques européens au développement et à la mise en œuvre de politiques de promotion de l'activité physique basées sur des preuves.

Le travail initié par ce réseau s'est poursuivi au travers d'un projet européen « PASEO - Building Policy Capacities for Health Promotion through Physical Activity among Sedentary Older People » dont l'objectif était d'alimenter le processus de développement de structures, compétences et ressources organisationnelles pour promouvoir la santé par l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires.

Le projet PASEO (janvier 2009 – juillet 2011) a été financé par la Commission européenne. Quinze pays ont participé au projet. Le point de contact français : l'Ecole de Santé publique - Faculté de Médecine, Nancy-Université - représentée par Anne Vuillemin en partenariat avec le Ministère de la Santé et des Sports -[anne.vuillemin@staps.uhp-nancy.fr](mailto:anne.vuillemin@staps.uhp-nancy.fr)).

Les objectifs stratégiques du projet PASEO :

- évaluer les possibilités de promotion de l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires ;
- construire des alliances pour renforcer les possibilités de promotion de l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires ;
- développer les capacités de promotion de l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires au travers de ces alliances ;
- réaliser le suivi du renforcement des possibilités de promotion de l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires.

Ce projet PASEO est à l'origine de la mise en place du réseau français Activ'âge qui a pour objectif général de promouvoir l'activité physique tout au long de la vie. La capacité d'une personne à s'engager dans une activité physique de manière régulière et durable dépend de nombreux facteurs, qui peuvent interagir. Ces facteurs peuvent être regroupés en trois catégories de déterminants : intra personnels, liés à l'environnement physique et liés à l'environnement social.

## **Initiative HAPPIER (Healthy Activity & Physical Program Innovations in Elderly Residences)**

Le contexte réglementaire en Europe en matière de prise en charge de l'activité physique en établissement d'accueil pour personnes âgées est divers et témoigne d'une perception qui diffère d'un pays membre à l'autre. Est-elle un outil d'animations récréatives ou un outil de prévention permettant de soutenir l'autonomie et la santé des personnes âgées ?

Dans le cadre de l'année européenne 2012 sur le vieillissement actif et la solidarité entre les générations, le Ministère de la santé français ainsi que son partenaire, le groupe associatif SIEL Bleu, réaliseront une étude transnationale HAPPIER.

Le programme HAPPIER vise à évaluer l'efficacité de programmes d'activité physique adaptée sur la qualité de vie des résidents de maison de retraite et sur leur environnement humain et organisationnel. L'étude transnationale vise à couvrir 32 maisons de retraite, 384 participants en France, Irlande, Espagne et Belgique (pays dans lesquels le groupe associatif SIEL Bleu est déjà présent).

L'étude prévoit tout d'abord de mesurer l'impact physique, social et cognitif d'un programme d'activité physique auprès des personnes âgées en établissement et d'évaluer ainsi sa contribution à la promotion d'un vieillissement actif, autonome et en bonne santé. HAPPIER a aussi pour objectif d'évaluer les effets indirects d'un tel programme sur l'établissement d'hébergement et son organisation. Il s'agira de mesurer la contribution du programme auprès du personnel encadrant (gains de temps lié à l'amélioration de l'autonomie des résidents) et aussi du personnel soignant (pertinence d'un diagnostic non invasif reposant sur ces indicateurs physiques, sociaux et cognitifs).

En cas de bénéfice démontré, l'étude pourrait donc facilement concourir aux objectifs en matière de vieillissement actif que défend l'Initiative phare Europe 2020.

## **WeDO : For the Wellbeing and Dignity of Older People (pour le bien-être et la dignité des personnes âgées)**

Coordonné par l'UNCCAS, la FNG et AGE Platform Europe, avec de nombreuses participations (CNSA, DGCS, CCAS, CG, ANSP, ANESM, AFNOR, HABEO, ALMA, OLD UP ...), WeDO est un projet européen cofinancé par la Commission européenne s'inscrivant dans la continuité du projet EUSTACEA sur la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées. Il recense l'existant et les bonnes pratiques (SFGG – MOBIQUAL), détermine les manques et élabore des pistes de recommandations.

Rassemblant 18 partenaires venant de 12 Etats membres, l'objectif global du projet WeDO est de développer un partenariat européen et des partenariats nationaux durables et croissants réunissant des organisations qui s'engagent à travailler ensemble pour promouvoir le bien-être et la dignité de personnes âgées vulnérables ou handicapées et pour prévenir la maltraitance envers ces personnes à travers la promotion de la qualité des services et des soins de longue durée (personnes âgées en perte d'autonomie...).

Ces dernières années, la question de la maltraitance et de la négligence envers les personnes âgées vulnérables a gagné de l'importance aux niveaux européen et national. Une Charte européenne des droits et responsabilités des personnes âgées et en particulier des femmes âgées ayant besoin d'assistance et de soins de longue durée a en effet été développée.

Les autorités publiques, les décideurs politiques, les prestataires de services et les organisations d'utilisateurs sont désormais conscients que, de la même façon que la maltraitance envers les enfants, la maltraitance des personnes âgées ne peut plus être tolérée et que des mesures doivent être prises pour s'assurer que toutes les personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant des services et des soins d'assistance soient protégées et puissent vieillir dans la dignité.

Le projet WeDO s'appuie donc sur l'effort réalisé ces dernières années au niveau européen par les Présidences successives de l'Union européenne, avec le soutien du Parlement européen et de la Commission européenne. Basé sur l'article 25 de la Charte européenne des Droits fondamentaux, sur l'article 19 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et sur le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, le projet WeDO entend répondre de manière adéquate aux besoins croissants de notre population vieillissante dans le contexte actuel de crise économique, de restrictions budgétaires et de changements sociétaux rapides.

Pour cela à l'échelon national, il est indispensable de réunir tous les partenaires, à tous les niveaux de gouvernance, qui souhaitent travailler ensemble à la mise en œuvre d'une stratégie nationale pour le bien être et la dignité des personnes âgées. De plus, il y a une véritable nécessité d'établir un état des lieux de l'existant (législation, chartes, bonnes pratiques) et d'amener les partenaires à une réflexion commune. L'ensemble de ces travaux alimentera ainsi les réflexions de la coalition européenne.

Quant au niveau européen, le besoin est de développer un Cadre européen volontaire pour la qualité des soins de longue durée dans les milieux institutionnels et pour les soins à domicile. Un Guide européen du Partenariat qui comprendra des recommandations pour la mise en œuvre d'outils participatifs de développement, de contrôle et de système de labellisation de la qualité, pourra ainsi être mis en place.

### **Réseau Age Platform Europe**

AGE Platform Europe est un réseau européen qui regroupe près de 167 organisations de personnes âgées de 50 ans et plus représentant directement plus de 30 millions de seniors dans l'Union Européenne. AGE a pour vocation de faire entendre et de promouvoir les intérêts des personnes âgées de 50 ans et plus dans l'Union européenne et de sensibiliser les politiques aux questions liées au vieillissement.

Les membres sont des associations de seniors et d'autres organisations de la société civile qui travaillent avec et pour les personnes âgées afin de donner davantage de poids et de crédibilité à leurs points de vue, leurs intérêts et leurs besoins.

AGE travaille sur des domaines politiques très divers, qui ont un impact sur la vie des personnes âgées et des pensionnés : la non-discrimination, l'emploi des travailleurs âgés et le vieillissement actif, la protection sociale, les réformes des pensions, l'inclusion sociale, la santé, la maltraitance, la solidarité entre les générations, la recherche, l'accessibilité des transports publics et de l'environnement bâti, et les nouvelles technologies (TIC). La plateforme est également impliquée dans plusieurs projets européens, dont la majorité est financée par le 7<sup>ième</sup> Programme cadre de l'Union européenne.

Historique. AGE a vu le jour en janvier 2001 et est le fruit d'une réflexion sur les moyens d'améliorer et de renforcer la coopération entre les organisations de personnes âgées à l'échelon européen. L'adhésion à AGE est ouverte aux organisations européennes, nationales et régionales ainsi qu'aux organisations représentant des personnes âgées ou œuvrant en leur faveur.

Les organisations de personnes âgées disposent de la majorité des voix au sein des organes décisionnels d'AGE. Seules les organisations non gouvernementales sans but lucratif sont admises à l'adhésion. AGE est financé conjointement par ses membres et par une subvention accordée au titre du programme PROGRESS de l'Union Européenne.

L'action d'AGE se situe au niveau européen et a pour but de sensibiliser le public aux opportunités et aux défis résultant du vieillissement de la population, d'élaborer des réponses stratégiques appropriées et de promouvoir les intérêts et la participation des citoyens européens âgés.

**ERA-AGE appel à projet européen** dont la première vague, ERA-AGE 1 a été lancé en 2004, et la deuxième vague, ERA-AGE 2, en 2011.

Cet appel à projet, a pour objectif de financer de jeunes chercheurs sur le vieillissement. En France, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont partenaires de cet appel à projets et privilégient l'axe de la prévention et les études comparatives (les chercheurs doivent passer au moins 6 mois dans un autre pays).

Trois jeunes chercheurs ont été financés par ERA-AGE 1 sur les sujets suivants :

- Economie de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées ;
- Vieillesse, dépendance et responsabilité : des politiques publiques au secteur informel. Configurations en Grèce, GB et France ;
- Dépendance : émergence et juridique.

Un seul projet a été sélectionné dans le cadre d'ERA-AGE 2 2011-2014 : il s'agit du projet sur la fragilité de l'IRDES visant à exploiter les résultats de l'enquête SHARE.

**KIC (knowledge and innovation communities).** L'Institut européen de technologie (IET) a annoncé le 16 décembre 2009 la création de pôles européens qui constitueront ses trois premières communautés de la connaissance et de l'innovation. Elles auront, selon les textes, « *pour objectif de définir une vision cohérente d'une économie « durable », mettant en avant la formation, la recherche et les éco-innovations, et favorisant l'émergence d'entreprises de technologie innovante* ».

Au niveau national, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche a réuni les représentants du « *triangle de la connaissance* » (recherche, enseignement supérieur, innovation) pour motiver une candidature française au futur appel à projets « communautés de la connaissance et de l'innovation – KIC » (2014) consacré à la thématique « Innovation for healthy living and active ageing ». Lors de cette réunion, l'ensemble des participants s'est prononcé sur l'opportunité de répondre à cet appel à projet, et le principe d'un portage azuréen (Université de Nice, CHU de Nice, CNR Santé) a été acté. Le MESR souhaite qu'un seul projet français soit officiellement soutenu.

Les KIC (communautés d'innovation et de connaissance) constituent le réseau territorialisé de l'Institut Européen de Technologie sous la forme de partenariats public-privé. Ces communautés développent des activités et des investissements axés sur l'innovation et présentant une valeur ajoutée au niveau européen, une recherche de pointe et tournée vers l'innovation dans des domaines revêtant un intérêt essentiel pour l'économie et la société, des activités d'éducation et de formation (niveaux M et D) dans des disciplines susceptibles de permettre de répondre aux besoins économiques futurs de l'Europe, et la diffusion des meilleures pratiques dans le domaine de l'innovation. Les partenaires d'une KIC doivent justifier d'activités pertinentes pour la KIC, à hauteur de 75% du budget total de la KIC, afin d'obtenir un financement UE de 25%.



## Mesures

- Bilan de l'année européenne 2012 « vieillissement actif » : réalisation d'un guide de bonnes pratiques recensées pendant cet exercice ;
- Suivi de European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing – EIPAAH – 2020;
- Implication dans « Année 2013 : année de la citoyenneté » ;
- Suivi de l'étude « SHARE » ;
- Suivi de « iPOPs AGES », créé par l'INED. Ce réseau thématique international sur le vieillissement a pour vocation de faciliter et stimuler les collaborations entre chercheurs et experts issus de disciplines variées, qu'ils soient établis au Sud ou au Nord. Ce réseau présentera, via le site internet d'iPOPs, les chercheurs et leurs travaux en lien avec cette thématique ;
- Etre attentifs aux appels à projets européens et en assurer la diffusion auprès des équipes françaises ;
- Assurer une présence de la France aux différentes réunions organisées par l'Europe sur le thème du vieillissement et encourager les prises de parole dans ces différentes manifestations;
- Organiser des enquêtes dans plusieurs pays de la communauté, sur une thématique ciblée, par l'intermédiaire du Bureau des Politiques et Relations européennes – Délégation aux affaires européennes et internationales.

## CONCLUSION

Le présent rapport, rédigé dans des délais contraints, a rempli la première étape fixée au « Comité avancée en âge » : proposer 35 fiches actions déclinant pour chacune d'entre elles, le contexte, les objectifs et les mesures relatives à ces actions. A la suite des précisions apportées par Mme Delaunay, la deuxième étape consistera à traiter des questions relatives aux opérateurs chargés de les mettre en œuvre, à l'évaluation du coût des mesures proposées et de leur financement.

Les pistes d'action proposées sont pragmatiques, diverses, multiples et complémentaires. Toutes contribuent directement ou indirectement au développement de la prévention, à la promotion de l'autonomie par sa préservation ou par la prévention des incapacités et à la recherche de la qualité de la vie, tout en participant à la réduction des inégalités sociales de santé.

La nécessaire globalité de la démarche, impliquant la personne et son environnement, a besoin, pour s'exprimer dans des réalisations concrètes, d'une volonté politique interministérielle. De fait, la dynamique qui sera créée par la loi « Autonomie » facilitera les avancées portées par les différentes mesures étudiées.

Si l'ensemble des acteurs du secteur s'accordent sur l'importance de prévenir la perte d'autonomie, nombre d'organisations de personnes âgées, familles et professionnels disent également la nécessité d'attribuer les moyens humains et financiers correspondant aux objectifs de prévention et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Plusieurs rapports récents insistent sur le fait, qu'en dépit des efforts engagés ces dernières années, le secteur « personnes âgées » reste sous doté en personnel, tant à domicile qu'en établissement, et en moyens insuffisants pour les plans d'aide. Ils montrent aussi les grandes disparités nationales par la pratique hétérogène de tarifs non revalorisés depuis plusieurs années.

La poursuite du travail du Comité « avancée en âge : prévention et qualité de vie » doit également porter sur :

- la valorisation des métiers liés à l'accompagnement médico-social et sanitaire des personnes en perte d'autonomie ;
- l'évolution de la formation par la modernisation de ses contenus (prévention de la perte d'autonomie, observation et détection des symptômes du vieillissement, ...) et l'acquisition de compétences complémentaires tout au long du parcours professionnel.

Les réflexions conduites ont d'ores et déjà été l'occasion d'évoquer les conditions à réunir, notamment en termes de moyens, pour mettre en place le plan d'action global contenu dans le présent rapport. Le comité a déjà pu enregistrer les analyses de ses diverses composantes, notamment des questionnaires, des directions d'administration centrales, des représentants des usagers etc. Tout ceci constituera le matériau de base à la suite des travaux du comité.

## LETTRE DE MISSION

## DOCUMENTS DE REFERENCE

- Propositions « Plan national Bien vieillir » - Jean-Pierre AQUINO et Geneviève RUAULT (2011)
  - Rapport Annick MOREL « Société et vieillissement » (2011)
  - Rapport André TRILLARD (2011)
  - Livre de la FNG « Actes du Colloque Prévention et vieillissement » (2012)
- 
- Patrice BOURDELAIS « *L'âge de la vieillesse* », 1998.
  - *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, M. DUEE, C. REBILLARD, Données sociales – La société française, INSEE, éd. 2006.
  - Conférence de la famille 2006, *La famille, espace de solidarité entre générations*
  - Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » - HCSP (2009)
  - Politique de l'âge, par Michèle DELAUNAY, députée de la Gironde, présidente du groupe de travail « politique de l'âge », avril 2009
  - Recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé - Direction générale de la santé, (décembre 2009)
  - « Prévention et longévité : le défi de la dépendance » Françoise FORETTE Janvier 2009.
  - INPES Résultats d'une étude qualitative auprès de seniors et de personnes âgées en perte d'autonomie- Hélène BORDESSOL, Stéphanie PIN- Mai 2009.
  - Prévention du suicide, comté de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration pour la politique de prévention, les rapports des groupes, mars 2009
- 
- Vivre en semble plus longtemps, enjeux et opportunité pour l'action publique du vieillissement de la population française, Centre d'analyse stratégique, 2010
  - Rapport Credoc- Etude de l'impact du vieillissement de la population sur l'offre et la demande de biens et de services de consommation - 2010 à la demande de la DGCIS.
  - Rapport du Haut conseil en santé publique sur l'évaluation de la loi de santé publique du 9 août 2004 (2010)
  - CAS, La note de veille n°187, *Comment soutenir efficacement les « aidants » familiaux de personnes âgées dépendantes ?* Juillet 2010

- « **Nouvelles approches de la prévention en santé publique** » CAS (2010)
  - **Vieillesse, longévité et assurance maladie.** HCAAM (2010)
  - **Population et société n°473- décembre 2010.** « **Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ?** ».
  - **Haut Conseil de la santé publique, *Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009, Rapport final*, 2010.**
  - ***Le contexte familial de la dépendance ; situation actuelle et évolutions prévisibles*, C. CASES, CATTIAS-DONFUT, 2010**
  - **Territoires gérontologiques : contraintes, défis et controverses**  
**Gérontologie et Société - Cahier N°132 FNG 2010**
- 
- « **La santé de l'homme** », INPES, n° 411, 2011.
  - « **Politique de prévention de la perte d'autonomie** » – CNAV (2011)
  - « **Pour une politique de prévention au service de l'autonomie** » – CNSA (2011)
  - « **La dépendance des personnes âgées** » - CESE (2011)
  - **55 propositions de l'ADF pour relever le défi de la perte d'autonomie (2011)**
  - **Les cahiers de l'ODAS, juillet 2011, « Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie », la décentralisation de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de l'évaluation des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées**
  - « **Assurance maladie et perte d'autonomie** » – HCAAM (2011)
  - « **Age, maladie et handicap : pour une égalité d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie** » - CISS (2011)
  - « **Interventions efficaces en termes de prévention des incapacités** » - INPES (2011)
  - **Le livre blanc de la gériatrie française. Coordonnateur : C. JEANDEL - ESV Production - 2011**
  - **L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Inspection générale des affaires sociales IGAS - 2011**
  - **Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psycho-sociaux. M. FERRY, D. MISCHLICH – 4<sup>ème</sup> édition 2012 – Elsevier Masson**

- **Le livre blanc – Association France Alzheimer - 2012**
- **La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents. Cour des comptes, Rapport public annuel, février 2012.**
- **Les défis territoriaux face au vieillissement – JP. VIRIOT-DURANDAL  
La documentation française – 2012**

## CONTRIBUTIONS REÇUES

### Représentants d'agences, de fédérations, de caisses et de professionnels

AD-PA

ADMR

AGIRC-ARRCO

ANESM

Association française des aidants

Association française des podologues

Association Nationale Française des Ergothérapeutes

CNAV

CNRPA

Fédération ADESSA-domicile

Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire membre de la Confédération Syndicale des Familles

Fédération nationale des orthophonistes

FEHAP

FEPEM

FFAMCO

FFMKR

FFSA

FHF

FNAAFP

FNADEPA

FNAQPA

FNMF

France Alzheimer

Groupe Malakoff Médéric

Groupe Réunica

INPES

MSA

Mutualité française

Répit famille

RSI

SNGC

SYNERPA

UNCCAS

Union française des soins bucco-dentaires (UFSBC)

UNIOPSS

UNPS

UNR Santé

## **Personnes qualifiées**

Pr Gilles BERRUT (CHU Nantes)

Dr Alain COLVEZ (INSERM)

Norbert DEVILLE (CETAF)

Pr Alain FRANCO (CHU Nice)

Pr Olivier HANON (SFGG)

Geneviève IMBERT (FNG)

Pr Sylvie LEGRAIN (PAERPA)

Pr Jean-Luc NOVELLA (Comité scientifique AGGIR, PATHOS)

Jean-Marie ROBINE (INSERM)

Dr Geneviève RUAULT (MOBIQUAL)

Jean-François SERRES (MONALISA)

Nicolas SIRVEN (IRDES)

Dr Jean-Marie VETEL (Le Mans)

## **Autres contributions**

Conseil régional d'Aquitaine

Sanofi



## **AUDITIONS**

Bruno ANGLES d'AURIAC (Fondation Médéric Alzheimer)  
Luc BROUSSY  
Lise BURGADE (CNSA)  
Pr Bernard CASSOU  
Dr Michel LAURENCE (HAS)  
Dominique LIBAULT (mission PAERPA)  
Pr Pierre LOMBRAIL (SFSP)  
Annick MARTIN (CNSA)  
Annick MOREL (IGAS)  
Vincent MOUNINC (HAS)  
Martine PINVILLE  
Pr Olivier SAINT-JEAN (HEGP)  
Dr Christophe TRIVALLE (Villejuif)  
Cyril VINSONNAUD (DGOS)

## **Dates des réunions du bureau du Comité Avancée en Age**

18 juin 2012  
17 juillet  
10 septembre  
15 octobre  
29 octobre  
9 novembre  
30 novembre  
14 décembre  
14 janvier 2013  
30 janvier 2013

## **Dates des réunions plénières du Comité Avancée en Age**

08 octobre 2012  
21 novembre  
19 décembre  
17 janvier 2013

## LISTE DES SIGLES UTILISES

ADF	Association des départementaux
AFSSAPS	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AMI	Alerte et Maitrise de la latrogénique médicamenteuse chez le sujet âgé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANAH	agence nationale de l'habitat du parc privé, partenaire logement sur le parc immobilier privé
ANESM	Agence nationale de l'évaluation sociale et médico- sociale
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSP	Agence nationale des services à la personne
APA	Allocation personnalisée pour l'autonomie
ARRCO	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident cardio-vasculaire
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CARSAT	caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CES	Centre d'examens de santé
CETAF	Centre Technique d'Appui et de Formation
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CLS	Contrats local de santé
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CSA	Conseil supérieur de l'audiovisuel
CSC	commission de sécurité des consommateurs
COG	Convention d'objectifs et de gestion
DCI	Dénomination commune internationale
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DGALN	Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
DGCCRF	direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
DIF	Droit individuel à la formation
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DPC	Développement professionnel continu

DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DS	Direction des sports
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EVSI	Espérance de vie sans incapacité
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FNG	Fondation nationale de gérontologie
GIE	Groupement d'intérêt économique
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GDR	Gestion du risque
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HTA	Hyper tension artérielle
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national démographique
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
ISS	Inégalités sociales de santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil médicalisée
MDA	Maison de l'autonomie
MDPH	Maisons départementales des personnes handicapées
MIGAC	Mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
MSA	Mutualité sociale agricole
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA	Personnes âgées
PASA	Pôle d'activités et des soins adaptés
PH	Personnes handicapées
PMSA	Prescription médicale chez le sujet âgé
PNA	Programme national pour l'alimentation
PNNS	Plan national nutrition santé
PRIF	Prévention Retraite Ile-de-France
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RSI	Régime social des indépendants
SFSP	Société française de santé publique
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco Dentaire
UNCCAS	Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale

