

Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie

septembre 2015



Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie

Remis à Laurence ROSSIGNOL,
Secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et
de l'autonomie

Coordination par le Dr Jean-Pierre AQUINO,
Président du Comité Avancée en âge

Mission d'appui de la Direction générale de la cohésion sociale
Comité Avancée en âge
septembre 2015

Remerciements

Je tiens à remercier Laurence ROSSIGNOL, secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie pour sa confiance, ainsi que Céline THIEBAULT, conseillère, pour son soutien.

Mes remerciements s'adressent aux membres du bureau du Comité Avancée en âge :

- La Direction générale de la cohésion sociale et tout particulièrement Annick BONY pour son aide,
- La Direction générale de la santé,
- La Direction générale de l'offre de soins,
- La Direction de la sécurité sociale,
- Le Secrétariat général des ministères sociaux,
- La Direction des sports,
- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie,
- La Caisse nationale d'assurance vieillesse,
- La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,
- La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole,
- Le Régime social des indépendants,
- L'Association générale pour le régime de retraite des cadres et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés,
- La Haute Autorité de santé,
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Ces remerciements s'adressent également à l'équipe du Haut Conseil de la santé publique qui travaille à l'évaluation à venir du plan.

Je remercie les Professeurs Sandrine ANDRIEU (SFGG), Gilles BERRUT (Comité Avancée en âge), Olivier HANON (SFGG), Claude JEANDEL (Comité de pilotage PAERPA), Sylvie LEGRAIN (Comité de pilotage PAERPA) et Bruno VELLAS (gérontopôle de Toulouse) pour leurs conseils, ainsi que Pierre-Marie CHAPON (Réfèrent pour la France du réseau OMS des « villes et communautés amies des aînés ») pour sa contribution.

Préambule

Ce plan remis à Laurence ROSSIGNOL, secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie, fait suite au rapport « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société » remis par le Dr Jean-Pierre AQUINO, Président du Comité Avancée en âge, au Premier ministre, Jean-Marc AYRAULT, en mars 2013.

Ce plan ne reprend pas des mesures préalablement décrites dans les différents plans et recommandations publiés à ce jour (plan Alzheimer, plan maladies neuro-dégénératives, plan dépression et prévention du risque suicidaire, plan cancer, plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux personnes âgées, plan national d'action de promotion des médicaments génériques) mais insiste sur des actions jugées prioritaires en leur donnant un caractère opérationnel.

Il s'adresse tout particulièrement aux Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées qui seront mises en place dans le cadre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Toutes les fiches opérationnelles présentées dans ce plan sont structurées sur le même schéma en détaillant les items suivants : contexte et enjeux, objectifs, mesures, outils et bonnes pratiques, métiers impactés, opérateurs et évaluation.

La cohérence d'ensemble, notamment le lien avec la discussion parlementaire en cours du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement ou encore avec le plan « métiers de l'autonomie » a été assurée par la DGCS. La formation des professionnels constitue un levier transversal pour la mise en œuvre de l'ensemble des mesures du plan. La rubrique « métiers impactés » en fait état dans chacune des fiches.

Sommaire

Remerciements	5
Préambule	7
Les fondements du plan national d’action de prévention de la perte d’autonomie	11
Axe 1. Préservation de l’autonomie et prévention primaire : améliorer les grands déterminants de la santé et de l’autonomie	31
Axe 2. Prévention secondaire : Prévenir les pertes d’autonomie évitables	103
Axe 3. Prévention tertiaire : Eviter l’aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité	129
AXE 4 : Réduire les inégalités sociales de santé	154
Axe 5 : Former les professionnels à la prévention de la perte d’autonomie	159
Axe 6 : Développer la recherche et l’évaluation des stratégies	166
GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS.....	180

Les fondements du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie

Introduction

Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie repose sur deux principes :

- développer une « prévention globale » entendue comme la gestion active et responsabilisée du « capital autonomie » de chaque personne ou groupe de personnes ;
- confier l'initiative d'exécution aux acteurs de terrain qui réalisent les actions en leur donnant un cadre et des objectifs.

Il est structuré autour de 6 axes :

- améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie,
- prévenir les pertes d'autonomie évitables,
- éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité,
- réduire les inégalités sociales (et territoriales) de santé,
- former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie,
- développer la recherche et les stratégies d'évaluation,

Il est composé de « fiches actions » qui doivent être pratiques, opérationnelles et documentées sur les axes prioritaires pour nourrir la réflexion des opérateurs et faciliter leur travail. Chaque fiche action précise le contexte et les enjeux, l'objectif, les mesures, les outils et les bonnes pratiques, les métiers impliqués et les formations requises, les opérateurs ainsi que les critères d'évaluation (indicateurs de processus et de résultats).

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 ;
- La prise en compte des inégalités sociales de santé en accordant une place privilégiée aux groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques ;
- Un équilibre entre les mesures de prévention individuelles et les mesures collectives, efficaces sur les déterminants sociaux, afin de contribuer à la réduction des inégalités socio-sanitaires ;
- La mise en cohérence avec les autres plans et programmes de santé publique (Programme national nutrition santé (PNNS), plan maladies neuro-dégénératives (PMND), plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées, préfigurations PAERPA, MONALISA...).

Ce plan est tout particulièrement destiné aux conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Celles-ci rassembleront, au niveau local, les financeurs de la prévention de la perte d'autonomie pour établir, sur le territoire départemental, un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales ou réglementaires. Ce programme vise à répondre aux besoins des personnes âgées de soixante ans et plus, recensés, notamment, par le schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie et par le projet régional de santé.

A cette fin, cette conférence réunit, sous la présidence du président du conseil départemental et sous la vice-présidence du directeur général de l'agence régionale de santé, des représentants des autres collectivités territoriales contribuant au financement de la prévention de la perte d'autonomie, de l'ANAH, des régimes de base de l'assurance vieillesse et de l'assurance maladie, des fédérations des institutions de retraite complémentaire, des mutuelles ainsi que toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie.

Afin de promouvoir les orientations stratégiques du plan national de prévention de la perte d'autonomie et d'accompagner les conférences des financeurs dans cette démarche, les fiches de mesures présentées proposent des outils utiles à sa mise en œuvre que les conférences pourront s'approprier.

Il comporte en outre des actions qui doivent être impulsées et suivies au niveau national dont la portée est interministérielle.

La gouvernance, l'évaluation et le suivi du plan devront prendre en compte ces deux axes complémentaires.

Eléments de contexte

Si la longévité est une chance, elle est aussi un défi de société que le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement propose de relever, en créant une nouvelle donne qui repose sur un ensemble de mesures d'anticipation, de prévention et d'accompagnement.

Le vieillissement harmonieux ne résulte-t-il pas finalement d'un dialogue constructif entre la personne, son environnement et les acteurs de la protection sociale ? Chaque personne est unique par ses caractéristiques génétiques, son état de santé, son histoire de vie et son comportement. Mais quelle place la société réserve-t-elle aux personnes âgées ? Quelles sont les représentations sociales de la vieillesse ? L'environnement est-il favorable ? En France, le rôle des pouvoirs publics est important dans l'analyse des besoins, ainsi que dans l'organisation des réponses.

Face à la transition démographique¹ - en 2040 , 10 millions de Français auront plus de 75 ans, soit deux fois plus qu'en 2007, et les plus de 60 ans représenteront 31 % de la population - et à la transition épidémiologique - les maladies infectieuses disparaissent progressivement au profit des maladies chroniques, qui touchent aujourd'hui près de 15 millions de personnes en France -, la prévention en général et la prévention de la perte d'autonomie en particulier sont des stratégies qui, parmi d'autres, s'imposent à notre système de santé et à l'organisation du secteur médico-social et social.

Ces stratégies englobent désormais, en amont de la perte d'autonomie, le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées, repérage qui « a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables² ». La fragilité apparaît comme un état potentiellement réversible mais cette réversibilité n'est, en règle générale, pas spontanée et nécessite le plus souvent des interventions.

Espérance de vie sans incapacité en fonction de l'âge

Année 2012

Age	Femmes	Hommes
0	84,9	78,5
60	27,2	22,6
70	18,6	15,2
80	10,7	8,6
90	5	4,1

Source : Eurohex

Si les chiffres d'espérance de vie à la naissance sont habituellement connus, ceux à un âge donné, le sont moins. Ce tableau renseigne cet indicateur à 60, 70, 80 et 90 ans pour l'année 2012.

1 Insee ; projections de population 2007-2060

2 HAS : Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Points clés : solutions... organisation des parcours

Espérance de vie sans incapacité en fonction de l'âge

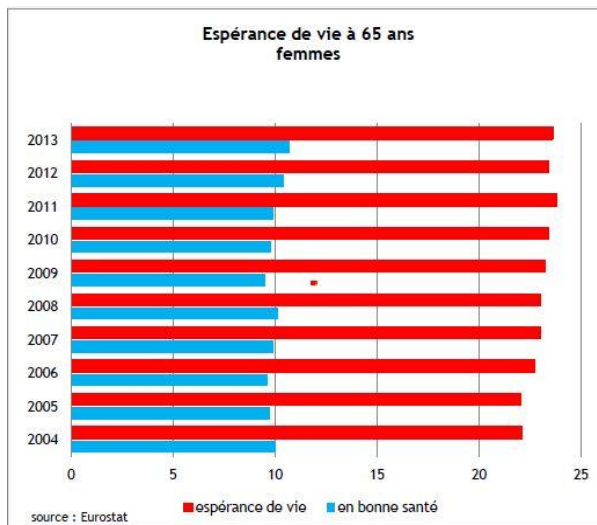
Année 2012

Age	Femmes	Hommes
0	63,7	62,5
60	13,3	12,3
70	7,1	6,8
80	3,1	2,8

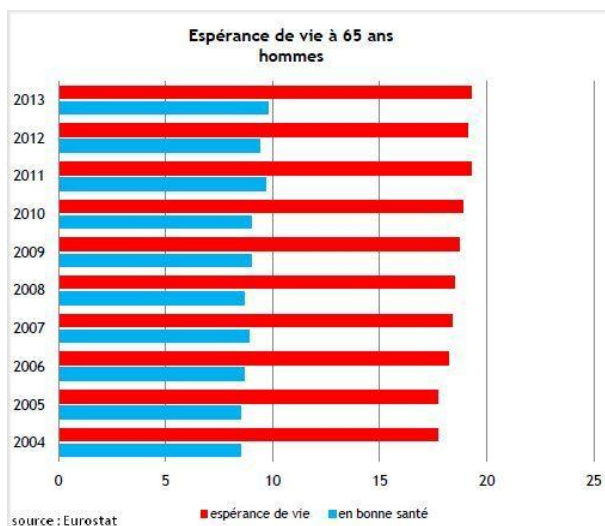
Source : Eurohex

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est le nombre d'années sans incapacité qu'il resterait à vivre en moyenne aux individus d'une population, si les conditions de vie et de santé du moment continuaient à s'appliquer au futur. Cet indicateur est intéressant, car son évolution reflète les gains de santé lorsqu'il est en progression.

En le mesurant à un âge donné (60, 70 ou 80 ans), on dispose d'une vision prospective plus précise.



Les femmes vivent plus longtemps que les hommes et passent à la fois plus de temps sans incapacité et plus de temps en incapacité.



Que peut-on dire de l'évolution de l'EVSI ? On note une accumulation de signaux concordants qui laisserait envisager une tendance récente moins favorable que dans le passé. Mais la prudence s'impose dans les conclusions.... Les résultats demandent des recherches poussées sur les situations des personnes à travers les enquêtes récentes³.

³ Sieurin, Cambois, Robine. Les espérances de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé. Document de travail de l'INED 2011;170:30p

La mobilisation autour de l'autonomie

La notion d'autonomie renvoie à l'étymologie (autos : « soi même » et : « lois ») et désigne la capacité, la liberté, le droit d'établir ses propres lois et la capacité de se gouverner soi même. Elle englobe les capacités intellectuelles, cognitives et motrices, elle suppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir et la liberté et la capacité d'agir, d'accepter ou refuser en fonction de son jugement.

L'autonomie n'est pas l'absence de dépendance : ainsi, le rapprochement des termes antagonistes autonomie/dépendance suggère que l'individu acquiert son autonomie par et à travers ses dépendances pour cesser d'être le jouet des aléas. Ainsi, un organisme vivant nécessitant des aliments pour entretenir son autonomie est, en même temps, dépendant de l'environnement dont il tire les aliments pour vivre.

Le mot « autonomie » représente une question clé, un thème central et mobilisateur qui doit cristalliser nos efforts, au service de trois objectifs déterminants : préserver l'autonomie de chacun durant toute la vie, prévenir les pertes d'autonomie évitables, éviter l'aggravation des situations déjà par une incapacité.

Préserver l'autonomie. L'autonomie est un capital que nous avons à gérer du mieux possible tout au long de notre vie. Un exercice physique régulier, une alimentation adaptée et un lien social structuré sont déterminants et contribuent à préserver l'autonomie, en particulier au cours de l'avancée en âge. L'importance de l'éducation pour la santé est à rappeler : elle doit débiter dès l'école. Il faut en effet développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie.

Prévenir les pertes d'autonomie évitables au cours de l'avancée en âge. En effet, dans certains cas, la perte d'autonomie est évitable. Ce constat renvoie à des facteurs de risque médicaux, sociaux et médico-sociaux mais aussi à des organisations insuffisamment adaptées à la population vieillissante. Prévenir ces situations représente un véritable défi qu'il s'agisse d'interventions au domicile, avec le repérage des facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée, mais aussi d'actions conduites dans les établissements de santé.

Stabiliser des situations caractérisées par une incapacité en préservant et valorisant les capacités restantes et en évitant une aggravation lorsque la récupération n'est guère possible, en particulier dans les EHPAD.

Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire :

- de concevoir et de mettre à disposition les organisations adaptées aux besoins et aux attentes des personnes y contribuant, de les évaluer,

- mais aussi d'informer nos concitoyens sur leur nécessaire responsabilité ainsi que sur les dispositifs et moyens mis à leur disposition (via, notamment le portail dédié à la préservation de l'autonomie des caisses nationales de retraite et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) « www.reponses-bien-veillir.fr »),
- de développer la formation des professionnels et de promouvoir la recherche appliquée. 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 l'approche biomédicale et celui porté par les sciences humaines et sociales et l'approche pluridisciplinaire. Le croisement des disciplines, les interfaces qui en résultent sont source d'un enrichissement qu'il faut savoir saisir. Cet exercice difficile est source d'innovation.

Pour être efficace, 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, associant les usagers et impliquant donc une démarche interministérielle compte tenu des différents domaines concernés.

La fragilité

La fragilité représente un nouveau paradigme pour la gériatrie. C'est un concept structurant et fédérateur, illustrant les mutations actuelles de la discipline.

Le terme de fragilité est utilisé de longue date par les médecins pour qualifier l'état de vulnérabilité de leurs patients. Mais son sens a évolué ces dernières décennies dans le domaine de la gériatrie. La fragilité est définie par les gériatres comme un syndrome clinique qui se caractérise par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression est modulée par les co-morbidités ainsi que par des facteurs psychologiques, socio-économiques et comportementaux, parmi lesquels l'altération des fonctions cognitives. C'est un marqueur de risque d'évènements péjoratifs, d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation, d'entrée en institution et de mortalité.

On distingue classiquement les personnes en bonne santé qualifiées de robustes. Ces personnes, si elles présentent certaines pathologies chroniques, ont un état de santé bien contrôlé. Leurs fonctions physiques et leur qualité de vie ne sont pas altérées. Cette population représente environ 50 à 60 % des personnes âgées de plus de 65 ans.

A l'autre extrême, les personnes touchées par une perte d'autonomie présentent des incapacités pour réaliser les actes de la vie quotidienne. Bien souvent confinées à domicile ou en institution, l'état de dépendance de ces personnes est très difficile à inverser surtout s'il est lié à des maladies dégénératives. Ces personnes représentent environ 10 % de la population de plus de 65 ans.

Le troisième groupe est composé de personnes dites fragiles, 30 à 40 % des personnes de 65 ans et plus. Selon les critères de FRIED, la fragilité physique est caractérisée par 5 symptômes : perte de poids involontaire, épuisement ressenti par la personne, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. La personne est qualifiée de fragile si elle présente 3 ou plus de ces critères et pré-fragile en présence d'1 ou de 2 de ces critères. Différentes études montrent que selon ces critères les sujets pré-fragiles représentent environ 30 % de la population de 65 ans et plus, et 10 % sont fragiles⁴.

Le repérage et la prise en charge des déterminants de la fragilité pourraient réduire ou retarder ses conséquences, comme le montrent certaines études d'impact⁵.

Mais cette approche médicale mérite d'être approfondie⁶ et complétée par une prise en compte d'autres déterminants de fragilité ou de vulnérabilité, en particulier socio-économiques. A l'initiative conjointe de la CNAMTS et de la CNAV et en concertation avec la MSA et le RSI, des « observatoires régionaux des situations de fragilité » sont en cours de déploiement au niveau des régions. Ceux-ci visent à identifier les personnes en risque de fragilité pour agir, de façon ciblée, sur les difficultés d'accès aux droits, aux soins et aux dispositifs de prévention et contribuer ainsi à la réduction des inégalités sociales en santé au cours de l'avancée en âge. Outils de pilotage et de diagnostic territorial, les observatoires régionaux des situations de fragilité permettent d'optimiser la programmation des actions de prévention vers les publics cibles appropriés, pour une couverture la plus pertinente des territoires tant en quantité (taux de couverture) qu'en qualité (thématiques / l'accès aux soins, la sortie d'hospitalisation, les seniors isolés...).

La HAS (Haute autorité de santé) et la SFGG ont établi en 2013 des premières recommandations de repérage et de prise en charge de la fragilité. Cette approche est susceptible d'évoluer à la faveur de nouveaux travaux à venir, notamment internationaux comme les projets de l'UE qui a inscrit la fragilité dans son programme Horizon 2020.

La notion de fragilité et les critères permettant son repérage doivent être prédictifs du risque de déclin fonctionnel et d'événements péjoratifs, être simples d'utilisation et faire consensus au niveau international. Les travaux doivent être poursuivis dans ce sens.

4 Vellas B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité - Livre blanc de la fragilité 2015

5 Cesari C., Fougère B., Demougeot L. Les études d'impact ayant démontré l'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles. www.fragilité.org/livre-blanc - Livre blanc de la fragilité 2015

6 Sourial N ;, Bergman H., Karunanathan S. et al. Implementing frailty into clinical practice : a cautionary tale. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013 December;68(12)

La classification de WOOD⁷ : la place de l'environnement dans la classification des déficiences, des incapacités et des désavantages

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé en 1980 une « classification internationale des handicaps » : déficiences, incapacités et désavantages» pour compléter la classification internationale des maladies (CIM) en étudiant leurs effets dans la vie des individus. C'est le modèle de Wood. Il est fondé sur une approche fonctionnelle du handicap qui prend en compte les facteurs socio-environnementaux. Dès lors, l'environnement est considéré comme source de situations handicapantes. Il est important de reprendre les caractéristiques de cette classification pour une meilleure compréhension de la stratégie nécessaire à la conception et à la mise en œuvre de la politique de prévention.

Trois dimensions sont identifiées dans ce modèle :

- a) La déficience du fonctionnement d'un organe ou d'un système est évaluée par rapport au fonctionnement habituel de cet organe. La déficience est une perte de substance ou l'altération d'une structure ou d'une fonction (psychologique, physiologique ou anatomique). Elle correspond, par exemple, à une amputation, à une lésion de la moelle épinière ou à la dégénérescence d'un nerf, et/ou au déficit en résultant (paraplégie, aphasie, surdité, incontinence urinaire...).
- b) L'incapacité représente les conséquences de la déficience d'un organe ou d'un système sur le fonctionnement de l'individu en termes de limitation de fonctions ou de restriction d'activités. L'incapacité correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité de façon normale ou dans les limites considérées comme normales. C'est, par exemple, l'incapacité de marcher, de s'accroupir, de fermer le poing. Cela concerne également l'impossibilité d'exécuter certains actes : se lever, se laver, s'habiller, communiquer, mémoriser, réfléchir, etc.
- c) Le handicap (ou désavantage) est l'écart ou l'intervalle entre l'incapacité de l'individu et les ressources personnelles, matérielles et sociales dont il dispose pour pallier cette incapacité. Cet écart lui confère un désavantage social. Les désavantages ou handicaps (conséquences des déficiences ou des incapacités) représentent une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) : faire des études, occuper un emploi, avoir des loisirs... Quand on ne disposait pas des prothèses de hanche, se fracturer le col du fémur conduisait à un handicap. Tel n'est plus le cas actuellement.

Ainsi, la classification de Wood (CIH) constitue un bon tremplin pour comprendre les notions de handicap et de prévention dans la mesure où elle identifie les trois niveaux d'une personne :

- l'organisme, le corps, la dimension biologique (exemple : déficience du nerf auditif),

⁷ Philip Henry Nicholls WOOD (1928-2008), épidémiologiste et rhumatologue britannique, collaborateur de l'OMS, et son équipe présentent en 1975 la première classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, adoptée en 1976 par l'OMS et publiée en 1980.

- la personne en tant qu'individu, la dimension fonctionnelle (exemple : incapacité à entendre),
- la personne en tant qu'être social, en interaction avec son environnement (exemple : isolement social qui nécessite une réponse de l'environnement, de la société).

En 2001, l'OMS a proposé une révision de la CIH pour préciser et approfondir le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap et affirmer que l'invalidation est une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement. La CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) a remplacé la CIH.

Non au fatalisme

Dans l'esprit de bon nombre de nos concitoyens, la fatalité n'est-elle pas trop souvent l'explication de la survenue de la perte d'autonomie des personnes âgées ?

Il faut contrer cette représentation négative et passive, en dénonçant l'amalgame trop régulièrement fait entre le vieillissement normal et les maladies survenant au cours de l'avancée en âge, mais aussi et surtout en promouvant une politique de prévention plurielle, « multi-domaines », médicale, médico-sociale, sociale, environnementale. Ainsi, il est possible actuellement de limiter la perte d'autonomie ou de la retarder, en développant une prévention des maladies liées à l'âge, mais aussi une prévention des incapacités entraînées par les maladies chroniques. Ces actions reposent aujourd'hui sur des données scientifiques de plus en plus nombreuses. Mais, cette approche s'avère incomplète si des interventions sur l'environnement ne sont pas organisées. En effet, l'environnement joue un rôle important dans le bon équilibre de vie de toute personne : ainsi l'adaptation de l'habitat, la conception de l'urbanisme, l'organisation des transports, l'accès à la culture et aux activités contribuant au maintien du lien social sont autant de contributions qui signent une approche globale de la personne dans son cadre de vie, sans oublier les dispositifs sanitaires et médico-sociaux mis en place en réponse aux besoins observés.

Les représentations sociales de la vieillesse

Le vieillissement est marqué par une représentation sociale encore trop souvent négative, en contradiction avec le vieillissement en bonne santé de la population française. Pour que les personnes âgées soient considérées comme des citoyens à part entière, il est important de s'efforcer de modifier cette représentation dans la population générale, notamment auprès de la jeunesse, en recherchant une nouvelle image de la vieillesse pour les jeunes, mais aussi une nouvelle image de la jeunesse pour les anciens.

Plusieurs orientations pour y parvenir :

La société doit contribuer à façonner la place qui revient aux personnes qui vieilliront bien et plus longtemps, en veillant à ne pas opposer les générations entre elles et à promouvoir l'utilité sociale des personnes âgées.

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 : combattre toute forme d'âgisme et préserver la richesse du parcours de vie à toutes les étapes.

La lutte contre les sentiments de fatalité, d'inutilité et d'isolement est essentielle. Dans ce but, il est nécessaire de mettre en valeur les possibilités qui s'offrent après l'arrêt de la vie professionnelle et les apports possibles des aînés dans la vie sociale.

La société doit considérer la personne âgée comme un sujet de droit, un citoyen authentique, acteur de sa propre destinée et membre à part entière de la collectivité. Elle ne doit pas la considérer comme une « charge » qui relèverait uniquement d'une obligation de solidarité, même si celle-ci s'impose en cas de perte d'autonomie.

Il est également opportun de sensibiliser les citoyens à leur propre avancée en âge et à un mode de vie prévenant les facteurs de perte d'autonomie. 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.

Le vocabulaire utilisé par les professionnels pour parler de l'avancée en âge est plutôt technique, empreint d'une relation de « prestataires » à « bénéficiaires », parfois marquée par une dimension compassionnelle qui peut heurter et « infantiliser ». Aussi est-il important de débattre du vocabulaire utilisé en choisissant une sémantique en rapport avec l'esprit positif qui préside à cette démarche.

Les médias, par leurs contributions, sont en mesure d'influencer les représentations.

Les inégalités sociales de santé

« 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 inévitables. » (Margaret WHITEHEAD).

Les inégalités sociales de santé ne sont pas le fruit exclusif de la précarité sociale, bien que celle-ci en soit l'un des facteurs déterminants. Elles trouvent leur origine dans des déterminants multiples qui s'accumulent depuis la petite enfance et tout au long de la vie, 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, aux dispositifs d'accompagnement. Ces déterminants ont pour conséquence des inégalités dans la constitution et la préservation du « capital santé » et des inégalités face à la maladie.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) dans son 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

personnes démunies et précaires, 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 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 problématique.

Le vieillissement accentue les inégalités⁸. 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 : articuler des politiques intersectorielles et diversifiées et faciliter l'accès aux dispositifs de prévention et de soins des personnes socialement défavorisées. Pour les personnes avançant en âge, il y a lieu tout à la fois de les prendre en compte dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS⁹) et de conduire auprès d'elles des actions de maintien du lien social en partenariat avec les collectivités territoriales.

Enfin, l'insuffisance de la culture préventive par manque de formation des professionnels et d'information du public doit être prise en compte pour mieux lutter contre ces inégalités. La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé figure, dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé, comme une des trois finalités de la politique de santé qui comprend explicitement la promotion des activités de formation et l'information de la population et sa participation aux débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires.

Les leviers du progrès

Ainsi pour progresser, plusieurs leviers doivent être activés :

- faire évoluer les représentations de la vieillesse,
- susciter une prise de conscience de la part des personnes âgées elles-mêmes et des professionnels,
- développer une action intersectorielle, transversale et territorialisée,
- organiser le repérage et le traitement particulier des groupes les plus vulnérables et les plus éloignés de l'accès à l'information, à la prévention et aux soins,
- intensifier la formation des professionnels et des aidants,
- optimiser les pratiques professionnelles,

8 Inégalités sociales de santé et avancée en âge, Montaut A, De Riccardis N, DREES - revue ADSP n°73 décembre 2010

9 Le PRAPS est un des programmes obligatoires du projet régional de santé, avec le programme de développement de la télémédecine, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Et sur un autre registre :

- développer la recherche et l'innovation,
- évaluer les actions en place.

Un paysage en mutation

Une histoire brève de la prévention en gérontologie permet de mieux évaluer le chemin parcouru et de décrire les objectifs à atteindre.

- 2003 - Programme National Bien Vieillir : 17 villes sélectionnées avec, pour objectif, le développement d'actions autour de deux thématiques : activités physiques et nutrition.
- 2007-2009 - Plan national Bien vieillir : évolution avec le maintien des mesures développant la place des activités physiques et de la nutrition, mais en y associant la thématique du lien social. Appels à projets annuels pour un déploiement des actions en région avec un financement CNSA au titre de la section V de son budget (évaluation faite par la CNSA) et création du label des villes « Bien vieillir - vivre ensemble ».
- 2012 : Création du Réseau francophone des villes amies des aînés (38 membres en 2015)
- Octobre 2012 : Installation du Comité Avancée en Age
- Mars 2013 : Remise au Premier ministre des trois rapports demandés par le Ministère des affaires sociales et de la santé :
 - « Relever le défi politique de l'avancée en âge : perspectives internationales » Martine PINVILLE
 - «L'adaptation de la société au vieillissement - France : année zéro !» Luc BROUSSY
 - Comité Avancée en Age : « Anticiper pour une autonomie préservée : un défi de société » Jean-Pierre AQUINO.
- Septembre 2014 : Adoption par l'Assemblée nationale, en première lecture, du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement : son titre 1er est consacré à l' «anticipation de la perte d'autonomie ».
- Mars 2015 : Examen et adoption du projet de loi par le Sénat, en première lecture.
- Juin 2015 : Préfiguration de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées dans 26 départements volontaires pour rendre opérationnel au 1er janvier 2016 le dispositif prévu par le projet de loi.

Les évolutions constatées :

- Un changement épistémologique : le mot « autonomie » a remplacé celui de « dépendance » avec les notions de préservation de l'autonomie et de prévention de la perte d'autonomie ;
- Prévention et environnement : toute démarche préventive implique une plus grande prise en compte de l'environnement, d'où la nécessité d'une démarche interministérielle ;
- Une idée force : la pertinence de la prévention en gérontologie avec, en particulier, la notion de perte d'autonomie évitable ;
- Une attente forte, clairement exprimée, des professionnels.

L'implication des acteurs institutionnels

Les acteurs institutionnels s'impliquent dans la démarche préventive :

- Les directions d'administration centrale de l'Etat et le réseau des agences régionales de santé : la prévention est interministérielle et les ARS fixent le schéma régional de prévention ;
- Les collectivités territoriales, au premier rang desquelles les conseils départementaux et les communes (CCAS) ;
- Les régimes de sécurité sociale : l'assurance maladie et l'assurance vieillesse : l'Etat et la CNAV ont inscrit la prévention au cœur des conventions d'objectifs et de gestion (COG) 2009-2013 puis 2014-2017 tandis que la DSS et un COPIL ad hoc impulsent les projets pilotes PAERPA pour l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;
- La CNSA, à la fois « caisse » chargée de répartir des moyens financiers (contribution additionnelle solidarité autonomie-CASA) et « agence » d'appui technique pour la politique en direction des personnes âgées ;
- Le socle commun inter-régimes des caisses de retraite est une réalité (à noter que les COG de la MSA et du RSI en cours englobent l'année 2015) matérialisée dans une convention de partenariat « La retraite pour le Bien vieillir, l'offre commune inter-régimes pour la prévention et la préservation de l'autonomie » signée en janvier 2014 ;
- L'AGIRC et l'ARRCO¹⁰ et leurs 17 centres de prévention Bien vieillir ;
- la fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé et ses instances régionales et départementales (IREPS) ;

¹⁰ Association générale des institutions de retraite des cadres et Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés

- L'ANESM, l'INPES, la HAS¹¹ dont les travaux fixent référentiels et recommandations de bonnes pratiques ;
- Les mutuelles ;
- Le secteur associatif ;
- Les organisations de l'ensemble des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

Le plan national d'action : son périmètre d'intervention

Son champ d'intervention est très large :

- La préretraite et la retraite : c'est une période importante, véritable rupture pour certaines personnes, nouvelle vie satisfaisante et épanouie pour d'autres ;
- Alors que la retraite est installée, il faut repérer les personnes âgées isolées ou ayant un ressenti de solitude ou d'inutilité ou à risque d'exclusion ;
- Le repérage des personnes fragiles ;
- Tout au long de la vie : la prévention pour bien vieillir doit être favorisée par le repérage et la prise en charge des facteurs de risque et des pathologies responsables de perte d'autonomie (tabac, alcool, hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, ostéoporose, sédentarité, perte de lien social, état psychologique...) ;
- Après une maladie : prévention secondaire et prise en charge adaptée des pathologies quel que soit l'âge. L'éducation thérapeutique doit être développée dans le cas de maladies chroniques.
- Mais aussi les situations de rupture qui peuvent être lourdes de conséquences (retraite, veuvage, maladie...)
- A l'hôpital, une perte d'autonomie peut être induite par l'environnement soignant ;
- En établissement d'hébergement : il convient de favoriser la prévention tertiaire, avec une prise en charge de l'état nutritionnel, de la santé bucco dentaire, de la dépression, de la démence, des troubles du comportement, des troubles de la marche et de l'équilibre, des risques infectieux...

¹¹ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; Haute autorité de santé.

Un plan d'action déclinant les objectifs stratégiques de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Les trois premiers titres de la loi énumèrent les piliers de la politique d'adaptation de la société au vieillissement : l'anticipation de la perte d'autonomie, l'adaptation de la société au vieillissement et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

La prévention est le moteur de la politique de l'âge, la toute première priorité, au cœur d'une loi d'orientation et de programmation qui embrasse toutes les dimensions de l'avancée en âge. Pour preuve la création :

- de la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées chargée d'établir « un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales ou réglementaires » ;
- d'un forfait autonomie visant à développer une politique de prévention dans les logements-foyers rebaptisés résidences autonomie ;
- d'un forfait pour les besoins de répit des aidants, intégré à l'allocation personnalisée d'autonomie ;
- d'un référentiel d'évaluation des besoins des personnes âgées et de leurs aidants.

Les liens avec la loi de modernisation de notre système de santé : l'articulation avec son axe relatif à la prévention

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé, qui s'inscrit dans le prolongement de la stratégie nationale de santé (SNS) lancée par le Gouvernement en 2013 et dont l'axe 1 consistait à donner la priorité à la prévention sur le curatif et à agir sur les déterminants de santé, est organisé autour de trois axes d'intervention prioritaires :

- Premier axe : prévenir avant d'avoir à guérir : la prévention comme socle de la politique de santé, pour encourager les comportements favorables à la santé.
- Deuxième axe : faciliter la santé au quotidien : la santé accessible à tous (généraliser le tiers payant, étendre le bénéfice des tarifs sociaux pour les lunettes, les prothèses auditives et les soins dentaires, créer un numéro d'appel de garde et un service public d'information en santé...)
- Troisième axe : innover pour consolider l'excellence de notre système de santé : la médecine de parcours pour une prise en charge de proximité autour du médecin traitant (créer la communauté professionnelle territoriale de santé, permettre aux professionnels de santé de mieux coordonner le parcours de leurs patients - une lettre de liaison sera adressée par l'hôpital au médecin traitant le

jour même de la sortie d'hospitalisation -, refonder le service hospitalier, moderniser les pratiques et professions de santé et améliorer l'accès aux données de santé).

Le plan d'action de prévention de la perte d'autonomie s'intègre parfaitement dans le premier axe de la future loi de modernisation de notre système de santé et constitue le cadre de sa déclinaison pratique opérationnelle en direction des personnes âgées dans les territoires de proximité par la conférence départementale des financeurs présidée par le Président du conseil départemental et dont le directeur général de l'agence régionale de santé assure la vice-présidence.

Le plan national d'action : ses liens avec le plan « Métiers de l'autonomie »

Le Plan des métiers de l'autonomie a été lancé officiellement le 27 mars 2014. Il répond à trois objectifs :

- Stimuler et accompagner le développement des métiers de l'autonomie pour répondre à des besoins croissants tant en termes de services rendus à l'utilisateur et qu'au niveau des territoires. Il s'agit d'accompagner l'évolution des métiers et des pratiques professionnelles pour les placer au service du parcours de vie global des personnes prises en charge.
- Favoriser le dialogue social, pour améliorer les conditions de travail, lutter contre la précarité des professionnels de l'autonomie, et mieux accompagner les parcours professionnels.
- Engager la bataille de l'emploi, en contribuant le plus largement possible à l'effort de création d'emplois dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées, secteur d'avenir tant les besoins vont croissant et tant le défi générationnel qu'il porte est grand.

Ce plan s'articule autour de 19 actions phares qui couvrent aussi bien les enjeux de formation, le développement des compétences et de l'emploi, l'orientation professionnelle que la recherche de la mixité, la lutte contre la pénibilité au travail, le tout dans l'optique d'améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Le plan national d'action : les modalités de son évaluation

Dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie, de nombreux facteurs potentiellement protecteurs sont identifiés dans la littérature. Les interventions multi-domaines (activité physique, alimentation, lien social) auxquelles sont associées des mesures organisationnelles concernant le domicile, par exemple, rendent l'évaluation complexe en raison des nombreux facteurs en cause.

Comme l'indique le Haut Conseil de la santé publique, l'évaluation d'un plan d'action repose sur plusieurs conditions incluant la présentation :

- d'un état des lieux quantifié mettant en évidence les problèmes à traiter ou à améliorer, en identifiant le cas échéant les données manquantes. Autonomie, fragilité, dénutrition, sédentarité, isolement, renoncement aux soins : ces items constituent autant d'axes indispensables de l'état des lieux nécessaire à l'évaluation du plan d'action.
- d'un système d'information adapté, existant ou à construire dans le cadre de la mise en œuvre du plan,
- et d'un tableau de bord de suivi.

Une partie de l'état des lieux du plan d'action de prévention de la perte d'autonomie renvoie aux situations locales et sera disponible au fur et à mesure du déroulement du plan et du déploiement des conférences départementales des financeurs. Aussi, il importe que les départements préfigurateurs de ces conférences s'engagent à fournir les données sur un état des lieux partagé par l'ensemble des acteurs locaux et à alimenter un système d'information simple co-construit autour d'un rapport annuel d'activité-type.

L'évaluation veillera à mesurer les écarts entre les objectifs des mesures à réaliser et la réalisation effective de ces mesures, mais aussi leur impact. Deux approches seront distinguées : l'évaluation de chacune des mesures en s'appuyant sur des indicateurs spécifiques définis dans les fiches et l'évaluation plus globale du plan qui pourrait utiliser différents indicateurs tels que :

- l'espérance de vie en santé ;
- l'accès à la prévention et aux soins des personnes en dehors ou les plus éloignées de l'information et des dispositifs ;
- la diminution de la prévalence de la perte d'autonomie des personnes les plus vulnérables ;
- 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 et des ré-hospitalisations en lien avec les projets pilotes des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) ;
- l'évaluation de l'autonomie des personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées, à l'entrée et à la sortie de l'hôpital.

Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie a été préparé en lien avec le Haut Conseil de la santé publique notamment de façon à permettre son évaluation continue tout au long de sa mise en œuvre. .

Donner un cadre de référence au plan départemental de la prévention de la perte d'autonomie élaboré et soutenu par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

La multiplicité des actions initiées sur les territoires, leur couverture homogène des besoins nécessite une meilleure coordination des acteurs et des financeurs, en cohérence avec la définition d'orientations stratégiques nationales et prioritaires et l'évaluation des actions conduites, s'impose. La mise en œuvre du plan repose au premier chef sur les acteurs de terrain et sur leurs initiatives ; le plan national ayant vocation à constituer un cadre de référence pour l'action. .

La diversité des approches, le constat de doublons, le manque de coordination entre les différentes initiatives concourent à une perte d'énergie qu'il importe de maîtriser au profit d'un élan plus structuré, mieux hiérarchisé et probablement aussi mieux maîtrisé au plan économique.

Ce cadre particulier suppose une gouvernance adaptée, fondée tant sur l'activité des conférences des financeurs, leur suivi agrégé, que sur un cadre national chargé du suivi global des actions menées et de proposer l'ajustement continu du plan pour mieux répondre aux besoins, au regard notamment des données de recherche les plus récentes.

Conclusion

Il est habituel, désormais, de dire que la France connaît une véritable « révolution de l'âge ». Il est moins commun d'affirmer que c'est une chance pour notre pays. Et pourtant...

En effet, si cette révolution permet à un grand nombre de nos concitoyens de vivre plus longtemps, elle est aussi porteuse de croissance, génératrice d'un développement économique en réponse aux besoins et aux aspirations des plus âgés. Mais encore faut-il que notre société s'adapte au vieillissement et intègre, en particulier, une démarche préventive globale et structurée. C'est le but de ce plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, annoncé par le rapport annexé au projet de loi et rédigé pour faire écho à la loi et « mettre en musique » son volet prévention.

Il est nécessaire que les acteurs de terrain disposent d'un plan d'action opérationnel leur permettant de concrétiser les mesures pratiques retenues. 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 de vie environnementales et sociétales en s'appuyant sur une démarche de développement durable impliquant tous les acteurs de la société dans une gouvernance partagée.

Les mesures proposées dans ce plan sont pragmatiques, diverses 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 œuvrant à la réduction des inégalités sociales de santé. La qualité de la vie est bien l'objectif vers lequel les efforts de tous doivent converger.

La nécessaire globalité de la démarche, impliquant la personne, son environnement mais aussi la société, a besoin, pour s'exprimer dans des réalisations concrètes, d'une volonté politique. Cette volonté politique est portée par la loi elle-même qui facilitera l'application des mesures proposées, conduisant à de véritables avancées.

L'organisation du suivi de ce plan national d'action et de son évaluation représente une démarche essentielle. Comment les mesures opérationnelles seront-elles hiérarchisées et appliquées par les conférences départementales des financeurs ? Comment les professionnels de terrain recevront-ils ces mesures ?

Quel en sera l'impact au niveau des personnes concernées ? Autant de questions, dont les réponses attendues avec intérêt doivent ouvrir la voie à une véritable dynamique de progrès.

Références bibliographiques

Publications

- JAGGER C, GILLIES C, MOSCONE F, CAMBOIS E - Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2008: a cross-national meta-regression analysis- Lancet 2008, novembre 2014.
- LAFONT C, GERARD S, VELLAS B - Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés - Cahiers Année Gérontologie (2011) 3.
- ANDRIEU S - Evaluer les programmes de prévention de la dépendance, in Gérontologie et Société Hors série 2012 - Pages 75-80.
- SUBRA J, GILLETTE-GUYONNET S, CESARI M, OUSTRIC S, VELLAS B - The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the gérontopôle. - J Nutr Health Aging. 2012; 16(8):714-20.

Rapports

- AQUINO JP - Anticiper pour une autonomie préservée : un défi de société, mars 2013.
- BROUSSY L - L'Adaptation de la société au vieillissement de sa population - France : année zéro !, mars 2013.
- FLAJOLET A - Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, avril 2008 (Annexe 1 : La prévention : définition, notions générales sur l'approche française et comparaisons internationales).
- MOREL A, VEBER O - Société et vieillissement, juin 2011.
- PINVILLE M - Relever le défi politique de l'avancée en âge - Perspectives internationales, mars 2013.
- RIVIERE D - Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgées, décembre 2013.

- TRILLARD A - Rapport de la mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées, Juin 2011.

Documents et ouvrages

- Etat de santé de la population en France, édition 2015, DREES.
- Atlas des situations de fragilité - CNAV CNAMTS, 2014.
- Conventions d'Objectifs et de Gestion 2010-2013 et 2014-2017.- CNAV/Etat.
- Evaluation du Plan national Bien Vieillir 2007-2009 Haut Conseil de la Santé Publique - Collection Evaluation - La documentation française (2011).
- Le Livre blanc sur la fragilité : Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles - IAGG-GARN (International Association of Gerontology and Geriatrics - Global Aging Research Network,), mars 2015.
- Fit for frailty - A report by the British Geriatrics Society, june 2014.
- Actions collectives « Bien vieillir » Repères théoriques, méthodologiques et pratiques, INPES 2014.
- Brochure « Vieillir... et alors ? », INPES novembre 2013.
- Brochure « Bien vivre son âge », INPES, mai 2014.
- Les comportements de santé des 55-85 ans, INPES 2014.

Site internet grand public des régimes de retraite et de l'INPES www.reponses-bien-vieillir.fr

Axe 1. Préservation de l'autonomie et prévention primaire : améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Chacun dispose de ressources d'ordre matériel mais aussi en termes d'instruction, de santé, de capital social et symbolique, pour faire face aux accidents de la vie. Selon Paul Sivadon¹², l'autonomie est l'art de gérer ses dépendances.

Avec l'avancée en âge, les plus vulnérables sont en difficulté pour faire face aux aléas.

Bien que sujet à de nombreux déterminants, dont certains échappent au contrôle de l'individu, chacun est néanmoins impliqué pour la satisfaction de ses besoins et désirs.

L'autonomie peut être définie comme la capacité d'arbitrer entre plusieurs possibilités et de choisir ce qui apparaît comme raisonnable en fonction de ce que l'on est. Plus largement, l'autonomie est la capacité de se fixer des buts, de se donner des fins, de le signifier à d'autres et de recevoir un éclairage sur comment et en vue de quoi on veut vivre : la capacité à donner du sens à sa vie dans un dialogue avec autrui¹³.

L'autonomie et tout particulièrement l'autonomie fonctionnelle est un capital que nous avons à gérer du mieux possible tout au long de notre vie et à préserver le plus longtemps possible. La responsabilité de chacun est engagée.

Une activité physique régulière, une alimentation adaptée, des activités qui entretiennent des relations sociales structurées et renforcent l'estime de soi vont contribuer au bien-être physique, social et psychique et sont déterminants pour préserver l'autonomie au cours de l'avancée en âge.

L'importance de l'éducation pour la santé doit être soulignée : elle doit débiter dès l'école, tout en rappelant qu'elle peut être engagée à tout âge. Il n'est jamais trop tard pour bien faire et s'impliquer dans une démarche préventive.

Afin de préserver l'autonomie, c'est-à-dire les capacités à faire et pouvoir faire, il faut :

- promouvoir une culture de l'autonomie tout au long de la vie,
- sensibiliser chacun sur sa responsabilité et sa nécessaire implication pour devenir acteur de cette démarche,
- faciliter la mobilisation individuelle en mettant à disposition tant les ressources en équipements et organisations que les ressources humaines,

¹² in Bruxelles santé n°59, 2010, Préserver l'autonomie de la personne âgée ?

¹³ In CNSA, Premières rencontres scientifiques sur l'autonomie, Évaluer pour accompagner, Actes du colloque du 12 février 2009, Cité des Sciences et de l'Industrie, à Paris

- développer une formation des professionnels et une recherche appliquée dans le domaine de la prévention.

Pour être efficace, la prévention en gérontologie ne peut être conçue que dans une approche globale - médicale (les aspects médicaux, tout en étant importants, sont trop souvent les seuls à être considérés), psychologique, sociale, mais aussi environnementale - s'appuyant sur la pluridisciplinarité des acteurs.

Ainsi, une attention particulière doit être portée aux caractéristiques de l'environnement et aux conséquences de celui-ci sur l'autonomie des personnes.

L'aménagement de l'habitat, qu'il soit individuel ou collectif, les projets d'urbanisme, l'organisation des transports, l'accès à la culture sont autant d'exemples qui doivent être soulignés.

Dans son rapport « l'adaptation de la société au vieillissement » (2013), Luc BROUSSY insiste sur une nécessaire adaptation des logements, une structuration du lien social dans les quartiers, une conception de la ville pour toutes les générations et une politique des transports garante de la mobilité.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n° 1 : garantir la santé des seniors

Mesure 1 : Promouvoir une alimentation favorable à la santé

Le logement et la place réservée à chacun dans sa ville par les communes contribuent à la citoyenneté des individus.

Il en est de même pour les territoires. Penser l'urbanisme, tout comme les transports et la mobilité, de manière intergénérationnelle invite à prendre en considération les besoins spécifiques des personnes âgées avec une ambition avérée : aménager des territoires qui leur permettent de garder prise avec la vie sociale, d'y être intégrées et d'en rester pleinement acteurs. Dès lors, elles doivent être mieux associées à la définition des politiques des territoires et d'organisation des transports.

Enfin, la prévention en gérontologie implique une démarche interministérielle.

Ainsi, « Bien vieillir » résulte d'un dialogue réussi entre la personne et ses caractéristiques, la société et son environnement, ainsi que des mesures prises par les pouvoirs publics veillant à intégrer le vieillissement dans les politiques publiques.

Quatorze mesures (14 fiches opérationnelles) couvrant différents aspects et périodes de l'avancée en âge et jugées prioritaires sont présentées dans ce premier axe.

I. Contexte et enjeux

L'alimentation est un déterminant de la santé. L'organisme change avec l'âge. Ses besoins nutritionnels aussi : contrairement aux idées reçues, ils ne diminuent pas avec l'âge et certains augmentent même. Ce serait donc une erreur de penser qu'en vieillissant il faut manger moins. En revanche, il est important de veiller à manger mieux (il n'y a pas de mauvais aliments et aucun n'est interdit même si certains sont à limiter) et à bouger tous les jours.

L'enjeu majeur est le maintien d'un bon état nutritionnel par l'atteinte des différents repères de consommation correspondant aux objectifs du Plan national nutrition santé (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. Il faut aussi tenir compte des maladies qui impactent l'alimentation, comme l'insuffisance cardiaque et le régime hyposodé.

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. Manger est une activité où s'expriment la transmission des savoirs, le partage, la convivialité.

Promouvoir une alimentation favorable à la santé, c'est s'intéresser non seulement au contenu de l'assiette mais aussi à tout ce qui est autour du repas et en fait un moment agréable : conservation du lien social, échange, plaisir de manger, autant de facteurs participant à la prévention de la dénutrition et au maintien de l'autonomie.

II. Mesures

L'axe 3 du PNNS en donne le cadre général avec la mesure 2 - améliorer la nutrition des personnes âgées - et les actions qui s'y rapportent.

Promouvoir une alimentation favorable à la santé des personnes âgées

III. Actions

- Promouvoir l'accessibilité à une alimentation favorable à la santé ;
- Promouvoir l'accessibilité aux soins bucco-dentaires ;
- Développer et mutualiser les actions collectives inter-régimes (forums, conférences, ateliers) de prévention en faveur d'une alimentation équilibrée favorable à la santé et de la prévention de la dénutrition ;
- Proscrire les régimes alimentaires restrictifs, sauf exception.

IV. Outils et bonnes pratiques

Site internet <http://www.mangerbouger.fr>

Brochures pour le grand public

- Brochures « Vieillir... et alors ? » et « Bien vivre son âge », INPES/Caisses de retraite 2013, 2014
- Web série sur www.reponses-bien-vieillir.fr, INPES/Caisses de retraite, 2014
- Le guide nutrition à partir de 55 ans, INPES. 2006 : La santé en mangeant et en bougeant
- Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées, INPES. 2006
- Memo nutrition, INPES
- Bien manger chez soi ! Des courses à l'assiette : des solutions pour les seniors - Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt/ministère des affaires sociales et de la santé-2014

Guides pour les professionnels

- Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé du "Guide nutrition à partir de 55 ans" et du "Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées"

- Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique, HAS, septembre 2011
- Outil MobiQual nutrition pour les établissements et les services médico-sociaux
- Guide d'amélioration du service de portage de repas à domicile des personnes âgées - Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt/ministère des affaires sociales et de la santé-2014
- Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissement hébergeant des personnes âgées-Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt/ministère des affaires sociales et de la santé-2014
- Guide d'aide à l'action ; Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques, INPES/ Caisses de retraite, 2014
- Livret d'accompagnement de la web série pour les professionnels, INPES/Caisses de retraite, 2015
- Stratégie de prévention de la carie dentaire, HAS, mars 2010
- ARS Pays-de-la-Loire et Languedoc-Roussillon : mise en place d'un examen bucco-dentaire pour les entrants en EHPAD.
- Département du Val d'Oise : mise en place d'un dispositif de formation continue sur le soin et la prévention pour une bonne santé orale à destination des soignants et médecins coordonnateurs des EHPAD (REGIES 95).

V. Métiers impactés

- Médecins généralistes, médecins coordonnateurs et personnels soignants des EHPAD
- Professionnels de l'aide à domicile et professionnels et services restauration des EHPAD

VI. Les opérateurs

- Comité de suivi et de pilotage du plan national nutrition santé (PNNS)
- Comité de pilotage du PNA
- Agences régionales de santé
- Structures de coordination inter-régimes et collectivités territoriales (CCAS, CIAS, conseils départementaux)
- INPES

VI bis. Le calendrier

- PNNS 2011-2015

VII. Evaluation

- Indicateurs de résultats du PNNS 2011-2015 :
- Réduire en 5 ans à échéance 2015, en population générale, le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :
 - de 15 % au moins pour les plus de 60 ans ;
 - de 30 % au moins pour les plus de 80 ans.

Références bibliographiques

- Programme national nutrition santé 2011-2015 - Axe 3
- Programme national pour l'alimentation (PNA), 2010 : Bien manger, c'est l'affaire de tous !

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n° 1 : garantir la santé des seniors

Mesure 2 : Développer la pratique d'activités physiques et sportives

I. Contexte et enjeux

La lutte contre la sédentarité et la pratique des activités physiques pour les personnes avançant en âge s'inscrivent au cœur des enjeux de santé publique. Elles ont pour but de préserver la santé des aînés, d'éviter la surenchère des soins et de prévenir la perte d'autonomie.

C'est au début des années 2000 que la pratique d'activités physiques et sportives (APS) prend une place à part entière autour de la notion de vieillissement actif défendue par l'OMS lors de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement de Madrid en 2002. Progressivement les APS deviennent, avec la nutrition, les piliers de la prévention du vieillissement. En France, le programme national « Bien vieillir », mis en place en 2003, est le premier dispositif français en matière de politique de prévention en direction des seniors qui place les APS au cœur de l'action publique. Il est renouvelé en 2007 et devient le plan national Bien vieillir (PNVB). En 2010 la thématique relative à la promotion des activités physiques et sportives est intégrée en tant que telle - « développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité » - dans le Programme national nutrition santé 2011-2015 (PNNS).

Dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) et du plan sport santé bien-être (SSBE) de nombreuses actions ont été initiées au niveau national comme au niveau local pour la promotion de l'activité physique au quotidien pour tous notamment les seniors et pour améliorer la prise en compte de l'activité physique dans la prise en charge de pathologies chroniques.

Partant du constat que l'un des facteurs les plus délétères pour la santé est la sédentarité et le manque d'activité physique régulière, le rapport remis en décembre 2013 par le Pr Daniel Rivière « Dispositifs d'activités physiques et sportives en direction des âgés » met au cœur de ses propositions la lutte contre la sédentarité et la pratique d'activités physiques et sportives structurées et adaptées.

L'offre d'activités physiques et sportives pour les seniors se développe par des aménagements urbains, par des propositions municipales ou associatives, par les clubs sportifs. Cette offre reste inégale selon les territoires et les populations et est parfois mal ciblée. Elle repose sur une disparité des acteurs, de leurs compétences et des financements. Le renfort de l'offre doit tendre à son accessibilité à l'ensemble du public. La formation des intervenants doit permettre de répondre aux besoins variés des personnes âgées (personnes âgées en bonne santé, personnes âgées fragiles, personnes âgées en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap, pathologies chroniques).

C'est toute l'ambition du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, prévu par le rapport annexé au projet de loi, qui fait du

développement de l'activité physique et sportive une priorité. A ce titre, le rapport annexé encourage les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et les maisons de retraite médicalisées (EHPAD) à développer la pratique d'une APS adaptée, encadrée par un professionnel du sport spécifiquement formé.

II. Mesure

Favoriser la promotion et le développement de la pratique d'activités physiques et sportives en direction des seniors :

- développement de l'offre au niveau territorial en s'appuyant sur les collectivités territoriales et les réseaux « sport-santé »,
- sensibilisation du public en portant une attention particulière aux personnes défavorisées,
- formation des professionnels et accueil adapté dans les établissements d'APS.

III. Actions

- Promouvoir, impulser et valoriser les offres d'activités physiques et sportives accessibles et adaptées à tous pour une pratique quotidienne régulière suffisante, dans l'environnement de proximité et une pratique encadrée. Ces offres tiendront compte de l'hétérogénéité du public de plus de 50 ans ;
- Promouvoir la pratique d'une activité physique ou sportive en milieu professionnel ;
- Favoriser une coordination entre les organismes responsables de la santé (Agence régionale de santé), du sport (Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale), les acteurs de la santé, les collectivités locales et les associations ;
- Sensibiliser les collectivités à la nécessité d'un environnement favorable et accessible à la pratique d'activités physiques. En effet, les facteurs environnementaux sont des éléments clés pouvant interférer ou favoriser la pratique d'une activité physique chez les personnes âgées. L'éloignement des lieux de pratique (clubs, associations, parcs), les difficultés de transport, les risques liés aux aménagements urbains constituent des barrières à l'engagement. Les aménagements urbains, tels que le potentiel piétonnier, sont des facteurs essentiels pour une pratique régulière d'activités physiques ;
- 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). Faciliter l'accès à ces activités des personnes âgées du quartier, de la commune et intégrer les APS dans le projet d'établissement comme déclinaison d'une action prioritaire à inscrire dans la convention tripartite ou le CPOM. Organiser les échanges d'expériences et de bonnes pratiques

relatives aux mesures efficaces pour atteindre les publics cibles et augmenter leur niveau d'activité physique, afin de faciliter la mise en œuvre et l'évaluation de ces mesures.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Inciter les médecins à intégrer l'évaluation de la condition physique dans le suivi de leurs patients.
- Former les soignants à promouvoir, dans le parcours de santé, une pratique d'activité physique des seniors adaptée à leur état de santé (programme de travail 2015 de la HAS);
- Favoriser une coordination entre les organismes de tutelle responsables de la santé (Agence régionale de santé), du sport (Direction régionale de la jeunesse et des sports), les acteurs de la santé, les collectivités locales et les associations (exemple : organisation de journées « portes ouvertes ») ;
- Faire bénéficier les seniors, comme l'ensemble de la population, des campagnes d'information nationales ou locales promouvant l'activité physique et la lutte contre la sédentarité. Ces campagnes pourront proposer des solutions pour les activités structurées, y compris avec des mesures permissives et/ou incitatives (chèques-activité sport pour la santé, mise à disposition gratuite de vélos par les municipalités...).
- Garantir la cohérence de la mise en place de ces mesures avec la politique nutritionnelle, notamment lorsque des financements d'acteurs économiques sont recherchés ou proposés : concevoir un référentiel à l'usage des responsables publics, visant à encadrer les pratiques de parrainage/ sponsoring.
- Evaluer l'expérience PASS14 conduite en Bretagne dans les EHPAD.
- Recenser les répertoires départementaux/régionaux des structures d'accueil proposant des APS pour les seniors répertoriées pour chacun des trois groupes (personnes âgées robustes, fragiles et dépendantes)
- Diffuser les brochures, guides et séries mis au point par l'INPES et les caisses de retraite : « Vieillir... et alors ? », « Bien vivre son âge », « Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques », web série sur « réponses-bien-vieillir.fr » et livret d'accueil pour les professionnels.

¹⁴ Parcours d'Activités Santé Seniors mis en place dans 34 EHPAD en 2013 pour y généraliser les APS et former des éducateurs sportifs spécialisés : le PASS, financé par la DRJSCS, l'ARS et la CARSAT, est inscrit au PRS de Bretagne 2012-2016 au titre de l'action « promouvoir les actions de nutrition et d'activités physiques et sportives auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ».

V. Métiers impactés

- Médecins généralistes, médecins de prévention, médecins du travail, médecins du sport, médecins coordonnateurs des EHPAD
- STAPS, éducateurs et animateurs sportifs
- Professionnels de santé (psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes...), professionnels de l'aide à domicile et des EHPA et EHPAD

VI. Les opérateurs

- ARS et DRJSCS,
- Fédérations sportives,
- Associations d'accompagnement et de prévention,
- Fédérations d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA et EHPAD),
- Organismes de formation,
- CNAV-CARSAT et structures inter-régimes,
- Organisations d'employeurs/patronales,
- Collectivités territoriales : conseils départementaux, communes, intercommunalités,
- Mutuelles
- INPES

VI bis.- Le calendrier

- 2015 : document HAS : aider le soignant à promouvoir, dans le parcours de santé, une pratique d'activité physique des seniors adaptée à leur état de santé
- 2016 : évaluation du PASS Bretagne

VII. Evaluation

- Indicateurs de processus
- Rédaction des référentiels de compétence des professionnels pour les patients atteints de maladie chroniques et les seniors (groupe X.BIGARD).
- Conception et diffusion du référentiel d'encadrement des pratiques de parrainage/sponsoring.
- Indicateurs de résultats

- Un suivi et une évaluation conjoints par les caisses de retraite et les mutuelles seraient positifs.

Références bibliographiques

- Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés. Rapport remis aux ministres, établi par le groupe de travail placé sous la présidence du Professeur Daniel Rivière, décembre 2013.
- La consultation de l'aptitude physique du senior, Lonsdorfer J., Brechat PH, Presses de l'EHESP 2010.
- Retrouver sa liberté de mouvement. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive, Toussaint JF, 2008.
- Activité physique. Contexte et effets sur la santé. Expertise collective, INSERM 2008.
- Instruction n°DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012.
- Plan national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 ; Axe 2 : développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité
- Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective, INSERM, janvier 2015.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n° 1 : garantir la santé des seniors

Mesures 3 et 4 : Maintenir les seniors en activité dans le cadre de l'allongement des carrières et favoriser leur entrée en retraite sans inaptitude

I. Contexte et enjeux

Les seniors, personnes de 50 ans et plus, représentent un peu moins d'un quart de la population salariée, à parts égales entre les femmes et les hommes, et 34 % des indépendants actifs.

Le vieillissement naturel affecte relativement peu les capacités cognitives et physiques des personnes entre 30 et 60 ans. Par contre, l'environnement joue un rôle important dans la mise en œuvre de certains processus de déclin et peut amplifier les effets du vieillissement naturel.

Les orientations issues des sommets européens de Lisbonne (mars 2000) et de Stockholm (mars 2001)¹⁵ concernant le maintien dans l'emploi des seniors, conjuguées à une entrée plus tardive des jeunes dans le monde du travail, ont entraîné une nouvelle distribution du rapport numérique entre les jeunes et les seniors avec une dégradation induite des conditions de travail physiques des jeunes.

Les seniors représentent 24 % de la population salariée, 15 % des accidents du travail (AT) avec arrêt de travail mais plus de 30 % des incapacités permanentes (IP) et 40 % des décès. Plus le salarié avance en âge, plus la fréquence des AT diminue et, a contrario, plus la fréquence d'accidents avec IP augmente. Les accidents de plain-pied et les chutes avec dénivellation représentent les accidents les plus fréquents. Une maladie professionnelle reconnue sur deux touche un senior. En excluant les maladies consécutives à l'amiante, les syndromes du canal carpien et les syndromes d'épaule douloureuse ou enraidie arrivent largement en tête des maladies professionnelles (MP) reconnues.

La direction des risques professionnels de la branche AT/MP de l'assurance maladie, aidée par son réseau de caisses régionales (CARSAT) et l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des AT/MP (INRS), a réalisé une expertise sur les grandes catégories de contraintes qui altèrent le vieillissement normal des salariés de plus de 50 ans. Les contraintes temporelles, telles que le travail à la chaîne, qui diminuent la capacité d'anticipation dans les tâches répétitives, les contraintes physiques, telles que le port de charges lourdes ou les postures pénibles ou douloureuses et les horaires atypiques, tels que le travail posté, sont parmi les plus pénalisantes.

15 Lors du sommet de Lisbonne, le Conseil européen a fixé à l'Union européenne un objectif de taux d'emploi de la population âgée de 20 à 65 ans de 70 % à l'horizon 2010. Lors du sommet de Stockholm, la décision de fixer un objectif de taux d'emploi de 50 % pour les salariés âgés de 55 à 64 ans a complété la stratégie de Lisbonne. En France, en 2009, le taux d'emploi des 55-64 ans était de 38,9 % (source : enquête emploi 2009 - INSEE).

Un ensemble de mesures de prévention du vieillissement prématuré au travail a alors pu être élaboré : améliorer les conditions de travail en tenant compte de l'évolution naturelle des capacités et en allégeant le travail physique des salariés, développer la formation professionnelle continue, mieux surveiller la santé, agir sur les représentations liées au vieillissement, décloisonner les structures pour mieux coupler les générations.

Ainsi, l'objectif d'une augmentation du taux d'emploi des seniors doit s'accompagner d'une meilleure prise en compte de leurs conditions de travail (aménager l'organisation, les horaires et le contenu du travail des seniors ; adapter les postes de travail...) en vue de favoriser leur maintien dans l'emploi.

Le rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement identifie d'emblée, dans le volet « anticipation et prévention », la nécessité d' « anticiper le passage à la retraite et [d'] accompagner la fin de carrière » comme un facteur essentiel de fluidité à un moment clé du parcours de vie : « Une mobilisation dans le cadre de la santé au travail est nécessaire afin d'améliorer l'accompagnement du vieillissement au travail. Celle mobilisation pourrait s'appuyer sur des outils de droit commun du travail social et de la politique de l'emploi ou encore sur les contrats de génération¹⁶, lesquels pourraient intégrer le cas échéant des actions d'accompagnement des seniors exerçant une activité professionnelle. »

A ce même titre de l'accompagnement des seniors dans l'emploi, la COG 2009-2012 de la branche AT/MP, conclue entre la CNAMTS et l'Etat, incluait un volet spécifique sur la problématique des seniors au travail : « La branche AT/MP contribuera aux politiques publiques développées pour promouvoir l'employabilité des personnes, notamment l'emploi des seniors, et prévenir la désinsertion professionnelle ; les synergies avec la branche vieillesse devront à cet effet être intensifiées au sein du réseau des caisses régionales ». Des actions expérimentales ont été conduites en région pour que les différents agents des caisses régionales intervenant en entreprise puissent porter un message de prévention adapté : lettres électroniques, matinées employeurs, fiches de liaison entre les réseaux AT/MP et vieillesse, formation des agents des deux réseaux.

La COG 2014-2017 prévoit une action visant à « prévenir la sinistralité et la pénibilité au travail des seniors » -, tant dans les actions de prévention que dans celles relevant de l'indemnisation. Dans un premier temps, ces actions sont conduites sous forme expérimentale dans plusieurs régions en collaboration avec l'INRS, le réseau ANACT-ARACT et la CNAV.

A ce titre, une expérimentation a démarré en 2014 dans 5 régions (Aquitaine, Bretagne, Sud-Est, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes), conjointement avec le réseau ANACT/ARACT et les services de retraite des CARSAT.

¹⁶ Le contrat de génération est un dispositif créé par la loi du 1er mars 2013 - qui transpose l'accord interprofessionnel du 19 octobre 2012 - visant à favoriser le maintien en emploi des seniors, l'insertion durable de jeunes dans l'emploi ainsi que la transmission de compétences. Il se décompose en un premier volet portant sur la négociation d'accords collectifs ou l'élaboration de plans d'actions dans les entreprises de plus de 50 salariés et en une aide financière pour les entreprises de moins de 300 salariés qui recrutent un jeune (moins de 25 ans) et maintiennent en emploi un salarié âgé (d'au moins 57 ans).

Elle consiste en la conception d'une offre de service globale pour accompagner des entreprises qui combinent un taux élevé de salariés seniors et un taux de sinistralité AT/MP important, dans l'objectif de développer des actions de prévention pour améliorer la qualité de vie au travail des seniors et, ainsi, leur permettre de partir à la retraite dans un meilleur état de santé.

Concrètement, il s'agit de proposer aux entreprises une méthode et des outils élaborés conjointement pour :

- Etablir un diagnostic de la situation (état des lieux des situations de travail et des parcours des salariés âgés) ;
- Identifier des pistes de progrès et élaborer un plan d'action avec des solutions concrètes ;
- Suivre la mise en œuvre des actions et évaluer les résultats obtenus.

Enfin, la mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P, créé par la loi du 20 janvier 2014) bénéficiera également, même si ce n'est pas de manière spécifique, aux seniors en leur permettant, lorsqu'ils seront exposés à des facteurs de pénibilité, d'enrichir un compte personnel qui leur ouvrira des droits en matière de formation, de temps partiel ou de droits à la retraite. Ce compte sera porté et géré par la branche vieillesse et le réseau des CARSAT.

II. Mesures

*** Maintenir les seniors en activité dans le cadre de l'allongement des carrières.**

Le maintien dans l'emploi des seniors constitue un enjeu essentiel car c'est un moyen de prévention du vieillissement précoce et les seniors représentent une réserve de productivité, de compétences et de savoirs pour les entreprises. En étroite collaboration avec la branche des risques professionnels, les caisses de retraite déploient une politique de prévention de la pénibilité et des risques psychosociaux spécialement destinée aux seniors en activité.

Il apparaît d'ailleurs important de favoriser la prévention du vieillissement tout au long de la vie et de l'activité professionnelle. Différents mécanismes en matière de retraite participent d'une meilleure articulation entre la fin de la carrière et la période de retraite.

- La retraite progressive qui permet une réduction progressive de l'activité et le versement d'une fraction de la retraite. Il s'agit de favoriser une transition progressive de entre emploi et retraite. Ce dispositif de prévention du traumatisme du départ en retraite mal anticipé. Ce dispositif ne rencontre qu'un état peu utilisé en raison d'une complexité et de son caractère restrictif sur lesquels la loi du 20 janvier 2014 est revenue afin d'en assouplir les conditions d'accès et en accroître la lisibilité mais également en raison de la méconnaissance des entreprises et des salariés eux mêmes ;
- Le cumul emploi retraite : La possibilité d'exercer une activité économique rémunérée ou indépendante est un très bon outil du maintien du lien social et de l'estime de soi que recherchent les

nouveaux retraités. Ces facteurs sont primordiaux dans le bien vieillir. Ce dispositif connaît un bon succès ; il permet à certaines entreprises de valoriser l'expérience et les compétences des seniors comme une valeur économique créatrice d'emploi : coaching, auto-entreprise, etc. Il permet également à certains travailleurs indépendants de réduire progressivement leur activité, d'entrer progressivement en retraite et de favoriser la transmission des entreprises (60 000 cumuls emploi retraite chez les indépendants au 31 décembre 2013) ;

- La surcote : elle permet d'améliorer la pension de retraite de base de 1,25 % par trimestre des assurés qui continuent de travailler après l'âge légal de départ à la retraite et au-delà de la durée d'assurance nécessaire pour une retraite à taux plein;
- Les mesures en faveur de la prévention et de la compensation de la pénibilité instaurées par la loi (Titre IV : pénibilité du parcours professionnel) font obligation aux employeurs de plus de 50 salariés de signer un accord de prévention de la pénibilité et s'appliquent lorsque plus de la moitié de l'effectif est exposé à des facteurs de pénibilité. Par ailleurs, la loi du 9 novembre 2010 a ouvert, pour les assurés du régime général et des régimes de protection sociale agricole, un droit à retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans pour les personnes justifiant d'un taux d'incapacité permanente reconnue suite à une maladie professionnelle (MP) ou un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Le décret du 2 juillet 2012, puis la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites élargit le mécanisme de retraite anticipée pour carrières longues institué en 2010, afin de permettre aux personnes ayant commencé à travailler très jeunes de partir en retraite à taux plein avant l'âge légal.

*** Favoriser l'entrée en retraite sans inaptitude ou incapacité permanente**

- Le vieillissement de la population requiert de nouvelles politiques d'amélioration des conditions de travail visant à favoriser le maintien dans l'emploi des seniors en diminuant les risques d'usure prématurée et la pénibilité du parcours professionnel.
- La loi du 1er mars 2013 portant création du contrat de génération (au chapitre 1er de la cinquième partie du code du travail relatif à l'« aide à l'adaptation des salariés aux évolutions de l'emploi et des compétences et à la gestion des âges ») dispose ainsi que les accords collectifs d'entreprise ou les plans d'action opposables aux entreprises de plus de 300 salariés sous peine de pénalité et aux entreprises dont l'effectif est compris entre 50 et moins de 300 salariés pour pouvoir bénéficier de l'aide financière prévue au titre dudit contrat comportent « des engagements en faveur de la formation et de l'insertion durable des jeunes dans l'emploi, de l'emploi des salariés âgés et de la transmission des savoirs et des compétences ; des mesures destinées à favoriser l'amélioration des conditions de travail des salariés âgés et la prévention de la pénibilité ».

- Un diagnostic est réalisé préalablement à la négociation d'un accord collectif ou à l'élaboration d'un plan d'action. Il évalue la mise en œuvre des engagements pris antérieurement par l'entreprise concernant l'emploi des salariés âgés.
- Le décret du 15 mars 2013 pris pour l'application de la loi vise en particulier l'adaptation et l'aménagement des postes de travail, le recrutement de salariés âgés dans l'entreprise, l'anticipation des évolutions professionnelles et la gestion des âges, l'organisation de la coopération intergénérationnelle, l'aménagement des fins de carrière et de la transition entre activité et retraite.

Des indicateurs de santé des seniors en activité sont disponibles :

- le taux d'absentéisme de courte durée et le taux d'accidents du travail, maladies de longue durée et maladies professionnelles pour les seniors
- les statistiques spécifiques à la médecine du travail (signalements des services de santé au travail)
- le nombre de liquidations de retraites pour inaptitude
- et depuis le 1er avril 2014, le nombre des pensionnés pénibilité et longue carrière

III. Actions

* **Maintenir les seniors en activité dans le cadre de l'allongement des carrières.**

- Renforcer le partenariat entre les CARSAT, les DIRRECTE et les services de santé au travail (SST et SSTI) qui sont les trois principaux acteurs de la santé au travail.
- Recenser et évaluer les accords d'entreprise et plans d'action au travers des rapports annuels réalisés par les entreprises pour leur mise en œuvre.
- 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)
- Pour favoriser l'entrée en retraite sans inaptitude ou incapacité permanente :
- Impliquer les médecins du travail dans la reconstitution du parcours professionnel des salariés entre 55 et 59 ans et organiser le transfert de ces informations vers les médecins traitants.
- Sensibiliser les médecins traitants au développement de la surveillance post-professionnelle des personnes ayant été exposées, durant leur carrière professionnelle, à des risques à effet différé ; visite des délégués de l'assurance maladie (DAM) auprès des médecins traitants.

IV. Outils et bonnes pratiques

- INRS : Le point des connaissances sur « vieillissement, santé et travail » (janvier 2004),
- Guide de l'INRS, en liaison avec la branche risques professionnels de l'assurance maladie, « Bien vieillir au travail » (juin 2011),
- Liste des services de santé au travail (ex-médecine du travail) agréés par les DIRRECTE
- Grille d'évaluation des contraintes pouvant générer un vieillissement prématuré des salariés (INRS),
- Plan d'action seniors en entreprise, conformément aux dispositions de la loi portant création du contrat de génération.

V. Les métiers impactés

- Médecins du travail, infirmiers et intervenants en prévention des risques professionnels des SST et SSTI,
- Médecins conseils et délégués de l'assurance maladie (DAM),
- Médecins traitants,
- Professionnels des services des risques professionnels et santé au travail des CARSAT et des DIRRECTE

VI. Les opérateurs

- Direction générale du travail (DGT) et DIRRECTE,
- CNAMTS, DRSM, CPAM, caisses régionales de la MSA et du RSI
- CNAV, CARSAT
- Services de santé au travail (SST) et services de santé au travail interentreprises (SSTI ou SIST)
- ANACT

VII. Evaluation

- Evolution de la part des nouveaux pensionnés sans inaptitude.
- Evolution de la part des retraités dont l'entrée en prestation retraite fait immédiatement suite à une cessation d'activité ou une radiation

Références bibliographiques

- DARES, Emploi et santé des seniors durablement exposés à des pénibilités physiques au cours de leur carrière : l'apport de l'enquête « santé et itinéraire professionnel », mars 2011.
- DREES, Conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle et état de santé après 50 ans, L'état de santé de la population en France, 2011.
- Thierry Debrand, Pascale Lengagne, IRDES, Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe.
- G. Kreutz, P. Vallet, M. Gilles et J.P. Meyer, Vieillesse, santé, travail : état des lieux et perspectives de prévention. Documents pour le médecin du travail, 2004.
- B. Fouquet et C. Hérisson, Vieillesse des salariés et troubles musculo-squelettiques, Editions Masson, 2006.
- Enquête « Santé et vie professionnelle après 50 ans » : résultats par secteur d'activité. Rapport pour le Conseil d'orientation des retraites, octobre 2005.
- DREES, Les arrêts de travail des seniors en emploi, Dossier solidarité et santé, 2007.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n° 1 : garantir la santé des seniors

Mesure 5 : Adopter des mesures en faveur de la santé des aidants

I. Contexte et enjeux

4,3 millions de personnes aident un proche âgé de plus de 60 ans en perte d'autonomie vivant à domicile, dont 3,4 millions pour les actes de la vie quotidienne (source enquête Handicap-Santé 2008). Ces aidants jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement de ces publics en leur apportant une aide à la vie quotidienne, mais cela n'est pas sans conséquence sur leur santé.

33 % des 8,3 millions d'aidants de personnes âgées, handicapées et/ou malades vivant à domicile sont retraités ou préretraités, 24 % ont entre 60 à 74 ans et 10 % ont 75 ans ou plus (source enquête HSA 2008).

20 % des proches aidants de personnes âgées de plus de 60 ans ressentent une charge importante. Parmi eux, 56 % déclarent que cela affecte leur santé, qu'ils sont sujets à la fatigue et parfois atteints d'épuisement, développent des symptômes d'anxiété et de dépression, ont des troubles du sommeil et des problèmes de dos. Ils sont 18 % à déclarer avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (DREES, Etudes et résultats n° 799). Les professionnels de santé ne sont pas toujours assez sensibilisés à la prise en charge des aidants. Ces résultats peuvent être transposés aux aidants de personnes handicapées, dont la charge, souvent plus longue en durée, est a priori largement aussi importante.

L'étude de l'INPES de 2010 montre que le soulagement des familles prenant en charge une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est considéré comme un objectif prioritaire à atteindre (INPES, Regards croisés, 2010).

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 et sur la base des recommandations de bonnes pratiques de la HAS, des mesures ont été mises en œuvre pour améliorer le suivi médical des aidants naturels, en particulier une consultation annuelle proposée aux aidants naturels de patients ayant une maladie neuro-dégénérative (cf. mesure n° 3). Mais des freins ont été constatés dans la mise en œuvre (méconnaissance des professionnels de santé nécessitant une sensibilisation sur le dispositif, sur le repérage des aidants et la diffusion des connaissances concernant les risques pour leur santé). Les aidants eux-mêmes n'avaient pas connaissance de cette disposition ou n'osaient pas toujours y avoir recours (disponibilité, suppléance à domicile pendant l'absence, déni de la situation sur les difficultés de santé, etc.). Deux autres mesures (1 et 2) répondaient au souci de soulager les familles et donc indirectement d'améliorer leur état de santé. Elles ont permis, d'une part, développer et diversifier les solutions de répit des aidants, et en particulier de déployer un dispositif de plateformes d'accompagnement et de répit ouvertes à tous les aidants de personnes âgées en perte d'autonomie, d'autre part, de proposer des modules de formation aux aidants de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

De nombreux plans de santé publique mettent désormais la question du soutien des aidants, par des relais et un accompagnement, au cœur de leur stratégie.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de la section IV de son budget, soutient depuis plusieurs années la promotion des solutions de répit et des actions de formation mises en œuvre soit par des grandes associations nationales, soit dans le cadre de programmes départementaux, en direction de tous les aidants de personnes âgées ou handicapées.

De leur côté, les caisses de retraites de base et complémentaires promeuvent et soutiennent également des actions de soutien en direction des aidants retraités.

Le plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 précise, tout au long de la rédaction des mesures répondant à l'enjeu 7, le rôle fondamental et le soutien que la société se doit d'apporter aux aidants naturels : non seulement dans leur vie professionnelle ou sociale, mais dans tous les aspects de leur propre santé. Quatre mesures concernent directement ces aidants, qui portent notamment sur le développement et l'élargissement des missions des plateformes d'accompagnement et de répit expérimentées et déployées dans le cadre du précédent plan Alzheimer (mesure 28), l'adaptation et l'amélioration de l'organisation de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (mesure 29), la structuration et la mise en œuvre d'une politique active de proches aidants (mesure 50) et d'une réflexion sur l'accès à un soutien psychologique adapté au besoin des aidants (mesure 51).

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, examiné en 1^{ère} lecture par l'Assemblée nationale et le Sénat et qui devrait être voté d'ici fin 2015, fait du soutien des aidants un axe fort. Il prévoit notamment de :

- évaluer leur situation et leur besoin de soutien à l'occasion des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour leur proche.
- favoriser le recours à des dispositifs de répit grâce, d'une part, à la revalorisation des plafonds d'aide de l'APA et la création d'un "module répit" au sein de l'APA et, d'autre part, à l'expérimentation de prestations de suppléance de l'aidant à son domicile pour lui permettre de s'absenter en maintenant la personne aidée dans son lieu de vie habituel. Ces relais seront complétés par la mise à disposition d'une offre d'information, de formation et d'accompagnement renforcée et plus accessible sur l'ensemble du territoire. Les moyens consacrés par la CNSA à la formation et à l'accompagnement des aidants, via des conventions avec des associations nationales ou avec les départements, seront augmentés à cet effet.

Ces mesures s'accompagnent d'une affirmation ou d'un renforcement des compétences de plusieurs institutions (CNSA et agences régionales de santé) dans le champ des aidants.

Enfin, la création de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées offre un cadre à la coordination, au niveau départemental, de l'ensemble des institutions compétentes ou impliquées

(ARS, départements, caisses de retraite, notamment) en matière de prévention ainsi que de soutien aux aidants.

Les professionnels, tant de santé que du secteur médico-social, sont incités et outillés pour prendre en considération les aidants, leur rôle, leurs besoins. La Haute Autorité de Santé (HAS) a ainsi publié en février 2010 une recommandation sur le suivi médical des aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La nouveauté est d'attirer l'attention des médecins, à l'occasion d'une consultation concernant des personnes malades, sur l'impact de la maladie sur les aidants et les réponses susceptibles d'y être apportées. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) va publier, quant à elle, une recommandation de bonnes pratiques professionnelles à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile.

II. Mesures

Adopter et développer des mesures en faveur de la santé des aidants, notamment :

- Etendre à l'ensemble des proches aidants impliqués dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie les mesures prises en faveur des proches aidants qui accompagnent les personnes présentant une maladie d'Alzheimer visant à améliorer leur suivi médical, afin de préserver leur santé et favoriser les bonnes conditions de leur accompagnement.
- Repérer plus systématiquement les aidants en risque d'épuisement et évaluer leurs besoins d'aide.
- Instaurer un programme coordonné des actions de soutien des aidants promues, soutenues, développées au niveau local par des multiples acteurs entre les différentes institutions impliquées, sur la base d'un diagnostic partagé, dans un objectif de couverture territoriale et de meilleure accessibilité d'une offre diversifiée.

III. Actions

- Mieux définir le rôle et la place du médecin traitant de l'aidant dans le suivi médical de cette personne, promouvoir auprès des médecins traitants des outils de repérage de l'épuisement de l'aidant et d'information sur les ressources à mobiliser sur les territoires dans le cadre de l'action d'accompagnement des médecins traitants ;
- Rappeler aux médecins traitants la possibilité d'effectuer une fois par an (et/ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement) une visite longue au domicile des patients atteints d'une maladie neuro-dégénérative en présence du proche aidant et en concertation avec d'autres professionnels participant à l'accompagnement de la personne malade (infirmières, CLIC, CCAS...); évaluer l'impact de cette mesure dans la perspective d'un éventuel élargissement à d'autres situations ;

- Mieux repérer les proches aidants susceptibles de développer des troubles liés au fardeau ressenti, à la fatigue et à l'impact de l'aide qu'ils apportent à un proche sur leur vie quotidienne (isolement, gestion du temps, etc.) :
 - chez le médecin traitant ;
 - dans les consultations mémoire lors des consultations des malades d'Alzheimer et maladies apparentées ;
 - dans le cadre de la mission « Écoute, Conseil, Orientation » des caisses AGIRC-ARRCO ;
 - lors de l'entretien information retraite dans les caisses de retraite ou grâce aux autres outils mis en place par la branche retraite pour prévenir la perte d'autonomie et détecter les publics prioritaires ;
 - lors de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) renouvelée de la personne aidée, en identifiant les besoins de l'aidant dans l'évaluation des situations pour développer une action préventive (un référentiel d'évaluation sera rédigé à cet effet) ;
 - dans les plateformes d'accompagnement et de répit, les CLIC mais aussi les structures médico-sociales telles que l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, les services d'aide et de soins à domicile ou les EHPAD (via le médecin coordonnateur).
- Adresser aux proches aidants de personnes malades repérés une invitation pour une rencontre avec leur médecin traitant ou un examen périodique de santé dans les centres d'examen de santé des CPAM, en priorité pour les personnes en situation de précarité ;
- Mieux orienter les aidants vers les intervenants pouvant évaluer leur situation, les soutenir, leur apporter des soins ; les accompagner dans l'acceptation d'une aide et organiser un suivi pour s'assurer que leur situation ne s'aggrave pas ;
- Promouvoir les approches non médicamenteuses des troubles et symptômes chez les aidants (participation à des groupes de pairs, des cafés des aidants, soutien psychologique, formation...) ;
- Assurer un suivi des aidants identifiés comme ayant un besoin d'aide ou à risque afin de s'assurer que leur situation ne s'aggrave pas ;
- Elaborer un plan d'action départemental coordonné en direction des aidants, sous l'égide du département, sur la base d'un diagnostic partagé, dans le cadre de la conférence des financeurs instituée par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Grille mini-Zarit pour l'aide au repérage de l'épuisement de l'aidant ; HAS, recommandations de bonnes pratiques, février 2010

et INPES, mai 2012, repères pour votre pratique ; Recommandation en cours de publication de l'ANESM à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, de personnes adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile... ou autre ;

- Recommandation HAS « suivi médical des aidants naturels ».

V. Métiers impactés

- Professionnels de santé
- Professionnels des établissements médico-sociaux et des services à domicile
- Professionnels de la formation

VI. Les opérateurs

- Organismes de protection sociale (caisses de retraite, CNAMTS, MSA, RSI, mutuelles, acteurs de la prévention, centres de prévention Bien vieillir AGIRC-ARRCO, consultations mémoire pour le repérage, réseaux de santé
- CNSA
- Centres d'exams de santé de l'assurance maladie pour les examens périodiques de santé
- Organisations professionnelles et syndicales des médecins généralistes
- CLIC, services à domicile, CCAS, conseils départementaux pour l'évaluation de la situation des aidants de demandeur et bénéficiaires de l'APA, et l'élaboration et le suivi des plans d'aide
- Plateformes d'accompagnement et de répit, hébergement temporaire et accueil de jour, EHPAD
- Relais : Association française des aidants, associations et fédérations d'aide à domicile, ...
- L'Agence Nationale pour les Chèques vacances (ANCV) dans le cadre de son dispositif Seniors en Vacances (SEV) d'accompagnement personnalisé et adapté aux retraités aidants.

VI bis. Le calendrier

- 2016 : mise en œuvre du « module répit » au sein de l'APA

VII. Evaluation

La liste des indicateurs n'est pas exhaustive et devra être retravaillée pour mettre en adéquation ces indicateurs avec les mesures proposées. Il faudra vérifier leur faisabilité et identifier les niveaux pertinents pour les calculer (national, régional ou local).

- Pourcentage de progression du nombre d'aidants formés (suivi annuel)
- Pourcentage d'ARS disposant d'un recensement des solutions locales des offres de répit
- Pourcentage de départements ayant élaboré un plan d'action coordonné pour les aidants
- Pourcentage d'utilisation des solutions de répit (en places/jour) par région + consolidation nationale
- Nombre d'aidants repérés, invités, contactés, reçus et orientés par les différents opérateurs
- Présences aux réunions collectives, mesurables par feuille d'émargement
- Autres critères (enquête de satisfaction, étude d'impact, mesure du changement de comportements...)
- Réalisation du référentiel d'évaluation des besoins des aidants.

Références bibliographiques

- AGIRC-ARCCO, « Circulaire 2014-03-DAS, orientation prioritaires en action sociale pour la période 2014-2018 », 17 janvier 2014.
- Association française des aidants, La santé des aidants « vous accompagner au quotidien un proche en situation de maladie ou de handicap et cela a un impact sur votre santé ? » Parlons-en !, 4 p.
- ANESM, Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement. 2014.
- ANESM, L'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aide, de l'aidant et du lien aidant-aide, dans les structures de répit et d'accompagnement. Etude réalisée dans le cadre de la mesure 1c du Plan Alzheimer 2008-2012, mars 2011.
- APF, Une nouvelle approche des aidants familiaux : enquête sur la charge de l'aidant familial ou proche aidant. Paris : APF, 2013.
- DREES, « Implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », Études et résultats n° 771, août 2011, 8 p.
- DREES, « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », Études et résultats n° 799, mars 2012, 8 p.
- DREES, « L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels », Études et résultats n° 827, décembre 2012, 8 p.

- Bataille V. et al. « Troubles du sommeil les repérer pour agir », Étude nationale 2012, AGIRC-ARCCO, juillet 2013, 176 p.
- Bérard A., Gzil F., Kenigsberg P.A., Ngatcha-Ribert L., Villez M., Le répit : des réponses pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et leurs aidants. Fondation Médéric Alzheimer. Rapport d'études n°1. Septembre 2011
- HAS, Recommandation de bonne pratique : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels », Argumentaire, Février 2010, 28 p.
- HAS, Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Pharmaciens Actions d'amélioration des pratiques : « Fiche action - Maladie d'Alzheimer, accompagnement des aidants », document pharmacien d'officine, Janvier 2013, 2 p.
- INPES, « Regards croisés sur la maladie d'Alzheimer - Grand public, aidants proches et aidants professionnels », Évolution n°21, septembre 2010, 6 p.
- Lamy, C., Gilibert, C. et al. Les besoins et attentes des aidants familiaux de personnes handicapées vivant à domicile. Lyon : CREA Rhône-Alpes, 2009.
- Circulaire n° DGCS/SD3A/2011/261 du 30 Juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (Mesure 1). Annexe n°1. Cahier des charges des plateformes d'accompagnement et de répit.
- Thomas, P., Hazif-Thomas, C., Delagnes, V., et al. La vulnérabilité de l'aidant principal des malades déments à domicile. L'étude Pixel. Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement, 2005, vol. 3, n°3, pp. 207-220.
- Vannier-Nitenberg C., « La recherche-action au service des examens périodiques de santé des senior », sous la direction du Pr Bruno Fantino, Thèse de doctorat de université Claude Bernard de Lyon 1, 296 p.
- EN3S et CETAF, « Recherche-action : les centres d'examens de santé et l'accès aux soins des publics vulnérables », 2014, 56 p.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n° 2 : préparer le passage à la retraite

Mesure 6. La préparation et le passage à la retraite : favoriser l'émergence d'un nouveau projet de vie par le biais des sessions de préparation à la retraite

I. Contexte et enjeu

Le passage de la vie professionnelle à la retraite constitue une étape capitale. Afin de la préparer au mieux, les caisses de retraite privilégient l'accueil en tête-à-tête, grâce à leurs réseaux d'agences respectifs.

L'enjeu autour du passage à la retraite est de développer une information et une sensibilisation autour de l'accès aux droits (santé et retraite) tout en diffusant des messages autour de la préservation de l'autonomie et du projet de vie à la retraite.

Cette offre se décompose autour de deux types d'actions :

- Des sessions ciblées sur la préparation à la retraite : destinées à l'ensemble des retraités, leur dominante repose sur les questions d'accès aux droits (conditions d'accès à la retraite) mais permet également de diffuser des messages clés autour du Bien vieillir ;
- Des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie articulées autour du Bien vieillir qui abordent la question de la préparation à la retraite et du projet de vie à la retraite : ces offres sont destinées en priorité à des publics vulnérables du fait des conditions de leur fin d'activité professionnelle et d'une exposition plus forte aux risques de perte d'autonomie. La problématique de l'accès aux soins peut être abordée (dépistage dentaire, bilan de santé retraite).

L'INPES a identifié deux publics (âgés de 55 à 65 ans) visés par ces initiatives :

- les actifs en fin de carrière ;
- les jeunes retraités.

II. Mesures

Les caisses de retraite mettent en place différents dispositifs d'accompagnement des retraités tout au long de leur passage à la retraite. Parmi ceux-ci, on compte :

- Le relevé de carrière ainsi que, dès 45 ans, l'entretien information retraite (EIR), qui permettent d'informer le futur retraité sur ses droits et de lui conseiller les différents dispositifs d'accompagnement du départ en retraite.

La COG 2014-2017 de la CNAV prévoit, afin de mieux informer les assurés, de poursuivre son engagement sur les EIR en renforçant la

professionnalisation de ses personnels. Elle adaptera en particulier son offre de service EIR à ses différents publics (EIR 45-55 ans/expatriés...) tant sur la nature que sur la forme de l'entretien. De plus, elle poursuivra sa démarche d'écoute des attentes des assurés et de leur satisfaction pour enrichir son offre de service et la rendre homogène sur l'ensemble du territoire.

- La fonction conseil en entreprise propose des plans d'action pour l'information des assurés sur une gestion douce de leur départ en retraite. Les directions de l'action sociale et le réseau des caisses de retraite en inter-régimes sont également mobilisés pour informer sur les mesures de prévention adaptées à l'avancée en âge des seniors en activité et proposent des actions collectives avec le concours de leurs entreprises ; en outre la branche Retraite souhaite sur la période 2014-2017 maintenir son engagement dans l'offre de conseil en entreprise en coordination avec les régimes complémentaires et la branche AT-MP, afin de contribuer à prendre en compte la pénibilité et favoriser le maintien des seniors en emploi.
- Les réunions « Bienvenue à la retraite (BAR) » qui permettent aux jeunes retraités de s'informer et d'échanger sur leur passage à la retraite.

Il s'agit, par le biais des sessions de préparation au passage à la retraite qui s'attachent à préparer le passage entre le travail et la cessation d'activité en permettant aux jeunes retraités de réfléchir entre eux, de favoriser l'émergence d'un nouveau projet de vie et de délivrer des messages essentiels sur la prévention des effets du vieillissement (bienfaits de l'activité physique, de l'hygiène alimentaire, de l'activation cérébrale, des relations sociales et amicales).

III. Actions

- Augmenter le nombre de jeunes retraités participant aux sessions et stages de préparation au passage à la retraite, que ceux-ci soient organisés par les caisses de retraite, des mutuelles générales ou spécialisées dans une catégorie socioprofessionnelle particulière ;
- Permettre aux jeunes retraités (depuis moins d'un an) de réfléchir, lors de ces sessions, sur leur projet de vie et les informer sur les diverses structures ou associations proposant des activités près de leur domicile ;
- Promouvoir le développement d'espaces pour réunir, informer, favoriser les échanges d'idées entre retraités pour leur apporter des éléments de réflexion supplémentaires et leur permettre de tisser des liens avec des personnes confrontées à des situations similaires.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Le guide du nouveau retraité - avril 2014, l'assurance retraite
- Le site du GIP Info Retraite, devenu récemment GIP Union Retraite

V. Métiers impactés

- Conseillers retraite (assurés et entreprises),
- Personnels des services d'action sociale des caisses de retraite,
- Personnels RH des entreprises

VI. Les opérateurs

- CNAV / CARSAT
- CCMSA
- RSI
- AGIRC et ARRCO

VII. Evaluation

- Suivi par les acteurs concernés (inter-régimes, caisses de retraite complémentaires, mutuelles) du nombre de participants aux sessions de préparation au passage à la retraite ;
- Suivi annuel du pourcentage d'agences retraite des caisses de retraite diffusant de l'information et des conseils sur la prévention du vieillissement.

Références bibliographiques

- INPES - Les sessions de préparation à la retraite. Un enjeu citoyen ; coll. Santé en action, 2011.
- Observatoire des retraites. Les chiffres de la retraite. Dossier spécial : la retraite en France, définitions, tendances, statistiques. La lettre de l'observatoire des retraites, 2009/06, n°5.
- Aouici S., Carillon S., Mette C., Les motivations de départ à la retraite, Les cahiers de la CNAV 2008/05, n°1.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n°3 : lutter contre l'isolement et favoriser le lien social, l'intergénération et les activités cognitives

Mesure 7 : Prévenir, repérer, prendre en charge les facteurs de risque de rupture du lien social et les effets de la situation d'isolement sur l'état de santé et la vie sociale de la personne âgée

I. I. Contexte et enjeux

L'enquête Handicap-Santé Ménages 2008 de l'INSEE a identifié un groupe de 3 millions de retraités en marge de la vie sociale (ayant un repas ou une sortie avec la famille ou des amis par mois), dont un sous groupe de 530 000 retraités extrêmement isolés qui voient famille ou amis moins d'une fois par mois.

Les causes d'isolement peuvent être multiples : décès du conjoint, éloignement des proches, état de santé, sentiments dépressifs, précarité économique... La notion d'isolement est donc complexe à appréhender dans la mesure où elle procède aussi d'un ressenti de la personne. Elle représente un facteur de risque identifié par les gériatres comme étant un critère d'entrée dans la fragilité, d'où l'importance de repérer les personnes retraitées isolées vivant à domicile et de proposer une offre de service adaptée à destination de ce public. Les actions et thématiques multiples qui se développent sur les territoires se trouvent souvent confrontées à la difficulté de repérer ces populations par définition peu connues des services sociaux ou autres acteurs de proximité et à la complexité de l'environnement institutionnel existant sur les thématiques relatives à la perte d'autonomie.

Deux enjeux principaux président à la nécessité de prendre en compte la problématique d'isolement des personnes âgées en lien avec les caractéristiques de leurs territoires de vie :

- un enjeu de cohésion sociale et de solidarité collective avec et autour des retraités : il s'agit de remobiliser les acteurs des territoires (particuliers, associations, collectivités, organismes sociaux, etc.) sur une finalité de réactivation des solidarités de proximité. Cet enjeu concerne en premier lieu les retraités eux-mêmes, mais aussi les générations plus jeunes et les aidants familiaux.

A ce titre, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement conforte l'engagement citoyen et solidaire des personnes âgées en leur délivrant une attestation de tutorat lorsqu'elles encadrent des jeunes effectuant un engagement de service civique et contribuent à leur formation citoyenne. A l'Assemblée nationale et au Sénat, le débat parlementaire a validé la disposition prévoyant la délivrance systématique de cette attestation de tutorat (article 9) qui n'est actuellement qu'une simple faculté. Recevoir cette attestation devient un droit et marque la reconnaissance officielle de l'engagement des personnes âgées auprès des jeunes engagés dans un contrat de service civique.

- un enjeu de politique publique : une réponse uniquement en termes de développement de services et de structures solvabilisés par les collectivités territoriales ou les organismes de protection sociale, pour nécessaire et légitime qu'elle soit, ne permet pas de faire face à l'ensemble des questions en cause. Aussi, l'enjeu consiste à combiner une démarche de développement des solidarités « naturelles » (voisinage, inter-génération, famille, etc.) à une démarche d'adaptation des services professionnels aux besoins du territoire. Plutôt que d'opposer ces deux registres l'un à l'autre, ou de considérer que l'un doit compenser les carences de l'autre, il s'agit de rechercher systématiquement les synergies possibles. C'est dans cet état d'esprit et pour ces objectifs que la Mobilisation nationale contre l'isolement social des personnes âgées (MONALISA) se concrétise en une démarche de coopération au niveau national, départemental et local. Cette coopération a pour but de déployer des « équipes citoyennes », composées de bénévoles, soutenues et intégrées sur leur territoire. IL s'agit de mettre l'accent sur le développement d'actions collectives de prévention axées sur le maintien du lien social des retraités pour leur permettre de se réinsérer dans un réseau social. Ces actions collectives favoriseront l'activation et la mobilisation des retraités eux-mêmes dans la lutte contre l'isolement (MONALISA). Elles doivent permettre de joindre les personnes isolées qui ne se font pas connaître pour reconstruire une relation avec elles et inciter les personnes âgées à sortir de chez elles.

Les fonctions cognitives sont aussi des fonctions de socialisation. Leur maintien relève de plusieurs types d'actions collectives qualifiées d'activation cognitive : ateliers mémoire, activités culturelles, théâtre, lecture, discussions, sorties de cinéma, jeux de cartes, jardinage collectif... Participer à ces actions peut permettre aux personnes âgées de retrouver confiance en leurs capacités, de partager des connaissances et de modifier leur comportement pour un mieux être général. En outre, si ces actions revêtent un caractère attractif ou innovant, elles peuvent s'inscrire plus aisément dans un contexte intergénérationnel et promouvoir des rencontres et des projets de vie en commun sur les territoires sans que le critère d'âge soit discriminant.

II. Mesures

Prévenir, repérer, prendre en charge les facteurs de risque de rupture du lien social et les effets de la situation d'isolement sur l'état de santé et la vie sociale de la personne âgée, telles sont les mesures auxquelles les caisses de retraite entendent contribuer au travers de leur offre de services, en partenariat, bien souvent, avec les collectivités territoriales et les acteurs locaux.

Autrement dit, elles contribuent à :

- prévenir les facteurs de risque d'isolement et de rupture du lien social ;
- rompre l'isolement des personnes âgées en les réinsérant dans un réseau social, de voisinage et de solidarité ;

- faciliter l'accès aux droits et aux soins, aux services en matière de santé et d'aides au maintien à domicile ;
- favoriser la préservation du « capital santé » et la prévention de la perte d'autonomie en agissant sur les comportements favorables à la santé ;
- entretenir le sentiment d'utilité sociale des personnes âgées en leur proposant des activités favorisant leur participation à des ateliers de prévention de la perte d'autonomie.

III. Actions

* Mobilisation des citoyens, associations, acteurs publics et établissements autour de la lutte contre l'isolement (MONALISA)

- Organiser un déploiement d'actions de lutte contre l'isolement sur l'ensemble du territoire, avec une mise en œuvre individuelle ou collective dans la dynamique impulsée par MONALISA (animer la coopération entre les organismes contributeurs, déployer les « équipes citoyennes ») ;
- Mettre en place au moins une action par département mobilisant les jeunes engagés dans le cadre du service civique pour une médiation auprès des personnes âgées isolées et un appui aux actions initiées par les équipes citoyennes.

* Lien social

- Améliorer le repérage des personnes âgées socialement fragiles confrontées à une situation d'isolement (social, géographique, familial) par la mise en place d'une veille des acteurs/intervenants de proximité (facteurs, gardiens d'immeubles, commerçants, pharmaciens, CCAS, associations de proximité...) et par la réalisation d'une cartographie des personnes isolées (personnes sans présence familiale ou amicale géographiquement proche, bénéficiaires de l'ASPA, retraités issus de l'immigration, mal logés...) ;
- Développer ou maintenir une offre adaptée d'aides au maintien à domicile, de services ou de formules d'hébergement de proximité ;
- Promouvoir les démarches participatives et partenariales qui mobilisent les retraités eux-mêmes et les différents acteurs impliqués, selon les approches du développement social local, notamment au sein d'associations ;
- Développer des actions intergénérationnelles favorisant les rencontres et la mixité des générations, tout en valorisant l'engagement des retraités (marches bleues intergénérationnelles dans le cadre de la Semaine bleue).
- Développer et soutenir le dispositif de cohabitation intergénérationnelle consistant à ce qu'une personne âgée accueille un jeune chez elle afin de lutter contre l'isolement de la personne âgée et de développer la mixité intergénérationnelle

* Activation cognitive

- Partager les bonnes pratiques des ateliers collectifs à destination des seniors au niveau des opérateurs locaux;
- Analyser les actions innovantes répondant aux besoins en matière d'activation cognitive et évaluer leur impact.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Cahier des charges de la Fédération des centres sociaux et socioculturels de France (FCSF) : éléments de repère pour l'élaboration de projets en faveur du lien social,
- Guide d'aide à l'action : « Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques », INPES/Caisses de retraite, 2014,
- Brochures « Vieillir... et alors ? » et « Bien vivre son âge », INPES/Caisses de retraite, 2013 et 2014,
- Web série sur «reponses-bien-vieillir.fr », INPES/Caisses de retraite, 2014,
- Livret d'accompagnement de la web série pour les professionnels, INPES/Caisses de retraite, 2015,
- Démarche et boîte à outils MONALISA (www.monalisa-asso.fr)
- Chartes territoriales des solidarités avec les aînés signées entre les caisses de retraite et les collectivités locales (départements, communes, communautés de communes...).

V. Les métiers impactés

- Chargés de développement d'actions collectives des caisses de retraite
- Chargés de développement d'actions collectives de la FCSF
- Chargés du développement et de la promotion du bénévolat au sein du monde associatif et des organismes porteurs d'« équipes citoyennes »
- Professionnels du domicile

VI. Les opérateurs

- CNAV, CCMSA, RSI, structures inter-régimes
- La CNSA au titre du financement et de la formation des bénévoles
- MONALISA : La Mobilisation Nationale contre l'isolement des personnes âgées est une démarche de coopération qui favorise l'atteinte des objectifs et la mise en œuvre des mesures de la présente fiche. Cette animation d'engagements des divers organismes et associations autour d'une charte et de repères

communs garantit la qualité et la convergence des actions menées. Tous les signataires de la Charte MONALISA et adhérents de l'association MONALISA sont donc potentiellement des opérateurs de cette fiche action.

- Fédération des centres sociaux et socioculturels de France (FCSF)
- UNCCAS
- INPES

VI bis. Calendrier

2015-2016

- Expérimentation des contrats de territoire pour le développement coordonné des actions collectives de prévention sur les territoires prioritaires (CNAV) ;
- Bilan intermédiaire du dispositif « chartes territoriales des solidarités avec les aînés » ;
- Renforcement du déploiement des actions existantes ;
- Création et déploiement des équipes citoyennes dans les territoires ciblés par les opérateurs signataires de la Charte (MONALISA) ;
- Premier bilan de la convention CNSA/MONALISA sur la démarche et le déploiement de la Mobilisation nationale contre l'isolement social des personnes âgées ;
- Recensement des « bonnes pratiques » initiées par les centres sociaux sur les différents enjeux de prévention dans un objectif d'élaboration et diffusion en 2015/2016 d'un « guide ressources » auprès des acteurs qui souhaitent développer des actions collectives de prévention (FCSF).

2017

- Bilan des expérimentations des contrats de territoire et ajustement de la démarche le cas échéant (CNAV) ;
- Nombre d'équipes citoyennes, nombre de jeunes volontaires du service civique et de référents impliqués, nombre de départements concernés par le déploiement de MONALISA (MONALISA/CNSA) ;
- Couvrir d'ici 2017 l'ensemble des régions françaises, avec à chaque fois quelques territoires pilotes qui permettent de développer des projets locaux de prévention associant les caisses de retraite (FCSF) ;
- Poursuivre le déploiement des chartes territoriales des solidarités avec les aînés sur l'ensemble du territoire.

VII. Evaluation

- Suivi du nombre d'actions collectives de prévention organisées à la suite d'un repérage d'un territoire fragile réalisé par un observatoire des situations de fragilité ;
- Identifier des critères objectifs de mesure de la restauration du lien social suite aux différentes participations dans les actions collectives de prévention ;
- Suivi du nombre de retraités engagés dans des équipes citoyennes MONALISA initiées suite aux actions collectives de prévention axées sur l'activation et la mobilisation des personnes âgées elles-mêmes ;
- Suivi du nombre d'équipes citoyennes initiées suite aux actions de sensibilisation, de formation et de soutien prévues par démarche MONALISA.

Références bibliographiques

- Rapport MONALISA - préconisations pour une Mobilisation Nationale contre l'Isolément des Agés, juillet 2013.
- Les solitudes en France, Rapport de la Fondation de France, juin 2012.
- Combien de personnes vivent seules en France. Laurent Toulemon, Sophie Penneç, Population et sociétés, INED, décembre 2011.
- Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées, CREDOC, novembre 2011.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu 3 : lutter contre l'isolement et favoriser le lien social, l'intergénération et les activités cognitives

Mesure 8 : Maintien du lien social et conseils en prévention : développer l'expérimentation des paniers de services, offre diversifiée à domicile

I. Contexte et enjeux

Le chapitre II du titre III « Accompagnement de la perte d'autonomie » du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement comporte des dispositions propres à « refonder l'aide à domicile » en sécurisant le financement de cette activité et en encadrant les missions des services d'aide et d'accompagnement à domicile appelés à se diversifier, à se professionnaliser et à se coordonner. Le service rendu à l'usager doit se moderniser en proposant des « bouquets de services » plus diversifiés et mieux coordonnés où l'aide humaine se combine aux aides techniques, à l'aménagement du domicile et aux nouvelles technologies de l'autonomie, aux activités et conseils de prévention, à l'accueil de jour, à des missions d'intérêt général.

Dans plusieurs départements, il a ainsi été expérimenté de nouvelles modalités de tarification des services d'aide à domicile dans le cadre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), prévues par l'article 150 de la loi de finances pour 2012¹⁷ et lancées à l'initiative de l'Assemblée des départements de France (ADF) et d'un collectif de fédérations nationales d'aide à domicile. Les résultats positifs de celles-ci ont été présentés au COPIL du mois de juin 2015, et ils ont permis de conclure à la nécessité de mettre fin à l'expérimentation et d'intégrer dans le droit commun le « forfait global » en tant que nouvelle modalité financière des SAAD. Cette opération sera effective lors de l'entrée en vigueur de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

De son côté, suite aux différents travaux et rapports menés sur l'évolution des besoins d'aide au maintien à domicile des retraités du régime général, le Conseil d'administration de la CNAV a décidé, en avril 2013, de lancer des expérimentations sur la mise en place de paniers de services, sur la base d'un cahier des charges national. Le lancement de ces expérimentations se fait en concertation et en collaboration étroite avec la MSA et le RSI qui ont inscrit dans leur politique et leur convention d'objectifs et de gestion la diversification de leur offre de services à domicile.

Le Comité de pilotage « Refondation des services d'aide à domicile » installé en juillet 2013 sous la présidence des ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées et du président de l'ADF, auquel l'ensemble des représentants de l'inter-régimes retraite (CNAV, CCMSA et RSI) participent,

17 Un arrêté du 30 août 2012 fixe le cahier des charges de ces expérimentations en prévoyant notamment deux modalités : tarification à l'activité sous forme d'un forfait global et tarification horaire en fonction du type de prestation.

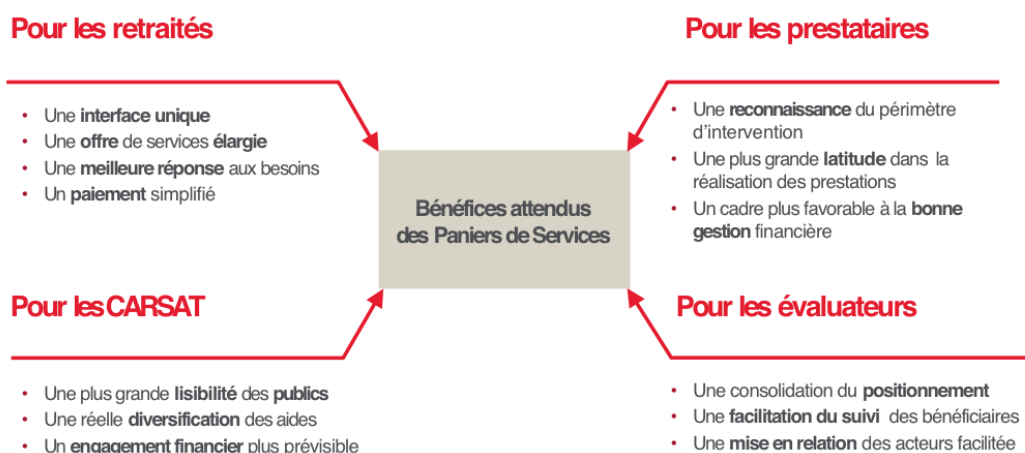
assure la mise en cohérence des expérimentations conduites tant auprès des personnes justiciables de l'APA (ADF/fédérations d'aide à domicile) que de celles relevant des GIR 5 et 6 de la grille AGGIR (retraités CNAV/inter-régimes).

L'ambition de l'inter-régimes est de développer avec le secteur de l'aide à domicile une logique de paniers de services personnalisés, graduée en fonction du degré de fragilité des retraités auxquels ils s'adressent, en s'appuyant sur des expérimentations locales qui ont vocation à être évaluées et généralisées. Il s'agit de concevoir un dispositif national structuré qui pourra s'étendre progressivement à l'ensemble du territoire et des acteurs du maintien à domicile.

L'expérimentation devra répondre à trois principes structurants :

- Apporter une réponse diversifiée et plus adaptée aux besoins des bénéficiaires, dans une perspective de prévention de la perte d'autonomie ;
- Faire évoluer les besoins au fil de la mise en œuvre du plan d'aide ;
- Améliorer le système de tarification.

Les bénéfices escomptés du lancement des paniers de services sont les suivants :



II. Mesure

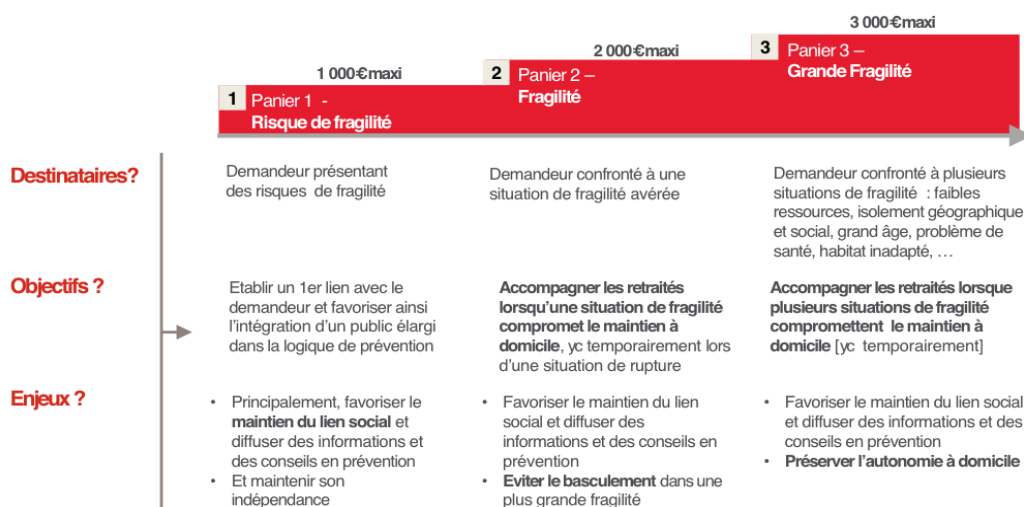
L'expérimentation de paniers de services répond au besoin d'accompagnement de l'évolution des besoins au fil de la mise en œuvre des plans d'aide. L'élaboration des paniers de services repose sur les principes suivants :

- Le contenu des différents paniers de services doit correspondre à des niveaux de fragilité différents afin d'apporter une réponse adaptée aux retraités ;
- Les paniers de services doivent intégrer des prestations diversifiées favorisant le maintien du lien social du retraité ainsi que des

informations et conseils en prévention qui sont essentiels en matière de préservation de l'autonomie.

Une évaluation des besoins du demandeur, désormais complétée par une objectivation du risque de fragilité facilitée par le recours à la grille FRAGIRE de mesure de la fragilité développée par l'inter-régimes et le Pôle de Gériatrie interrégional de Bourgogne Franche-Comté, permettra une orientation « naturelle » des publics vers l'un des paniers de services définis.

Trois offres de services sont identifiées pour des publics demandeurs aux niveaux de fragilité distincts et se déclinent au travers de trois paniers de services constitués de prises en charge individuelles de la part de la caisse de retraite compétente et justifient l'intervention de services d'aide à domicile :



III. Actions

- Concevoir un dispositif national, intégrant des prestations diversifiées favorisant le maintien du lien social et des informations et conseils en prévention, qui pourra s'étendre progressivement à l'ensemble du territoire et des acteurs du maintien à domicile ;
- Accompagner le secteur de l'aide à domicile dans la professionnalisation des personnels chargés de porter des messages de prévention ;
- Se doter d'une architecture nationale (système d'information) partageable avec l'ensemble des acteurs concernés et permettant le suivi des actions et le développement des possibilités de signalements.

IV. Outils et bonnes pratiques

- La grille FRAGIRE
- Le cahier des charges de la formation des évaluateurs du besoin d'aide à domicile (EBAD)

V. Métiers impactés

- Directeurs de l'action sociale des caisses de retraite
- Evalueurs du besoin d'aide à domicile
- Assistants de service social et personnels des services d'action sociale des caisses
- Personnels d'encadrement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
- Personnels d'aide et d'accompagnement à domicile
- Personnels d'encadrement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)
- Personnels de l'aide, de l'accompagnement et du soin à domicile (SPASAD)

VI. Les opérateurs

- CNAV
- MSA

IV bis. Le calendrier

L'expérimentation a commencé au 1er semestre 2014 avec 4 caisses régionales (Bourgogne Franche-Comté, Ile-de-France, Rhône-Alpes et Sud-est) du réseau de l'assurance retraite sur de petits territoires et sur de petits volumes. La CARSAT Nord-Est a démarré l'expérimentation en novembre 2014 et trois caisses sont sur le point de démarrer en production. Cinq autres caisses ont prévu de s'engager dans l'expérimentation d'ici la fin du premier semestre 2015.

Un premier bilan a été présenté à la fin de l'année 2014 et des points de suivi seront proposés régulièrement aux instances de pilotage tout au long de l'année 2015. La CNAV réalisera plusieurs bilans intermédiaires, abordant le suivi quantitatif et une analyse qualitative, avant de proposer un bilan final et des stratégies de généralisation de la démarche en juin 2016.

Le déploiement des paniers de services est prévu fin 2015 pour la MSA.

VII. Evaluation

Une évaluation du dispositif a été engagée dès la fin de l'année 2014 et sera poursuivie pendant toute la durée de l'expérimentation afin d'en apprécier la

montée en charge tant sur le plan quantitatif qu'en ce qui concerne la pertinence des prises en charge et des procédures de gestion.

Un bilan permettra de vérifier que les principes de l'expérimentation ont bien été respectés et de préciser les points forts et les axes d'amélioration du dispositif.

Références bibliographiques

- Cahier des charges définissant les conditions de mise en œuvre des expérimentations sur les paniers de services, Cabinet Bearing Point / CNAV, juillet 2013.
- Expérimentation des paniers de services : bilan intermédiaire, Cabinet Bearing Point / CNAV, 31 décembre 2014.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n°4 : favoriser le maintien à domicile en logement individuel ou collectif et adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement

Mesure 9 : Promouvoir les « résidences autonomie » et favoriser la préservation de l'autonomie de leurs résidents et adapter leur environnement

I. Contexte et enjeux

Historiquement, le dispositif d'accompagnement des personnes âgées s'est structuré autour de deux pôles : le maintien à domicile et l'hébergement collectif. L'aspiration de la majorité de la population est de vieillir chez soi. Ainsi, les résidences autonomie, ex logements-foyers, répondent à ce souhait car elles constituent une offre de logements regroupés constituant de véritables domiciles, où les personnes âgées sont locataires de leur logement. Elles accueillent des personnes âgées en état de vivre de façon autonome dans un logement indépendant au moment de leur entrée dans la résidence, tout en leur offrant un environnement moins isolé, plus sécurisé et garantissant, dans certains cas et sous conditions, une prise en charge sociale et médico-sociale. Des services de restauration, de ménage, d'animation et d'activités diverses sont proposés aux résidents. Certaines personnes, admises alors qu'elles étaient autonomes, vont présenter des incapacités en cours de séjour et pourront demeurer dans la structure.

Ces lieux de vie collectifs représentent une offre d'habitat intermédiaire située entre le logement ordinaire et l'habitat institutionnel et constituent une réelle opportunité, une offre de logement pérenne, accessible financièrement et un cadre approprié de prévention de la perte d'autonomie et de préservation de la vie sociale permettant de faire face dans de bonnes conditions au vieillissement de la population.

Les résidences autonomie représentent actuellement 108 920 places installées (logements), réparties au sein de 2 233 établissements¹⁸ (15 % des structures hébergeant des personnes âgées). Elles répondent aux besoins d'un public qui ne veut plus ou ne peut plus, notamment pour des raisons d'isolement ou de sécurité, vivre dans un domicile ordinaire, mais dont l'état de santé ne nécessite pas pour autant une entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les logements-foyers/résidences autonomie ayant pour la plupart été construits entre les années 1960 et 1980, leur adaptation aux besoins et aux attentes de leurs résidents et leur mise en conformité réglementaire font l'objet d'un plan exceptionnel d'aide à l'investissement (PAI) financé par l'Etat à hauteur de 40 millions d'euros sur trois ans. En 2014, la CNSA a été amenée à conventionner avec la CNAV pour

¹⁸ Source : enquête EHPA 2011, DREES ; champ : France entière, au 31 décembre 2011. Un total de 2974 structures était comptabilisé en 2003, 2 786 en 2007, soit une diminution de -24,9 % sur la période 2003/2011. A titre de comparaison, le fichier FINESS recensait en 1996 près de 3000 structures, pour une capacité de 160 000 places.

financer une première tranche de ce plan à hauteur de 10 millions d'euros, fixer les modalités de versement de l'aide et les règles de priorisation des projets de rénovation. Pour les tranches 2015 et 2016, la DGCS a préparé en lien avec la CNAV une enquête sur le cadre bâti du parc existant qui sera menée auprès de l'ensemble des logements-foyers, afin de disposer d'un recensement des besoins et de prioriser ensuite les projets éligibles au PAI.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement entend renforcer le rôle et la place des résidences autonomie dans l'offre des logements avec services. Il s'agit de donner un nouveau souffle et de moderniser cette offre, afin de la transformer en un véritable dispositif de prévention de la perte d'autonomie. Un socle minimal de prestations sera mis en place pour que ces structures répondent mieux aux besoins de leurs usagers.

Le projet de loi prévoit, outre le changement d'appellation, le versement d'un forfait autonomie, alloué par le département au moyen du concours qu'il reçoit de la CNSA au titre des actions organisées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, afin de permettre aux résidences autonomie d'organiser et de proposer aux retraités fragilisés des actions, collectives ou individuelles, de prévention de la perte d'autonomie dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Le forfait autonomie devrait ainsi permettre de généraliser la mise en œuvre d'actions visant à maintenir et/ou à entretenir les facultés sensorielles, motrices et psychiques des résidents, à repérer leurs difficultés sociales et à favoriser la promotion de comportements de nature à prévenir la perte d'autonomie (nutrition, mémoire, sommeil, activités physiques, équilibre et prévention des chutes, lien social) qui jouent un rôle essentiel pour rester en bonne forme physique et psychologique. Ce forfait sera utilisé pour financer le recours à des professionnels formés à l'accompagnement de publics présentant des fragilités psychologiques et/ou psychiques et/ou sociales. Il permettra soit de recruter des personnels d'animation, au besoin mutualisés entre établissements, en charge de l'organisation et de la mise en œuvre de la mission de préservation de l'autonomie, soit de financer des intervenants extérieurs réalisant des animations et/ou proposant des ateliers de prévention.

Cependant, toutes les résidences autonomie ne seront pas directement éligibles au forfait autonomie (notamment celles percevant un forfait soins). Un décret définira les conditions d'attribution de ce financement nouveau.

La conférence des financeurs permettra d'améliorer la visibilité de l'existant et d'identifier les besoins non couverts ou non financés sur le territoire, afin de définir une stratégie coordonnée de prévention en résidence autonomie. En effet, la prévention de la perte d'autonomie est au cœur des besoins des personnes âgées qui résident dans ces structures et cette mission doit être déclinée concrètement dans le projet d'établissement.

On peut identifier comme principaux enjeux concernant les résidences autonomie :

- La revalorisation de leur image et leur ouverture sur l'extérieur : cette offre de logements souffre en effet d'une faible visibilité alors même qu'elle répond aux besoins de diversification des modes d'hébergement ;

- La réponse aux besoins de sécurité et de préservation du lien social des personnes âgées ;
- Le développement de modes de financement et le partage de bonnes pratiques des réhabilitations des résidences autonomie afin de maintenir et développer le parc existant
- Le soutien à l'innovation dans l'habitat regroupé dédié aux personnes âgées.

II. Mesures

Favoriser la préservation de l'autonomie des résidents des résidences autonomie : revaloriser l'offre afin de la rendre plus attractive et en faire un véritable instrument de prévention de la perte d'autonomie ; développer l'ancrage territorial et l'ouverture sur la vie sociale de ces résidences.

III. Actions

- Mettre en place des plans d'actions collectives de prévention dans les résidences autonomie pour les départements non couverts par cette offre ;
- Produire des préconisations avec l'INPES et l'inter-régimes pour permettre aux professionnels de développer et d'organiser des actions de vie sociale et de prévention de la santé dans les résidences autonomie et autres lieux de vie collectifs, en lien avec les différents acteurs territoriaux ;
- Développer l'accès aux aides techniques au sein du domicile des personnes âgées dans le cadre des résidences autonomie.
- Encourager l'ouverture sur l'extérieur de la restauration, des activités de prévention et de loisirs des résidences autonomie en orientant les financements qui leur sont destinés vers les projets qui s'inscrivent résolument dans une démarche de prévention et d'ouverture sur la cité ;
- Soutenir la coordination gérontologique au sein des résidences autonomie ainsi que leur inscription dans la coordination gérontologique locale.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Synthèse de l'enquête sur l'état des lieux « population-cadre bâti » dans les logements-foyers pour personnes âgées, DGAS-DGUHC, juin 2005
- ADEL, outil d'aide à la décision pour l'évolution des logements-foyers - DGCS, CNAV, 2010
- Références et recommandations pour les logements-foyers - Ministère des affaires sociales et de la santé (DGCS), Ministère de l'égalité des territoires et du logement (DHUP) et Assurance Retraite (CNAV), juillet 2013

- Recommandations ANESM référencées dans le guide « références et recommandations » DGCS/DHUP/CNAV.

V. Métiers impactés

- Gestionnaires, directeurs de logements-foyers/résidences autonomie et bailleurs sociaux ;
- Référents action immobilière CNAV-CARSAT, MSA, RSI et CNSA ;
- Personnels appartenant aux services des établissements et services des conseils départementaux et des CCAS ;
- Personnels des logements-foyers/résidences autonomie (animateurs notamment) ;
- Professionnels de la prévention de la perte d'autonomie (ergothérapeutes, infirmiers,..).

VI. Les opérateurs

- CNAV, CCMSA, RSI
- DGCS
- CNSA
- Conseils généraux, centres communaux d'action sociale et UNCCAS
- INPES

VI bis. Calendrier

2014/2015

- Ouvrir le premier plan d'aide à l'investissement (PAI), initier l'enquête sur le cadre bâti.

2015/2016

- Développer de nouveaux outils d'ingénierie financière et technique, mise en place d'outils de gestion partagés CNAV/MSA/RSI, reconnaissance des bonnes pratiques de l'habitat regroupé, renforcer la communication autour des lieux de vie collectifs.

VII. Evaluation

Indicateurs de résultats :

- Nombre de bénéficiaires des ateliers de prévention / population totale des personnes âgées dans les résidences autonomie bénéficiant du forfait autonomie = ratio de participation ;
- Nombre de résidences autonomie ayant bénéficié d'une aide financière pour la réalisation de travaux de rénovation immobilière / nombre de résidences autonomie ayant besoin d'une rénovation = ratio de financement ;

- Nombre de conventions réseaux signés ;
- Evolution du nombre de résidents en résidences autonomie entre 2014 et 2017 ;
- Evolution du nombre de résidences autonomie dans les zones non couvertes ou peu couvertes entre 2014 et 2017 ;
- Nombre de résidences autonomie dont les activités sont ouvertes à d'autres bénéficiaires que les résidents entre 2014 et 2017 et part de ces résidences parmi celles qui ont bénéficié de financements publics spécifiques liés à leur mission de prévention ;
- Nombre de conventions de partenariat entre une résidence autonomie et une municipalité (ou CCAS) entre 2014 et 2017 ;
- Nombre de conventions de coordination entre une résidence autonomie et un prestataire de services relevant du secteur sanitaire ou social et médico-social entre 2014 et 2017.

Indicateurs de processus :

- Analyse des questionnaires de satisfaction des personnes âgées bénéficiaires des actions de prévention menées dans les résidences autonomie ;
- Analyse d'une enquête d'opinion sur l'image des nouvelles résidences autonomie auprès de l'opinion publique, avec focus sur la classe d'âge 50/60 ans (public cible à venir) et + 60 ans (public actuel) - d'ici quelques années ;
- Analyse des questionnaires de satisfaction des directeurs et gestionnaires de résidences autonomie quant aux outils mis à leur disposition pour développer leur mission de prévention de la perte d'autonomie (d'ici 3 ans).

Références bibliographiques

- Les logements-foyers pour personnes âgées, Conseil général des Ponts et Chaussées, juillet 2002. (Rapport établi par Jean-Pierre Grunspan, ingénieur général des Ponts et Chaussées) ;
- Les foyers logements face à la réforme de la tarification : quelles adaptations ? UNCCAS, juin 2002 ;
- Développer et moderniser les logements-foyers, CNRPA 2005 ;
- 17ème rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées : Habitat et vieillissement : vivre chez soi mais vivre parmi les autres, octobre 2012.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n°5 : adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement

Mesure 10 : Promouvoir la démarche globale « Villes amies des aînés » en France

I. Contexte et enjeux

La France est consciente et souhaite agir sur le processus de vieillissement de sa population, qui est essentiellement liée à l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du baby-boom et à l'allongement de la durée de vie des Français. Selon les projections, la part des personnes âgées de plus de 60 ans représentera en 2060 un tiers des de la population française contre un quart aujourd'hui (24,4 %).

Parallèlement, la proportion des personnes âgées vivant en milieu urbain devrait s'accroître dans les années à venir. Ainsi, le vieillissement et l'urbanisation représentent des défis primordiaux pour notre société. De plus, la majorité des personnes âgées souhaite demeurer à domicile le plus longtemps possible.

Le vieillissement de la population ne doit pas être considéré comme « un problème à régler » mais plutôt comme une chance et un défi à relever. Le changement des mentalités et la lutte contre les discriminations liées à l'âge apparaissent essentiels pour réussir l'intégration de tous nos aînés dans nos sociétés.

Dès lors, il devient nécessaire pour les villes d'adapter au mieux l'environnement des personnes âgées afin qu'elles puissent en profiter dans les meilleures conditions. C'est une nécessité pour les aînés, mais aussi pour l'ensemble des habitants, quel que soit leur âge ou leur situation sociale. Il s'agit en effet de repenser la manière de « vivre ensemble ».

Pour une ville plus accueillante, l'amélioration de l'environnement passe par de nombreux changements au niveau du territoire, de l'espace urbain et des logements pour les rendre plus accessibles. C'est un long travail de réflexion où il faut penser le logement, les moyens de transport, les espaces publics, la santé, ... L'important pour les aînés est de pouvoir vivre dans des milieux leur permettant de continuer à mener une vie active et épanouie, en les considérant de cette manière, comme acteurs et citoyens de la société, au même titre que les autres habitants.

La dynamique « Ville amie des aînés » s'attache donc concrètement à œuvrer pour que les âgés développent et gardent un sentiment d'appartenance à leur ville. Par ailleurs, la démarche vise à lutter contre toute forme d'âgisme en associant l'ensemble des acteurs aux débats et aux projets locaux.

En 2015, 38 villes françaises¹⁹ sont membres du Réseau francophone des villes amies des aînés (RFVAA) et une dizaine sont en cours de réflexion pour entrer dans la démarche

II. Mesure

La démarche globale et transversale « Ville amie des aînés » est une réponse à l'enjeu du vieillissement et à l'adaptation de notre société, en favorisant l'intégration naturelle des seniors dans leur ville. L'innovation première de cette démarche est le travail coordonné et complémentaire, avec la participation des aînés, de tous les habitants et les acteurs locaux pour répondre au défi du vieillissement.

Le projet « Villes amies des aînés » est un programme de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) né à Rio de Janeiro en juin 2005. « Villes amies des aînés » est avant tout un programme visant à créer un réseau de villes engagées dans l'amélioration du bien-être des aînés sur leur territoire. Il s'agit d'un projet d'ordre mondial ayant pour objectif de répondre aux enjeux et attentes d'une population vieillissante.

Le Réseau Francophone des Villes amies des aînés (RFVAA) a été créé en 2012 et a été reconnu officiellement comme membre affilié de l'OMS dès 2013. Ce Réseau associe des villes françaises, québécoises, suisses et belges autour d'un même idéal et d'une même volonté de progresser et de permettre à tous de mieux vivre ensemble. Actuellement, une vingtaine de villes françaises sont d'ores et déjà engagées dans la démarche « Villes amies des aînés ».

Les actions mises en œuvre s'effectuent dans les huit domaines suivants :

- Espaces extérieurs et bâtiments ;
- Transports et mobilité ;
- Habitat ;
- Lien social et solidarité ;
- Culture et loisirs ;
- Information et communication ;
- Participation citoyenne et emploi ;
- Autonomie, services et soins.

Le Gouvernement français souhaite promouvoir la mise en œuvre du programme « Villes amies des aînés » en France. Ce dispositif, qui repose sur le volontariat des collectivités, n'a pas pour objectif de créer des quartiers réservés aux personnes âgées mais de créer les conditions favorables du vieillissement pour être en mesure d'accueillir sans exclusive tous les âges.

¹⁹ Dont Angers, Besançon, Bordeaux, Dijon, Le Havre, Lyon, Metz, Nice, Quimper, Rennes, Strasbourg, Toulon, Toulouse...

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (rapport annexé) prévoit la création d'un label « Ville amie des aînés » visant à récompenser les villes les plus engagées dans la démarche. Il permettra de bénéficier d'une prise en compte pour les appels à projets du fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce (FISAC), de la mobilisation des associations sportives par l'État et de la coopération des services préfectoraux pour mener, en lien avec la collectivité, des projets d'habitats regroupés intergénérationnels.

III. Actions

- Communiquer sur les actions réalisées dans les huit thématiques clés de l'OMS pour encourager la mise en œuvre du programme « Villes amies des aînés » dans le plus grand nombre de villes possible ;
- Organiser des événements locaux et nationaux pour diffuser la démarche ;
- Mettre en place sous l'égide de l'Etat/RFVAA/Caisse des dépôts et consignations d'un label visant à récompenser les villes les plus engagées dans la démarche ;

IV. Métiers impactés

- Directeurs des services administratifs et techniques au sein des collectivités ;
- Responsables de services ;
- Professionnels de la formation ;
- Consultants ;
- Travailleurs sociaux.

V. Les opérateurs

- Caisse des dépôts et consignations (particulièrement la SCET, filiale à 100 % qui a vocation à accompagner les collectivités). D'autres consultants peuvent également être impactés.
- Réseau français des villes amies des aînés (RFVAA)
- CNAV

VI. Le calendrier

2014 :

- Edition du Guide français des villes amies des aînés ;
- Événement national au Palais du Luxembourg ;

2015 :

- Échange des villes entre elles ;

- Événements régionaux ;
- Intervention nationale ;
- Edition des indicateurs de réussite

VII. Évaluation ²⁰/ Critères

- Amélioration de la méthodologie des villes adhérentes ;
- Augmentation du nombre de villes participantes ;
- Participation aux formations, événements et colloques ;
- Analyse de bilan de phase I de la démarche et évaluation des propositions des villes pour la phase II de l'OMS.

Références bibliographiques

- Aquino (Jean-Pierre), « Le plan national “Bien vieillir” », *Retraite et société*, 2007/3 n° 52, p. 152-157.
- Aquino (Jean-Pierre), « Le vieillissement : d'un modèle « déféctologique » à un modèle « ontogénique », *Gérontologie et société*, 207/4.
- Herbert (Béatrice), La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat Réalités et perspectives, étude menée dans le cadre du programme de recherche « Vieillissement de la population et Habitat » du Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), in ANIL Habitat Actualité, avril 2010, 123 p., p.70.
- Petitot (Charles), Bien vieillir-Vivre ensemble, Cahier des charges, Juin 2009.
- Lefebvre (Pierre-Olivier), Chapon (Pierre-Marie), 2014, Guide français des villes amies des aînés, bonnes pratiques à l'intention des acteurs locaux, Paris, La Documentation française, 138 p.
- Petitot (Charles), Bien Vieillir-Vivre ensemble, Protocole conseillé pour la phase d'audit urbain, Juin 2009.
- Chapon (Pierre-Marie), Lefebvre (Pierre-Olivier), Philipona (Angélique), Finot (Floria), 2015, Mesurer l'impact d'une démarche ville amie des aînés sur un territoire par la mise en place d'indicateurs transversaux, *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieill* 2015; 13(2) : 169-75.
- Gouvernement du Québec, Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés, 2013.
- Centre d'Analyse Stratégique, Vieillissement et espace urbain. Comment la ville peut-elle accompagner le vieillissement en bonne santé des aînés ?, note d'analyse 323, février 2013.

20 Voir la publication référencée dans la bibliographie « Mesurer l'impact d'une démarche ville amie des aînés sur un territoire par la mise en place d'indicateurs transversaux »

- Organisation Mondiale de la Santé., Guide mondial des villes-amies des aînés, 2007.
- Organisation Mondiale de la Santé, Villes amies des aînés : Marche à suivre - Protocole de Vancouver, 2006.
- Organisation Mondiale de la Santé, Vieillir en restant actif : cadre d'orientation, 2003.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n°5 : Adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement

Mesure 11 : Intégrer les enjeux du vieillissement dans les documents d'urbanisme

I. Contexte et enjeux

La prise en compte du vieillissement dans les documents d'urbanisme et de planification constitue un outil indispensable pour adapter progressivement les villes au vieillissement et mieux structurer l'offre en fonction des besoins actuels et futurs de la population. Ce principe a été réaffirmé dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement qui prône la prise en compte des personnes âgées particulièrement dans :

- Le SCOT (Schéma de Cohérence Territoriale)
- Le PLU (Plan Local d'Urbanisme)
- Le PDU (Plan des Déplacements Urbains)
- Le PLH (Programme Local de l'Habitat)

pour faire évoluer les manières de penser l'aménagement urbain et les déplacements dans une logique de mixité entre les générations.

II. Mesures

Intégrer les enjeux du vieillissement dans les documents d'urbanisme.

Par l'intervention dans les documents d'urbanisme et de planification, il s'agit de :

- Faciliter la construction d'un parc de logements adaptés et l'adaptation du parc ancien dans des secteurs jugés comme favorables (comprenant commerces de proximité, transports en commun, présence de médecins et services de soins à domicile).
- Inciter les personnes vivant dans des zones défavorables à s'installer dans les centres de quartier et centres bourgs, par la mise en œuvre d'une offre diversifiée.

III. Actions

- Inciter chaque collectivité à cartographier des « zones favorables », existantes ou à développer, en lien avec la démarche globale de planification urbaine (secteurs correspondant au croisement, dans un rayon de 200 et 300 mètres, des polarités de quartier - commerces et services de proximité - et des transports en commun autour des stations de métro et des arrêts de bus des lignes majeures. Les

cartes prennent en compte les équipements publics, les hôpitaux, les cliniques, les établissements pour personnes âgées ainsi que les parcs et espaces verts.)

- Analyser chaque secteur pour repérer les possibilités d'évolution du parc social existant par voie de réhabilitation en lien avec le recensement des bâtiments adaptés, adaptables et non-adaptables, réalisé par les bailleurs sociaux ; Réaliser des programmes neufs dans les opérations d'aménagement, d'une part, et dans les secteurs diffus selon les potentialités de renouvellement urbain, d'autre part, avec des dimensions de projets variables, les possibilités d'évolution du parc privé ;
- Transposer dans les PLH et PLU les « zones favorables » avec la mise en place d'un zonage spécifique permettant le développement d'une offre adaptée.

IV. Outils et bonnes pratiques

- La réglementation actuelle permet déjà aux collectivités de s'engager sur ce travail. Rennes Métropole constitue la démarche la plus aboutie à ce jour avec, d'une part, les nouvelles ZAC qui intègrent désormais la notion de « zones favorables au vieillissement » et, d'autre part la volonté de la municipalité que le prochain PLU l'intègre sur l'ensemble du territoire.
- Il demeure essentiel que la démarche soit poussée par l'Etat sous forme de communications auprès des collectivités et soutenue par d'autres institutions (CNAV et ANAH étant intéressées y compris par une majoration des aides dans certains cas).
- Il serait souhaitable de mettre en place une commission commune à différents ministères/secrétariats d'Etat pour évaluer et adapter si besoin le code de la construction et de l'habitation et le code de l'urbanisme en fonction des retours des collectivités.

V. Métiers impactés

- Directeurs des services techniques ;
- Urbanistes / Aménageurs / Paysagistes ;
- Professionnels de la formation ;
- Promoteurs ;
- Bailleurs sociaux ;
- Consultants spécialisés ;
- Universitaires

VI. Les opérateurs

- Collectivités / AMF
- CNFPT (aspects formation)
- CDC/SCET (services, conseil, expertise et territoires, filiale de la CDC)
- CNAV, CCMSA, RSI
- ANAH
- USH

VI bis. Le calendrier

Au renouvellement des documents d'urbanisme et planification au cas par cas. Il conviendrait de fixer une échéance

VII. Evaluation

Indicateur de résultats : nombre de villes ayant mis en place des « zones favorables au vieillissement »

Références bibliographiques

- Argoud D., 2008, L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement, rapport de recherche PUCA, 137 p.
- Bacconnier S., Thouzellier C., 2011. Vieillir en maison individuelle dans les espaces périurbains toulousains, revue Sud-Ouest Européen, n° 31, p. 29-41.
- Berger M., Aragau C., Rougé L, 2014, Vers une maturité des territoires périurbains ?, EchoGéo [En ligne], 2014, URL : [http://echogeo.revues.org/13683] ; DOI 10.4000/ echogeo.13683].
- Besingrand D., Soumagne J., 2006, Les seniors mobiles dans les petites villes du littoral atlantique, les exemples de Pornichet et de Saint-Jean-de-Luz, Les annales de la recherche urbaine, n° 100, p. 7-13.
- Caradec V., 2010, Les comportements résidentiels des retraités. Quelques enseignements du programme de recherche.
- Chapon P-M, Codaccioni M., Renard F. (2013): Vieillir en ville, enjeux et stratégies, Etudes foncières n° 164, pp.29-35.
- Chaudet B., 2012, Les territoires du « Bien vieillir » au prisme de la mobilité quotidienne des personnes âgées, in Viriot Durandal J.-P., Pihet C., Chapon P.-M. (dir.), Les défis territoriaux face au vieillissement, Paris, La Documentation Française, p. 17-30.
- Chaudet B., 2009, Handicap, vieillissement et accessibilité : exemples en France et au Québec, thèse de doctorat, Université d'Angers, 407 p.

- Ghékière J.-F., 2006, La distribution des âges dans la ville, le vieillissement des espaces urbains conçus pour des populations jeunes, Les annales de la recherche urbaine, n° 100, p. 7-13.
- Gucher C., Mallon I., Roussel V., 2007, Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité accrue ?, rapport de recherche GIS Longévité et vieillissement, 355 p.
- Herbert B., 2008, La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat, réalités et perspectives, rapport de recherche PUCA, Paris, 123 p.
- ICADE, 2013, Adapter les villes au vieillissement : enjeux d'aménagement et de gouvernance, rapport financé par le Centre d'analyse stratégique, 96 p.
- Labit A., Chaland K., 2010, L'habitat groupé autogéré en France et en Allemagne : perspectives d'avenir dans le contexte du vieillissement démographique, Espace populations sociétés, 2010/1, p. 131-142.
- Lefebvre P.-O., Chapon P.-M., 2014, Guide français des villes amies des aînés, bonnes pratiques à l'intention des acteurs locaux, Paris, La Documentation française, 138 p.
- Mallon I., 2010, Le milieu rural isolé isole-t-il les personnes âgées ?, Espace populations sociétés, 2010/1, p. 109-119.
- Membrado M, Rouyer A., 2013, Habiter et vieillir : vers de nouvelles demeures ?, Toulouse, Eres, coll. « Pratiques du champ social », 278 p.
Nader B., 2011, Les territoires de vie des 75 ans et plus. Quel environnement urbain pour une qualité de vie durable, thèse de doctorat, Université Paris-Est, 458 p.
- Nowik L., Thalineau A., 2014, Vieillir chez soi, Les nouvelles formes du maintien à domicile, Rennes, PUR, coll. « Le sens social », 240 p.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n°5 : Adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement

Mesure 12 : Garantir la mobilité et l'accessibilité dans les quartiers

I. Contexte et enjeux

La qualité des déplacements et de l'accessibilité autour du domicile constitue un fort enjeu du maintien à domicile des personnes âgées. Au-delà de l'adaptation du logement, il convient d'adapter la voirie.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit d'intégrer les problématiques relatives aux personnes âgées dans les commissions communales ou intercommunales d'accessibilité. D'autres actions (en lien avec l'urbanisme) doivent être soutenues notamment au niveau des déplacements urbains et des transports en commun.

II. Mesures

Garantir la mobilité et l'accessibilité dans les quartiers implique de :

Documents d'urbanisme :

- Inscrire dans les Projets d'Aménagement et de Développement Durable (PADD), le fait de « rendre accessible la ville et assurer le confort des déplacements » ;
- Le décliner éventuellement dans les Orientations d'Aménagement et de Programmation (OAP) ;
- Privilégier voire prescrire la réalisation d'habitats adaptés dans les secteurs denses.

Formation :

- Former les agents des régies de transports aux spécificités des personnes âgées ;
- Former les services achats aux besoins des personnes âgées pour le choix du mobilier urbain (bancs et sièges notamment).

Economie :

- Encourager une filière française de véhicules autonomes (sans conducteurs).

III. Actions

- Dans le plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE), identifier et développer les actions favorisant l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite.
- Définir l'évolution de l'offre de transports en commun dans les secteurs à forte densité.
- Etudier la faisabilité, la viabilité de circuits adaptés, bien identifiés, permettant une souplesse d'utilisation (parcs, marchés, maisons de retraite).
- Lancer un programme français du véhicule autonome (sans chauffeur).

IV. Outils et bonnes pratiques

- La réglementation actuelle permet déjà aux collectivités de s'engager sur ce travail : Plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics : guide juridique et pratique à l'usage des maires, Ministère de l'écologie, de l'énergie du développement durable et de la mer. Rennes Métropole constitue la démarche la plus aboutie à ce jour.
- Il est nécessaire de développer de nouvelles formations notamment dans les régies de transports en commun.
- Il convient de fédérer les acteurs industriels autour du véhicule autonome (sans chauffeur).
- Eventuellement mettre en place un label.

V. Métiers impactés

- Directeurs des services techniques des collectivités locales ;
- Professionnels de l'ingénierie transports ;
- Professionnels de la formation ;
- Professionnels de la mobilité douce ;
- Universitaires ;

VI. Les opérateurs

- Collectivités territoriales
- CNFPT (aspects formation)
- CDC/SCET (services, conseil, expertise, territoires, filiale CDC)
- Centre de ressources et d'innovation Mobilité Handicap (CEREMH)
- Régies de transports en commun / Syndicats de transports

- Ministère de l'économie / DGCIS
- Clusters spécialisés dans les transports / Grands industriels / Chambres de commerce et d'industrie

VI bis. Le calendrier

- Au cas par cas.

VII. Evaluation

Au cas par cas. La notion de label est à développer.

Références bibliographiques

- Chapon P-M et al. 2011 « Analyse des territoires de vie et de la mobilité de personnes âgées au moyen de traceurs GPS », Annales de géographie 3/ 2011 (n° 679), p. 320-333.
- ETD, 2007 « Mobilité et accès aux services en milieu rural et périurbain Quelles méthodes d'analyse des besoins ?, 122p.
- ICADE, 2013, Adapter les villes au vieillissement : enjeux d'aménagement et de gouvernance, rapport financé par le Centre d'analyse stratégique, 96 p.
- Mallon I., « Le milieu rural isolé isole-t-il les personnes âgées ? », Espace populations sociétés, 2010/1 | 2010, 109-119.
- Nowik L., 2008, Mobilité de retraite et maintien à domicile des personnes âgées de 75 à 85 ans, rapport de recherche PUCA, Paris, 153 p.
- Pochet P. La mobilité quotidienne des personnes âgées : entre sédentarité, vie de quartier et motorisation. Gérontologie et Sociétés, 1996, pp.91-106.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n°6 : soutenir les dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours et de repérage de la perte d'autonomie et des fragilités

Mesure 13 : Assurer aux personnes âgées une information, une orientation, un accès aux droits et un accompagnement rapide et pertinent vers les aides, les professionnels, les services et dispositifs adaptés à leur situation

I. Contexte et enjeux

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement affirme le droit des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles à une information sur les formes d'accompagnement et les services qui leur sont destinés. Son article 47 confie à la CNSA la mission de mettre à leur disposition « une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes. ».

En effet, l'accueil et l'information des personnes âgées, l'évaluation globale de leur situation et de leurs besoins, leur orientation vers les réponses adéquates et intégrées, dans des conditions et des délais qui évitent la détérioration des situations, l'adaptation de leur accompagnement sont essentiels à la préservation de l'autonomie, de la santé et à la prévention de leur dégradation. Cet accompagnement et la coordination des différentes aides sont nécessaires tout au long de leur parcours afin de prendre en compte l'évolution de la situation. De nombreux professionnels et dispositifs contribuent à ces différentes missions en amont et à côté des prises en charge : équipes APA, CLIC et autres lieux d'information et de coordination gérontologiques, réseaux de santé gérontologiques, caisses de retraite de base et complémentaires (Bien vieillir), gestionnaires de cas avec la diffusion nationale d'une organisation intégrée de ces ressources selon la méthode MAIA, organisations intégrées renforcées sur les territoires PAERPA....

Environ 600 CLIC assurent aujourd'hui des fonctions d'information, de conseil, d'orientation, d'évaluation, de coordination et de suivi des personnes âgées et de leurs aidants. Ils sont des acteurs généralistes essentiels de l'accès aux droits, du repérage des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et de l'accompagnement à la mise en place et à la coordination des aides nécessaires. Nombreux sont ceux qui leur proposent également des actions de prévention, ainsi que des actions en direction des aidants et des professionnels. Autorisés et financés par les départements, principaux relais de la compétence gérontologique de ces derniers, les CLIC peuvent également bénéficier, pour leur activité globale ou pour des actions spécifiques, de subventions des caisses de retraite, des communes, des ARS, etc.

Mais ils ne couvrent pas l'ensemble du territoire, ils se voient confier et/ou reconnaître des fonctions plus ou moins étendues par les institutions qui les soutiennent et s'appuient sur eux et ils disposent de moyens hétérogènes.

Les CLIC et les réseaux interviennent sur des territoires le plus souvent infra-départementaux où se déploient des dispositifs MAIA.

La méthode MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie de 60 ans et plus et de leurs aidants grâce à une démarche particulière : l'intégration des services d'aide et de soins qui conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs afin d'appuyer le repérage des besoins des personnes et à s'assurer que la réponse la plus adaptée est mise en place. L'objectif est d'apporter une réponse harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse. La méthode MAIA a donc pour objectif de simplifier et d'optimiser le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie. Le porteur chargé du déploiement de la méthode MAIA peut être un service du conseil général, un CLIC, un réseau de santé, un établissement de santé, etc. 252 dispositifs MAIA sont en fonctionnement en décembre 2014 et 50 nouveaux dispositifs sont déployés en 2015 pour poursuivre le maillage du territoire.

Sur les territoires MAIA, les personnes âgées en situation complexe bénéficient d'un suivi intensif et au long cours par des gestionnaires de cas dédiés à la coordination des interventions des différents professionnels intervenant auprès d'elles. Ces situations complexes sont repérées par les professionnels du guichet intégré qui englobe l'ensemble des points d'accueil, d'orientation des personnes âgées et des services de coordination des interventions tels que les CLIC et les réseaux de santé. Les gestionnaires de cas utilisent un outil d'évaluation multidimensionnelle permettant d'avoir une approche globale des besoins de la personne âgée. Le choix de l'outil définitif, informatisé et validé scientifiquement, est en cours.

Dans le cadre des expérimentations concernant le parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA), une coordination territoriale d'appui (CTA) est mise en place qui a pour objectif le rapprochement et la mise en cohérence des approches sanitaire, médico-sociale et sociale et la mobilisation de leurs ressources respectives. La CTA n'est pas une structure nouvelle. Plateforme d'information et de gestion à destination des professionnels comme des personnes âgées et de leurs aidants, elle s'appuie sur les ressources et dispositifs existants (CLIC, réseaux gérontologiques...), travaille à leur rapprochement et à l'intégration des services (appui sur le guichet intégré dans les territoires MAIA). Elle intervient essentiellement en appui et à la demande des médecins traitants pour les personnes vivant à domicile. Elle dispose d'un numéro unique d'appel et de plages horaires d'accueil étendues.

Si les rôles et le positionnement des CLIC, des réseaux de santé gérontologiques, des gestionnaires de cas, des équipes APA sont pour une large part différents, si l'articulation entre ces différents dispositifs a fait l'objet de textes de clarification, le recoupement de leurs missions, en particulier en matière d'évaluation, d'orientation et de coordination, nécessite que les modalités de la bonne articulation et complémentarité de l'ensemble des professionnels et organismes assurant des missions allant de l'information à la coordination, au niveau national comme au niveau opérationnel dans les territoires, soient approfondies par les départements, les ARS et les organismes eux-mêmes. Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement par

article 52A confie aux départements le soin de veiller à la cohérence et à la couverture territoriale de ces dispositifs et promeut la signature de conventions entre les départements, les ARS et les caisses de retraite à cette fin.

Ces dispositifs existants devraient également évoluer avec la mise en œuvre des plateformes territoriales d'appui prévues à l'article 14 du projet de loi sur la modernisation du système de santé dans un objectif de mise en cohérence et de simplification du paysage de l'appui à la coordination.

II. Mesure

Assurer la couverture territoriale, l'accessibilité et la cohérence des actions respectives des organismes et professionnels qui assurent des missions d'information, d'évaluation, d'orientation et de coordination des interventions en direction des personnes âgées. Il s'agit notamment des CLIC, des réseaux de santé gériatriques, des équipes APA des conseils départementaux, des institutions et professionnels mettant en œuvre la MAIA.

Il s'agit d'assurer aux personnes âgées une information, une orientation, un accès aux droits et un accompagnement rapide et pertinent vers les aides, les professionnels, les services et dispositifs adaptés à leur situation.

III. Actions

Assurer la couverture territoriale, l'accessibilité, la bonne articulation et la cohérence des actions et des découpages territoriaux mis en œuvre respectivement par les organismes et les professionnels qui assurent des missions d'information, d'évaluation, d'orientation et de coordination des interventions en direction des personnes âgées.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Annuaire national des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. Lieux d'information et de coordination. Fondation Médéric Alzheimer.
- Portail d'information de la CNSA (ouverture prévue au 1er semestre 2015). Liste et coordonnées des CLIC et autres points d'information.
- Cahier des charges pour la labellisation des CLIC. Annexe à la circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC.
- Référentiel qualité pour l'évaluation interne des CLIC. ANCCLIC 2010-2012.
- Bonnes pratiques recensées et diffusées par l'ANCCLIC (à venir sur <https://anccllic.wordpress.com/>).
- Cahier des charges des MAIA décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des MAIA.
- MAIA - méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, les cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2014.

- Guide méthodologique « améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé », septembre 2012.
- Fiche points clés et solutions organisation des parcours : intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, HAS 2014.
- Recenser, capitaliser et diffuser les bonnes pratiques des CLIC et autres coordinations, sur la base d'une typologie de ces pratiques :
- 1/ Pratiques centrées sur l'utilisateur (retraités, personnes âgées, aidants) (ex. : fiche-outil, livret d'accueil, action collective de prévention...);
- 2/ Pratiques centrées sur les partenaires ou le territoire (niveau technique) (ex. : convention-type, charte, organisation partenariale, outil partagé ...);
- 3/ Pratiques centrées sur l'institution (niveau stratégique) (ex. : projet de service, schéma gérontologique local, modalités de coopération entre partenaires ou entre CLIC, Réseaux, MAIA...).
- Recenser, capitaliser et diffuser les bonnes pratiques des guichets intégrés MAIA (CNSA).

V. Les métiers impactés

- Coordinateurs et directeurs de CLIC,
- Equipes APA des conseils départementaux,
- Professionnels des réseaux de santé gérontologiques et des équipes mobiles gériatriques,
- Pilotes MAIA,
- Plateformes territoriales d'appui
- Gestionnaires de cas MAIA.
- Services d'accueil des CCAS
- Etablissements de santé (services sociaux)

VI. Les opérateurs

- Conseils départementaux, caisses de retraite, ARS, communes et CCAS/CIAS.
- ANC-CLIC (association nationale des coordinateurs et directeurs de CLIC), UNR (Union nationale des réseaux).
- DGCS, DGOS, DSS, Secrétariat général des ministères sociaux, CNSA, CNAV, RSI, MSA, ADF.
- HAS

VI bis. Le calendrier

- Recensement et diffusion des bonnes pratiques : 2015
- Actions des acteurs locaux permettant d'assurer la couverture territoriale et la cohérence des dispositifs : 2016

VII. Evaluation

Les indicateurs à recueillir :

- Nombre de départements intégralement couverts par des CLIC et dispositifs équivalents.
- Nombre de départements dans lesquels l'articulation des différents dispositifs est assurée.
- Nombre de MAIA, parmi celles déployées depuis plus de 2 ans, disposant d'outils partagés.
- Diffusion des bonnes pratiques des CLIC et des autres coordinations.

Références bibliographiques

- Fondation nationale de gérontologie, «Territoires gérontologiques : contraintes, défis et controverses », Gérontologie et société n° 132.
- Fondation nationale de gérontologie, « Les innovations », Gérontologie et société n° 126.
- Association nationale des coordinateurs et directeurs de CLIC (ANCCLIC), « État des lieux national des CLIC », travaux coordonnés par Cl. Sevault, Y. Abecca
- D. Lesueur, J.-L. Sanchez, « Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie », Les cahiers de l'ODAS, juillet 2011.
- EHESP, « La coordination gérontologique : un nouveau paradigme de l'action publique vieillesse ? », 2011.
- M.-A. Bloch, L. Henaut, J.-C. Sardas, S. Gand, « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », Fondation Paul Bannetot, Centre de Gestion scientifique de Mines Paris Tech, février 2011.
- Centre d'analyse stratégique - rapports et documents, « Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française », travaux coordonnés par V. Gimbert et C. Godot, juillet 2011.
- CEDIAS, « Coopérer, coordonner : nouveaux enjeux », Vie sociale n° 1/2010, avril 2010.
- Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC - modalités de la campagne de labellisation pour 2001.
- Guide pour l'évaluation des centres locaux d'information et de coordination, INSERM, juin 2004.

- Synthèse des 25 CLIC expérimentaux : Rapport final, ARCG, juin 2004.
- Circulaire N° DGAS/DHO S/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gériatriques.
- Instruction DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ».
- Cahier des charges des MAIA décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des MAIA.
- MAIA - méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, les cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2014.
- H Trouvé, Rapport, Stratégie des ARS dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA. La documentation française. Paris : février 2012.
- CNSA, rapport d'activité « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », Paris, 2012.
- HAS, Fiche points clés et solutions organisation des parcours : intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, 2014.
- ANAP, les parcours des personnes âgées sur un territoire, retour d'expériences, 2014.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n°6 : Soutenir les dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours et de repérage de la perte d'autonomie et des fragilités

Mesure 14 : Assurer le repérage et la prise en charge des facteurs de risque de la perte d'autonomie et des fragilités

I. Contexte et enjeux

La notion de « fragilité » issue de l'expérience clinique gériatrique vise à décrire la réduction multi systémique des réserves fonctionnelles, limitant les capacités de l'organisme d'une personne âgée dite fragile à répondre au stress même mineur. La fragilité se distingue des pathologies et de l'incapacité auxquelles elle peut être ou non associée. L'état de fragilité expose à un risque de survenue d'événements indésirables, notamment de chutes, de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès.

Si le concept de fragilité fait consensus ainsi que la reconnaissance d'un syndrome de fragilité, il n'existe pas de définition opérationnelle unique. De nombreux modèles de fragilité ont été décrits dans la littérature à partir de données cliniques, biologiques et fonctionnelles, parmi lesquels prédomine le syndrome de FRIED, reposant sur la perte de la force musculaire, le ralentissement de la marche, la diminution de l'énergie, la réduction des activités physiques et la perte involontaire de poids.

La prévalence de la fragilité, variable selon les définitions retenues, a été estimée par l'enquête SHARE²¹ réalisée en France en 2011 selon l'indice de fragilité dérivé du phénotype de FRIED à 19,7 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (5,3 % chez les 65-69 ans, 9,8 % chez les 70-74 ans, 20,4 % chez les 75-79 ans, 40,1 % chez les 80 ans et plus).

La fragilité est un état potentiellement réversible. Des interventions gériatriques multidisciplinaires ainsi que l'exercice physique peuvent réduire le risque d'hospitalisation, le risque de décès et d'institutionnalisation. Le repérage de la fragilité pourrait ainsi permettre d'identifier les personnes à risque susceptibles de bénéficier d'interventions préventives leur évitant de basculer dans la perte d'autonomie.

L'approche de la fragilité qui, selon FRIED, nécessite des mesures particulières n'est pas facilement utilisable en routine. Plusieurs outils de repérage ont été développés pour un usage en soins de premier recours, comme le questionnaire du gérontopôle de Toulouse (axé sur la fragilité physique), la grille SEGA utilisée par plusieurs réseaux de gérontologie, la grille FRAGIRE du pôle de gérontologie interrégional (PGI) de Bourgogne Franche-Comté.

21 Survey on health, ageing and retirement in Europe : enquête menée à partir de 2004 dans 11 pays européens auprès des personnes de plus de 50 ans.

Le repérage clinique de la fragilité est à distinguer du repérage de la fragilité par les observatoires régionaux des situations de fragilité à l'initiative de la CNAV et de la CNAMTS, reposant sur une approche de risques socio-économiques à partir des bases administratives détenues par les organismes de sécurité sociale (voir la fiche 3.2. relative aux observatoires des situations de fragilité).

Des travaux complémentaires sont nécessaires pour la validation de ces différents outils.

Les expériences d'organisations structurées de repérage et de prise en charge de la fragilité se développent à l'instar des actions pionnières du gérontopôle de Toulouse mais ces démarches ne sont pas instaurées en routine sur l'ensemble du territoire.

Le repérage de la fragilité peut être réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignant, etc. à l'aide par exemple du questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse.

L'implication des services sociaux et d'aide à la personne dans le repérage est une voie à explorer et à évaluer. Il est inscrit dans le référentiel de compétences du nouveau diplôme de niveau V en préparation et sera détaillé dans le référentiel de formation.

En l'état des connaissances, selon les recommandations de la HAS, seul un repérage « opportuniste » est recommandé chez les personnes âgées de plus de 70 ans, hors situation de maladie grave ou dépendance avérée, à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.

Le patient repéré comme fragile relève d'une évaluation gériatrique globale souvent pluri-professionnelle (médecin, diététicien, psychologue...). Cette évaluation fondée sur l'EGS (Evaluation gériatrique standardisée) peut être réalisée en hôpital de jour gériatrique ou en ambulatoire, en recourant à une équipe mobile gériatrique, à un réseau de santé gérontologique, etc. Elle s'attache à évaluer les comorbidités, l'environnement social et économique qui modulent l'expression de la fragilité.

Cette évaluation doit conduire à la mise en place d'interventions de prévention dans le cadre d'un plan personnalisé de santé (PPS, qui fait l'objet d'un renvoi de la HAS au plan personnalisé de santé (soins et aides) des préfigurations PAERPA dans les territoires pilotes), dont le suivi sera assuré par le médecin traitant.

Les interventions « multi-domaines » de prévention portent notamment sur :

- l'activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité ;
- la nutrition ;
- la réduction de la polymédication et l'optimisation thérapeutique ;
- la prise en charge de la dépression ;

- la mise en place d'aides sociales, l'adaptation de l'environnement et la mobilisation des liens sociaux.

II. Mesure

Assurer et développer le repérage et la prise en charge des personnes âgées fragiles et la validation d'outils adaptés au secteur ambulatoire.

III. Actions

- Former les professionnels de premier recours au repérage des personnes âgées fragiles (DPC, formation²²). Action répertoriée dans la mesure 25 relative à l'amélioration des pratiques professionnelles.
- Encourager l'organisation de dispositifs territoriaux gradués de repérage et de prise en charge de la fragilité alliant les services d'aide à domicile, la médecine libérale, les centres de santé, les hôpitaux de jour gériatriques.
- Développer une logique de paniers de services personnalisés entre les offres de l'inter-régimes et le secteur de l'aide à domicile, adaptée au degré de fragilité des retraités, en s'appuyant sur des expérimentations locales (en facteur commun avec les mesures 8 (paniers de services) et 14bis (observatoires des situations de fragilité)).
- Repérer les états dépressifs.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Outil de dépistage de la fragilité du gérontopôle de Toulouse : http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/fragilite_dependance_actions_menees_par_gerontopole_toulouse_mai_2012.pf
- Grille Sega : <http://www.fregif.org/docs/gerontologie/2012-01-sfgg-grille-sega-modifiee-813.pdf>
- Grille FRAGIRE du pôle de gérontologie interrégional de Bourgogne et Franche-Comté : (publication à venir).
- Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-leducation-therapeutique-dans-le-cadre-de-lexperimentation-paerpa).
- Formation des aides à domicile au repérage des personnes âgées fragiles (programme de formation du gérontopôle de Toulouse en partenariat avec le SIAS - syndicat intercommunal d'action sociale -

22 Le référentiel de compétence du diplôme unique de niveau V, spécialité « accompagnement social et médico-social » inclut la compétence du repérage des risques de détérioration de l'état de santé de la personne pour prendre des mesures préventives ou palliatives. Ce point sera détaillé dans le référentiel de formation en cours d'élaboration.

Escaliu ; programme de formation des aides à domicile de la ville de Blagnac).

- Expérimentation d'un outil d'auto-évaluation de la fragilité CNAV/INSERM.

V. Métiers impactés

- Médecins généralistes,
- Professionnels de l'aide à domicile : infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale, aides à domicile.

VI. Les opérateurs

- Médecins traitants

- ARS, Conseils généraux, Caisses de sécurité sociale
- Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie
- Centres de prévention AGIRC-ARRCO
- Équipes hospitalières gériatriques, hôpitaux de jour gériatriques

VII. Evaluation

- Recensement des expériences régionales
- Publication de données de validation des outils de dépistage de la fragilité en ambulatoire
- Publication de données d'évaluation médico-économique du dépistage et de la prise en charge de la fragilité

Références bibliographiques

- Livre blanc : repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, International Association of Gerontology and Geriatrics, mars 2015.
- Fit for frailty : consensus best practise guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings - A report by the British Geriatrics Society, in association with the Royal College of General Practitioners and Age UK, June 2014.
- La fragilité des personnes âgées. Définitions, controverses et perspectives d'action. Presses de l'EHESP, 2013.
- Sirven N. Fragilité et prévention de la perte d'autonomie. Une approche en économie de la santé. Questions d'économie de la santé IRDES n° 184, 2013/02 <http://www.irdes.fr/recherche/2013/questions-d-economie-de-la-sante.html#n184>.
- Sirven N., Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE, IRDES, document de travail n° 52bis

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT52bisDeterminantsFragilite.pdf>.

- HAS, Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? juin 2013 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf.
- HAS, Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? décembre 2013 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire).
- HAS, Mode d'emploi du plan personnalisé de santé pour les personnes à risque de perte d'autonomie. mars 2014 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf.
- HAS, Améliorer la prescription de psychotropes chez le sujet âgé (Psycho SA), octobre 2007.
- Académie nationale de médecine, Importance du concept de FRAGILITE pour détecter et prévenir les dépendances « évitables » au cours du vieillissement, mai 2014.
- European Commission, Action Plan on Prevention and early diagnosis of frailty and functional decline, both physically and cognitive, in older people, november 2012 https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a3_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none
- Morlay John E. et al. Frailty Consensus : A call to Action. J American Medical Directors Association, 2013 June ; 14(6): 392-397.
- Oubaya N et al. Screening for frailty in elderly subjects living at home: validation of the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument. J Nutr Health Aging, 2014;18(8):757-64.
- Rolland Y et al. Frailty in older population : a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology, Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2011 ; 9(4):387-390.
- Subra J et al. The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the gérontopôle. J Nutr Health Aging, 2012 Aug ; 16(8):714-20.

Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n°6 : Soutenir les dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours et de repérage de la perte d'autonomie et des fragilités

Mesure 14 bis : Assurer le repérage et la prise en charge des facteurs de risque de la perte d'autonomie et des fragilités - Les observatoires des situations de fragilité

I. Contexte et enjeux

Ainsi que l'indique le rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, « *Les actions prioritaires de la politique de prévention portent sur le repérage des fragilités le plus en amont possible [...]. La prévention de la perte d'autonomie passe par le repérage des facteurs de risque à toutes les étapes du parcours des âgés, en privilégiant les déterminants sociaux et environnementaux au sein d'un dispositif de prévention gradué et ciblé.* »

Les Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), les caisses de la Mutualité sociale agricole et les caisses du Régime social des indépendants, du fait de leurs compétences « retraite » et « maladie », ont pour vocation naturelle d'accompagner les personnes fragilisées (par la maladie, le handicap, les accidents du travail...) et les personnes retraitées tout au long des différentes étapes de la vie.

A l'initiative conjointe de la CNAMTS et de la CNAV et en concertation avec la MSA et le RSI, des « Observatoires régionaux des situations de fragilité » sont en cours de déploiement au niveau des régions. Ceux-ci réalisent une approche populationnelle et visent à identifier les personnes en risque de fragilité pour agir, de façon ciblée, sur les difficultés d'accès aux droits, aux soins et aux dispositifs de prévention et contribuer ainsi à la réduction des inégalités sociales en santé au cours de l'avancée en âge.

Outils de pilotage et de diagnostic territorial, les observatoires régionaux des situations de fragilité permettent d'optimiser la programmation des actions de prévention vers les publics cibles appropriés, pour une couverture la plus pertinente des territoires tant en quantité (taux de couverture) qu'en qualité (thématiques / l'accès aux soins, la sortie d'hospitalisation, les seniors isolés...). De plus, cet outil pourra apporter un état des lieux et un diagnostic territorial propre à éclairer le travail de programmation et d'harmonisation des actions de préventions menées par les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Les observatoires régionaux des situations de fragilité permettent de :

- Cibler les facteurs de risque de fragilité : fragilité économique (exonération CSG, bénéficiaires de minima vieillesse...), sociale (situations de veuvage, personnes vivant seules...), environnementale, fonctionnelle, parcours de soins (absence de

médecin traitant, non recours aux soins/refus de soins, affections de longue durée...) ;

- Identifier les territoires prioritaires d'intervention dont la population apparaît comme la plus exposée aux fragilités, sur lesquels sont impulsées des actions de prévention en lien avec les partenaires locaux;
- Repérer les personnes à risque de fragilité pour des actions de prévention proactives, de proximité, dans le cadre d'une approche personnalisée ;
- Evaluer, c'est-à-dire mesurer l'impact des actions de prévention conduites sur le niveau de risque de fragilité des assurés ou retraités.

II. Mesure

- Assurer et développer le repérage et la prise en charge des personnes âgées fragiles

L'inter-régimes, en partenariat avec la CNAMTS, soutient et veille à la mise en œuvre d'actions proactives et adaptées aux besoins des personnes ciblées au regard de leurs fragilités identifiées conformément aux orientations du Plan Proximité Autonomie de l'Avancée en Âge (plan P3A)²³. Ces actions peuvent concerner :

- l'accompagnement par le service social des personnes en risque de fragilité sociale au moment du passage à la retraite,
- la sortie d'hospitalisation (PRADO/ARDH) intégrant une approche coordonnée avec les préfigurations PAERPA,
- les offres de service locales en direction des publics ciblés : retraités ayant perdu un proche, proches aidants de personnes en perte d'autonomie, travailleurs migrants en foyer, retraités dont le proche est placé en établissement médicalisé, etc.,
- le développement d'une offre de prévention fondée sur des bilans en santé/social en lien avec les Centres d'Examens de Santé (CES) de l'Assurance Maladie, les « instants santé » de la MSA (bilans de prévention) ou les médecins référents.

III. Actions

- Développer une logique de paniers de services personnalisés entre les offres de l'inter-régimes et le secteur de l'aide à domicile, adaptée au degré de fragilité des retraités, en s'appuyant sur des expérimentations locales (en facteur commun avec les mesures 8 (paniers de services) et 14 (repérage et prise en charge des facteurs de risque de la fragilité)).

23 Le P3A s'est substitué au plan PAPA (voir note suivante) et marque la volonté commune des branches maladie, vieillesse et de l'inter-régimes de renforcer la coordination en matière de promotion du Bien vieillir et la prévention de la perte d'autonomie. Cette coordination doit permettre un meilleur repérage et accompagnement des assurés sociaux touchés par la maladie ou les difficultés sociales.

- Mettre en place des contrats de territoire destinés au développement d'actions collectives de prévention sur les territoires prioritaires d'intervention ;
- Réaliser un support d'information pour les publics âgés en situation de précarité (inter-régimes/INPES).

IV. Outils et bonnes pratiques

- Plan PAPA24 de la CNAV et de la CNAMTS (préservation de l'autonomie des personnes âgées),
- Convention relative au « plan proximité autonomie de l'avancée en âge » (CNAV/CNAMTS, novembre 2014) qui se substitue au plan PAPA en élargissant son champ,
- Comité national de la coordination CNAMTS/CNAV (CNC),
- FRAGIRE, grille d'évaluation de la fragilité des personnes âgées mise au point par le PGI Bourgogne-Franche-Comté.

V. Métiers impactés

- Métiers de l'accompagnement : assistant de service social, conseiller social, chargé de développement territorial, chargé de prévention, évaluateur du besoin d'aide à domicile des personnes âgées (EBAD),
- Statisticiens et cartographes affectés au déploiement des observatoires.

VI. Les opérateurs

- CNAV
- CNAMTS
- CCMSA
- RSI
- structures inter-régimes

VI bis. Le calendrier

Réalisations de l'année 2014 :

- Déploiement des systèmes d'information géographique (SIG) dans l'ensemble des CARSAT et des CGSS,

²⁴ Le plan PAPA est né de la volonté des branches Maladie et Retraite qui ont souhaité la création d'un réseau pour mutualiser les moyens et savoir-faire existants dans le domaine de la préservation de l'autonomie des personnes âgées (circulaire du 17 octobre 2003). Les orientations du plan PAPA ont été déclinées en région dès 2004. Une circulaire du 7 septembre 2010 a recentré ses priorités sur le ciblage des populations fragilisées et sur la mise en œuvre d'une offre globale d'accompagnement au travers de programmes locaux permettant de répondre aux besoins de ces populations. En novembre 2014, le plan « proximité autonomie de l'avancée en âge » (P3A) s'est substitué au plan PAPA

- Définition partagée des indicateurs territorialisés Retraite retenus, labellisation et mise à disposition des requêtes nationales par la CNAV,
- Réunion du premier Comité de pilotage Inter-régimes national sur les observatoires des situations de fragilité
- Examen CNAMTS/CNAV des modalités de consultation des données territorialisées intégrées dans les systèmes d'information géographique des caisses (SIG),
- Inscription au registre CIL25 national par la CNAMTS en vue de l'affichage des données territorialisées Maladie au niveau des SIG,
- Elaboration d'un cahier des charges par la MSA permettant la transmission des données retraite aux SIG,
- Définition partagée des indicateurs territorialisés Maladie retenus, labellisation et mise à disposition de requêtes nationales par la CNAMTS.

Réalisations attendues :

2015

- Examen au niveau national de la demande de croisement nominatif des bases Maladie/Retraite dans le cadre des observatoires des situations de fragilité,
- Elaboration d'un indicateur synthétique partagé de mesure de la fragilité sociale commun aux SIG Grand Nord et Grand Sud en vue de l'identification de manière harmonisée de territoires prioritaires d'intervention sur le champ de la prévention des risques du vieillissement,
- Alimentation et utilisation des données en inter-régimes.

2016

- Croisement nominatif des bases assurance maladie/assurance retraite,
- Evaluation d'impact des actions de prévention sur la fragilité (ex : hospitalisations évitables).

VII.. Evaluation

Indicateur de résultats : nombre d'actions concertées «Maladie/Retraite» développées au titre du plan proximité autonomie de l'avancée en âge sur les territoires des observatoires des situations de fragilité

Références bibliographiques

- Atlas des situations de fragilité, l'assurance retraite / l'assurance maladie, 2014.
- La fragilité des personnes âgées ; perceptions et mesures, CREDOC, cahier de recherche n° 256, décembre 2008.
- Nos 5 engagements pour prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées, Ensemble les caisses de retraite s'engagent, l'Assurance retraite, la Mutualité sociale agricole, le Régime social des indépendants, avril 2015 (plan P3A)

Axe 2. Prévention secondaire : Prévenir les pertes d'autonomie évitables

Le but de la prévention secondaire (classification OMS) est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début du trouble ou de la pathologie afin de stopper son évolution ou de faire disparaître les facteurs de risque. Le dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie ou de la perte d'autonomie sont les composants essentiels de la prévention secondaire.

Pouvoir éviter l'installation brutale ou progressive d'incapacités chez une personne fragile ou une personne polypathologique représente, bien évidemment, une action pertinente et efficace, tant au niveau individuel par le maintien de sa qualité de vie qu'au niveau collectif par la limitation des coûts de prise en charge. De fait, la pratique de terrain nous enseigne qu'il existe des pertes d'autonomie qui peuvent être qualifiées d'évitables. Il est donc important d'agir le plus en amont possible en repérant les facteurs favorisant ces incapacités et les causes potentielles qui vont en provoquer la survenue. Eviter ou différer la survenue de telles situations doit être un réflexe systématique dans les pratiques et les organisations. Il faut répéter qu'une telle stratégie est toujours globale, certes sanitaire, mais aussi psycho-sociale et environnementale.

Mais il existe aussi des pertes d'autonomie compensables. Il convient donc de faciliter et de mieux solvabiliser l'accès aux aides techniques individuelles.

La prévention, c'est aussi le maintien de la mobilité, l'accompagnement des troubles sensoriels, le bon usage des médicaments en général et en EHPAD en particulier, l'optimisation des diagnostics et des prises en charge des maladies, ainsi par exemple la dépression, pour faciliter les traitements et les prises en charge globales.

Mais les organisations en place (soins à domicile, hôpital, EHPAD) sont-elles toujours adaptées à la population vieillissante ? L'optimisation des actions conduites par ces dispositifs ne pourra être menée à bien que si les acteurs et les intervenants sont formés et si les pratiques professionnelles sont en harmonie avec les besoins et le contexte d'intervention.

L'enjeu, c'est de retarder l'entrée dans la dépendance par des interventions préventives et coordonnées.

Prévenir les pertes d'autonomie évitables

Enjeu n°7 : Retarder l'entrée dans la dépendance par des interventions préventives et coordonnées

Mesure 15 : Améliorer et coordonner les pratiques en matière d'octroi des aides techniques, de diagnostic habitat et d'adaptation du logement

I. Contexte et enjeux

Le soutien à domicile des personnes âgées repose aujourd'hui presque exclusivement sur l'aide humaine, y compris pour les personnes les moins touchées par la perte d'autonomie (relevant des GIR 4 à 6) et les plafonds de l'allocation personnalisée d'autonomie font obstacle à l'accès aux aides techniques et aux technologies courantes de l'autonomie (téléassistance).

Dans ce contexte, il convient de noter que la mission première de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie créée par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement consiste à « améliorer l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment en promouvant des modes innovants d'achat et de mise à disposition. ». Leur financement est assuré par une fraction de la CASA (contribution additionnelle de solidité pour l'autonomie) versée aux départements par la CNSA, au profit des bénéficiaires de l'APA et des personnes relevant des GIR 5 et 6, respectivement à raison de 60 % et 40 %.

La qualité du logement et de l'environnement immédiat apparaît comme l'une des conditions essentielles pour permettre aux personnes âgées de continuer à vivre à leur domicile. Le logement est ainsi un levier majeur des politiques de l'autonomie et du bien vieillir. Or, en matière de logements adaptés au vieillissement, la France se trouve face à un paradoxe : on ne compte aujourd'hui que 6 % de logements adaptés à l'avancée en âge sur l'ensemble du parc privé.

Les caisses de retraite conduisent de longue date une politique en faveur de l'amélioration de l'habitat de leurs ressortissants, cependant face à un nombre restreint de bénéficiaires de ces actions, une nouvelle procédure est entrée en vigueur en 2012, « Aide Habitat et Cadre de vie », afin de favoriser la préservation de l'autonomie et le maintien à domicile.

Financé par les caisses de retraite, le kit prévention est composé d'un ensemble d'aides techniques à installer dans le logement en fonction des besoins définis par un évaluateur. Ces aides permettent de réduire le risque de chutes et d'améliorer le confort de vie des retraités au quotidien. Il réunit des aides techniques fréquemment utilisées pour améliorer la sécurité, le confort et l'ergonomie du logement (domotique, chemin lumineux, main courante, monte-escalier, téléassistance,...). Ces aides permettent d'équiper un couloir, une salle de bains, une chambre, une cuisine, une salle de séjour.

Par ailleurs, l'assurance retraite s'est engagée dans de nombreuses actions et partenariats en faveur de la prévention de la perte d'autonomie et de

l'accompagnement de la vie quotidienne des retraités. En lien avec l'agence nationale de l'habitat (ANAH), les aides respectives des deux institutions ont été refondues et rénovées pour mieux coordonner leurs actions en faveur du logement des retraités socialement fragilisés et relevant des GIR 5 et 6. De même, la prise en compte de la précarité énergétique est dorénavant corrélée avec l'adaptation du logement. L'objectif affiché par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement est de réaliser l'adaptation de 80 000 logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap sur la durée du quinquennat (15 000 logements adaptés par an). En outre, au-delà de l'objectif chiffré, le plan national d'adaptation des logements privés à la perte d'autonomie comprend également un volet qualitatif visant à rendre à l'avenir l'adaptation de leur logement plus simple et plus accessible financièrement pour les personnes concernées. Pour le mener à bien, il faudra améliorer la communication s'y rapportant ainsi que le repérage des situations de fragilités dues à l'habitat.

L'adaptation du parc social, dont les locataires vieillissent, est aussi un enjeu fort qu'ont compris les bailleurs sociaux. Près de 25 % de personnes âgées sont aujourd'hui logées dans le parc social et il s'agit là d'une proportion qui va encore augmenter. La CNAV contribue à l'adaptation de ce parc par des prêts ou des subventions, mais les pratiques des bailleurs sociaux sont très différentes les unes des autres et les logements adaptés ne sont pas référencés, ce qui ne favorise pas leur location à des personnes âgées.

Le projet de loi garantit également que le programme local de l'habitat (PLH) prenne en compte la question du logement des personnes âgées et indique qu'il devra préciser « les réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, par le développement d'une offre nouvelle et l'adaptation des logements existants ». Une attention particulière doit être portée, d'une part, au logement des personnes âgées en perte d'autonomie en milieu rural, souvent éloigné d'une offre de services facilement accessible, d'autre part, au vieillissement des territoires périurbains.

Il convient de noter que, conformément aux recommandations du rapport annexé, le crédit d'impôt « pour adaptation du logement » a été prorogé par la loi de finances pour 2015 (article 73 modifiant l'article 200 quater A du Code général des impôts). Il cible les équipements spécialement conçus pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap et la liste des travaux éligibles, en vigueur depuis 2005, sera élargie aux technologies nouvelles de soutien à l'autonomie au domicile.

Enfin, lors du débat au Sénat, le projet de loi a été enrichi d'une disposition importante - qui modifie la loi du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs - destinée à favoriser l'adaptation des logements. Désormais « des travaux d'adaptation du logement aux personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie peuvent être réalisés aux frais du locataire » suite à une demande écrite par lettre recommandée avec avis de réception auprès du bailleur restée sans réponse dans un délai de quatre mois. L'absence de réponse vaudra décision d'acceptation du bailleur qui ne pourra pas exiger la remise des lieux en l'état au départ du locataire.

L'enjeu est donc de changer les pratiques pour amplifier l'adaptation et l'équipement des logements afin de préserver l'autonomie des personnes âgées. Diverses initiatives ont d'ores et déjà été engagées :

- La Branche retraite et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) ont proposé, dans un rapport conjoint sur l'adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées, des voies d'amélioration des dispositifs existants, au travers de trois axes stratégiques visant à simplifier le parcours du demandeur, améliorer l'accompagnement et favoriser l'égalité de traitement (47 préconisations opérationnelles sont prévues) ;
- La Branche retraite, la Caisse des Dépôts et Consignations et l'Union Sociale pour l'Habitat ont commencé un travail de recensement des bonnes pratiques en matière d'adaptation du parc social au vieillissement de ses locataires ;
- Membre de la Commission nationale des services (section Silver Economie et Services à la personne), la CNAV a été sollicitée pour intégrer le CNR Santé afin de participer à la connaissance par les acteurs publics de la pertinence des aides techniques aujourd'hui existantes sur le marché ;
- L'ANAH et la CNAV ont lancé des études
 - pour mieux comprendre et identifier les freins à l'adaptation des logements et à la mobilité résidentielle pour les personnes âgées,
 - pour rendre plus lisibles les aides des différents financeurs, notamment les leurs,
 - et pour développer une offre de services spécifique pour les territoires désireux d'entreprendre des politiques locales d'adaptation du logement des personnes âgées.
- La CNSA et l'ANAH finalisent une convention de partenariat au titre de l'adaptation des logements aux contraintes liées à l'âge et à la perte d'autonomie afin de déterminer les modalités de la contribution de la CNSA au financement de l'adaptation de 6 000 logements supplémentaires par l'ANAH, sous forme d'une dotation exceptionnelle²⁶.

II. Mesure

Améliorer et coordonner les pratiques en matière d'octroi d'aides techniques, de diagnostic habitat et d'adaptation du logement

- pour mieux solvabiliser l'accès aux aides techniques individuelles et élargir leur panel,

²⁶ Cette dotation exceptionnelle (20 millions d'euros) est prévue par l'article 74 alinéa V de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

- pour simplifier le parcours des demandeurs, rendre plus accessible l'information des personnes âgées, de leurs aidants et des professionnels,
- pour repérer les risques de rupture de parcours et mieux cibler les besoins urgents, par exemple lors des sorties d'hospitalisation, demandant une intervention rapide.
- pour agir en amont avec les collectivités qui s'engagent dans des opérations d'adaptation des logements comprenant un volet « adaptation du logement à l'autonomie » afin de réduire le temps d'instruction des dossiers de demande d'aide.

III. Actions

- Expérimenter puis développer des dispositifs dont l'objectif serait de diminuer le temps d'instruction des demandes d'adaptation des logements : financement direct des OPAH, absence de GIRage, fléchage des sorties d'hospitalisation ;
- Mettre en œuvre un diagnostic habitat commun en lien avec l'ANAH, les prestataires habitat et les ergothérapeutes (référentiel commun permettant d'objectiver un diagnostic partagé des logements ainsi qu'un dossier d'aire unifié ANAH/CNAV) ;
- Faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements CNAV en lien avec la prorogation jusqu'en 2017 du crédit d'impôt pour l'adaptation du logement ;
- Accompagner les bailleurs sociaux dans leur stratégie d'adaptation des logements et dans le recensement des logements déjà adaptés, en lien avec l'Union sociale pour l'habitat ;
- Expérimenter de nouvelles conditions de financement des lieux de vie collectifs ;
- Produire des préconisations avec l'INPES et l'inter-régimes pour permettre aux professionnels de développer et d'organiser des actions de vie sociale et de prévention de la santé dans les lieux de vie collectifs adaptés aux retraités, en lien avec les différents acteurs territoriaux.

IV. Outils et bonnes pratiques

- ANAH - fiche habitat santé : Adapter le logement pour les personnes âgées
- ANIL - Guide pratique pour les aides de l'ANAH : propriétaires occupants
- ANIL - Guide pratique pour les aides de l'ANAH : propriétaires bailleurs
- ANAH - Le guide des aides établi au 1er mars 2014

- Convention de partenariat, expérimentation, focus groupe, cahier des charges
- Site internet et outils de communication de l'assurance retraite

V. Métiers impactés

- Personnels des structures d'évaluation pour l'aménagement et l'adaptation des logements
- Prestataires habitat des caisses de retraite

VI. Les opérateurs

- CNAV et ANAH en partenariat avec l'Etat et la CNSA,
- Collectivités territoriales et bailleurs sociaux,
- Fédération des PACT-ARIM (Propagande et action contre les taudis/Association de restauration immobilière).

VI bis. Le calendrier

L'ensemble de ces mesures doit être réalisé pour la fin 2015.

La convention de partenariat CNSA/ANAH porte sur 2015 et 2016.

VII. Evaluation

Indicateurs de processus

- Analyse des expérimentations
- Analyse des focus groupes
- Analyse des enquêtes de satisfaction des utilisateurs du site internet et des usagers ayant effectué une demande d'aide d'adaptation de leur logement.

Indicateurs de résultats

- Nombre de kits de prévention délivrés
- Nombre de logements adaptés dans le parc privé et dans le parc social
- Nombre de logements adaptés en 2015/2016 au titre de la convention de partenariat CNSA/ANAH
- Nombre de dossiers « urgents » / nombre de logements adaptés
- Moyenne de la durée d'instruction des demandes d'aide en 2015 / moyenne de la durée d'instruction des demandes d'aide en 2014.

Références bibliographiques

- 17ème rapport du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées - Habitat et vieillissement : vivre chez soi mais parmi les autres - octobre 2012.
- Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées - Rapport de l'ANAH et de la CNAV décembre 2013.
- Maintien à domicile des personnes âgées : les formules proposées par les organismes HLM - USH Cahier d'actualités habitat n° 127 - octobre 2008.

Prévenir les pertes d'autonomie évitables

Enjeu n°7 : Retarder l'entrée dans la dépendance par des interventions préventives et coordonnées

Mesure 16 : Lutter contre la sédentarité, conforter le maintien de la mobilité : équilibre, marche, prévention des chutes

I. Contexte et enjeux

La France est engagée dans un processus de transition démographique, caractérisée par une augmentation de la longévité des Français et par une croissance forte et continue des classes d'âge les plus élevées. Pour rappel, les personnes de 60 ans ou plus sont aujourd'hui 15 millions, elles seront 18,9 millions en 2025 et près de 24 millions en 2060 (INSEE), soit une personne sur trois. Le nombre des personnes de plus de 85 ans va presque quadrupler d'ici 2050, passant de 1,4 million aujourd'hui à 4,8 millions.

En lien étroit avec la stratégie nationale de santé, qui met le vieillissement de la population au cœur de ses priorités, une politique de prévention graduée doit être mise en œuvre pour que chacun puisse mesurer l'impact de ses comportements sur les conditions de son avancée en âge.

Il faut rappeler à nouveau que la prévention de la perte d'autonomie passe par le repérage de facteurs de risque à toutes les étapes du parcours des personnes âgées, en privilégiant les déterminants sociaux et environnementaux au sein d'un dispositif de prévention ciblé et gradué. Elle passe aussi par la promotion de la santé permettant le maintien ou le renforcement des comportements protecteurs et favorables à la santé.

La fragilité, on l'a vu (fiche 14), correspond à un ensemble de signes de perte d'autonomie progressive encore réversibles : diminution de la vitesse de marche, amaigrissement involontaire, faiblesse musculaire, état de grande fatigue, sédentarité Elle peut être accentuée par la vulnérabilité sociale. Le repérage de ces signes le plus en amont possible et la mise en place d'actions visant à les pallier permet de regagner tout ou partie de l'autonomie et d'éviter de basculer dans la perte d'autonomie non réversible.

Il convient de s'appuyer sur le constat et les recommandations de l'OMS en matière de sédentarité et d'activité physique régulière, en particulier chez les personnes âgées. Il faut bouger, sachant que l'activité physique ne se réduit pas à la seule pratique sportive mais comprend au premier chef l'activité physique dans la vie de tous les jours, à la maison, dans les transports et les déplacements, au cours de loisirs non compétitifs qui favorisent également l'activité sociale.

Un des enjeux de santé publique prépondérant dans la prévention de la perte d'autonomie est la prévention des chutes qui s'avère étroitement liée à la prévention de la sédentarité et la promotion de la mobilité. En effet, la chute chez la personne de plus de 65 ans est non seulement la première cause de décès accidentel chez les seniors, mais elle est porteuse de morbidités particulièrement coûteuses pour la société qui justifient une démarche de prévention systématique. En 2004, le nombre de chutes des personnes âgées de

plus de 65 ans est estimé à plus de 2 millions par an en France et 450 000 de ces chutes nécessitent un recours aux urgences hospitalières (CNR Santé). Selon le Baromètre Santé 2010 de l'INPES, plus d'une personne âgée de 55 à 85 ans sur cinq (21,6 %) déclare qu'il lui est arrivé de tomber au cours des douze derniers mois. Cette fréquence varie selon le sexe, les femmes déclarant être tombées plus fréquemment que les hommes (25,1 % vs 17,4 %, $p < 0,001$), et selon l'âge, les plus âgés présentant les taux de chute les plus élevés²⁷.

La chute est rarement due à une cause unique et précise : aux facteurs individuels intrinsèques (état de santé, faiblesse musculaire, troubles de l'équilibre, prise de médicaments, troubles visuels et auditifs...) et comportementaux (sédentarité, malnutrition, alcoolisme...) s'ajoutent des facteurs de risque extérieurs liés à l'environnement personnel et urbain. Toute chute chez une personne âgée doit être considérée comme un signal d'alarme. Les capacités d'adaptation au risque de chute accidentelle déclinent régulièrement avec l'âge.

La lutte contre la sédentarité et son corollaire la prévention des chutes préservent la santé, réduisent la multiplication des soins, préviennent la perte d'autonomie ou son aggravation, rompent l'isolement social.

La mobilité étant sociale et spatiale, physique, virtuelle, cognitive²⁸, elle apparaît tout à fait en adéquation avec une approche globale de la santé autour de la personne. Ainsi donc l'enjeu de la promotion de la mobilité chez les personnes âgées, au-delà de la prévention de la sédentarité physique, est bien réel et mérite que des mesures concrètes d'actions soient proposées.

II. Mesure

Lutter contre la sédentarité et conforter le maintien de la mobilité des personnes âgées :

- Il s'agit de reculer le plus tardivement l'entrée en dépendance de celles-ci ;
- Il s'agit de prévenir différentes pathologies résultant de la sédentarité : le diabète, les pathologies cardio-vasculaires et les cancers ;
- Il s'agit d'améliorer la confiance en soi et l'estime de soi et ainsi de garantir à la personne âgée un état de bien-être physique, mental et social.
- Il s'agit de lutter contre l'exclusion / en faveur de « l'intégration » et la participation sociale des seniors
 - maintien de la mobilité
 - diminution des chutes

27 Léon C., Beck F., dir. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2014 : pages 103-104.

28 Kaufmann, V. (2004). La mobilité au quotidien : nécessité, proposition et test d'une nouvelle approche. Vodoz Luc et al. Les territoires de la mobilité. L'aire du temps, 57-69.

- maintien de la masse musculaire (en lien avec la diminution des chutes)
- maintien des facultés cognitives
- maintien de la qualité de vie des sujets âgés
- maintien des seniors à domicile
- diminution des dépenses de santé induites par la surmorbidity et les incapacités dues aux chutes accidentelles

Le rôle social des activités physiques (et/ou sportives) aide à précisément à lutter contre l'exclusion des personnes âgées. Elles sont des facteurs positifs de santé et participent au renforcement des liens sociaux.

III. Actions

Un rappel : l'incitation à la participation sociale des personnes âgées est un facteur favorable. De même, des programmes plus globaux de prévention et de promotion de la santé favorisent une mobilité physique, mentale, cognitive, sociale, et spatiale (atelier équilibre, atelier mémoire).

*** Actions pour rendre accessible et généraliser l'information concernant les bienfaits de l'activité physique sur la santé et la prévention des chutes :**

- Sensibiliser l'ensemble des acteurs à travers des supports d'information et de formation - professionnels de santé et du sport, professionnels des services à la personne, professionnels des établissements hébergeant des personnes âgées, collectivités locales... - et diffuser ceux-ci dans les lieux fréquentés au quotidien (cabinets médicaux, pharmacies, transports, mairies/CCAS, CLIC, bureaux de poste...).
- Sensibiliser davantage la population aux facteurs de risque et aux mesures efficaces pour améliorer l'équilibre et prévenir les chutes accidentelles.
- La prévention primaire repose sur le repérage des risques : ainsi, en consultation ou lors d'une visite à domicile, quel qu'en soit le motif, il y a lieu de demander à la personne âgée si elle est tombée l'année précédente ; le simple fait de poser la question permet de parler de prévention voire de réaliser des tests simples de repérage.

*** Actions pour promouvoir les activités physiques qui s'inscrivent au quotidien dans les espaces et temps de déplacement et dans les activités de la vie de tous les jours :**

- Valoriser et encourager des modes de transport actifs, une mobilité active dans l'enchaînement des déplacements : éviter la voiture pour les déplacements courts, préférer les escaliers à l'ascenseur, descendre du bus une ou deux stations avant la destination...

* **Actions pour promouvoir, impulser et valoriser, à l'échelon de chaque territoire, les offres d'activités physiques adaptées et encadrées ciblées sur le public âgé et visant à inciter ces personnes à pratiquer une activité physique régulière :**

- Développer et généraliser l'offre d'activités physiques adaptées et encadrées dans les logements-foyers ou résidences pour personnes âgées et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes âgées dépendantes (EHPA ou EHPAD). Les activités physiques adaptées doivent être intégrées dans le projet d'établissement en généralisant la présence d'éducateurs sportifs dont les modalités de financement restent à établir. Cette offre est ouverte aux personnes âgées du quartier, de la commune.

* **Actions pour harmoniser et optimiser les programmes visant à prévenir les chutes et mettre en place une stratégie bien identifiée :**

- Développer l'offre d'« ateliers équilibre » (programme d'exercices de rééducation à l'équilibre, à la marche complétés par des conseils sur l'alimentation, la gestion des médicaments, etc....). Lorsqu'ils sont organisés en EHPA ou en EHPAD, ces ateliers sont ouverts aux personnes âgées du quartier.

Il convient de rappeler que la population âgée se répartit en trois groupes distincts : les personnes âgées en bonne santé ou « robustes », les personnes âgées fragiles et les personnes âgées dépendantes, ce qui implique finalement un triple objectif : maintenir la population des personnes âgées en bonne santé, inverser si possible le statut des « fragiles » et donner aux personnes dépendantes le plus d'autonomie possible.

La mise en œuvre des mesures préconisées en matière de maintien de la mobilité, de promotion de l'activité physique adaptée et de prévention des chutes s'adresse aux personnes âgées fragiles et aux personnes âgées en perte d'autonomie chez qui la prévalence des troubles de l'équilibre et des chutes est importante.

Bien entendu, outre l'activité physique, la participation des personnes âgées à la vie sociale est aussi un puissant facteur favorable à la mobilité qui n'est pas que physique et spatiale. Il y a donc lieu de renforcer, comme axe de mobilité, l'offre collective permettant de créer du lien social et de faciliter la participation sociale, tels que les ateliers « Bien vieillir » et autres ateliers thématiques mis en place par les caisses de retraite et différents autres acteurs.

IV. Outils et bonnes pratiques

- INPES : référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile
- INPES : repères pour votre pratique : prévention des chutes chez la personne âgée à domicile (à destination des professionnels de santé)
- INPES : les brochures « Aménager votre maison pour éviter les chutes », « Comment garder son équilibre après 60 ans ? » et « Bien vivre son âge »

- HAS/SFDRMG29 : points clefs : la prévention des chutes
- Ateliers « Equilibre » - Offre nationale « équilibre » mise en place par la CNAV, La CCMSA et le RSI
- Ateliers CRAM/CPAM/URCAM
- Centres de prévention Bien vieillir AGIRC-ARRCO (les centres pratiquent le repérage des facteurs de risques de chutes dans le cadre des consultations de prévention et proposent des cycles d'ateliers de prévention des chutes)
- Clubs sportifs : pratiques d'activités physiques adaptées et de loisirs

V. Métiers impactés

- Médecins généralistes et médecins de prévention
- Professionnels paramédicaux : psychomotriciens, ergothérapeutes, masseurs kinésithérapeutes
- STAPS et éducateurs sportifs
- Personnels d'aide et d'accompagnement à domicile et en EHPA : AMD, auxiliaire de vie, IDE, AS, ASH

VI. Les opérateurs

- DS, DGCS, DGOS, INPES, HAS
- Réseaux sports santé - associations et clubs sportifs
- CNAV, CCMSA, RSI - CNAMTS (CRAMIF/CPAM)
- Centres de prévention Bien vieillir AGIRC-ARRCO
- Collectivités territoriales (municipalités, conseils départementaux)
- Mutualité française - associations (Aînés ruraux, Siel bleu notamment)

VII. Evaluation

Indicateurs de processus :

- Nombre de départements couverts par une offre d'activités physiques adaptées auprès des personnes âgées fragiles émanant des fédérations et clubs sportifs ;
- Pourcentage d'établissements hébergeant des personnes âgées développant des programmes d'activités physiques adaptées pour leurs résidents ;

- Nombre de départements non couverts par une offre d'ateliers « équilibre - prévention des chutes »

Références bibliographiques

- Pr Daniel Rivière : « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés », 2013.
- INPES : Guide d'aide à l'action : « Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques » (à destination des professionnels), 2014.
- HAS/SFDRMG : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, novembre 2005.
- HAS/SFGG : Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétée, avril 2009.
- HAS : Référentiel concernant l'évaluation du risque de chute chez le sujet âgé autonome et sa prévention, septembre 2012.
- HAS : masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile - recommandations de pratiques cliniques, avril 2005.
- INSERM : Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées, expertise collective, janvier 2015.

Prévenir les pertes d'autonomie évitables

Enjeu n°7 : Retarder l'entrée dans la dépendance par des interventions préventives et coordonnées

Mesure 17 : Prévenir les risques de dépression pour lutter contre ses effets sur l'autonomie

I. Contexte et enjeux

La dépression est l'un des problèmes de santé mentale les plus communs chez le sujet âgé. Elle concernerait 15 % des plus de 65 ans en population générale, 40 % en institution, dont 10 à 15 % dans la première année suivant l'admission. La dépression diminue la durée de vie, augmente 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 EHPAD.

La dépression est sous diagnostiquée et insuffisamment traitée, en raison de la difficulté à reconnaître la dépression comme pathologie curable. 15 à 30 % des patients âgés consultant en médecine générale auraient un syndrome dépressif et 75 % des personnes âgées commettant un suicide ont consulté leur médecin dans le mois précédant leur décès. Malgré cela la dépression reste, il faut le répéter, sous-diagnostiquée et sous-traitée.

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent la part de la population la plus exposée au risque de décès par suicide. En France, sur plus de 10 400 suicides survenus en 2010, 28 % au moins ont concerné des personnes de 65 ans et plus (CepiDc-Inserm³⁰). En outre, chez elles, le geste suicidaire est en général très déterminé comme en témoignent les moyens radicaux employés, signes d'une grande désespérance : défenestration, armes à feu, pendaison, noyade. Dans la très grande majorité des cas, le suicide d'une personne âgée est l'aboutissement de l'évolution douloureuse d'une dépression méconnue ou mal traitée. Le ratio suicide abouti/tentative de suicide est particulièrement élevé chez les personnes âgées, de l'ordre de 1 pour 4, contre 1 pour 200 chez les moins de 25 ans.

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

30 Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès est un laboratoire de l'INSERM. Depuis 1968, il est chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'INSEE.

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, refus de s'alimenter, repli sur soi...

Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 a permis des actions spécifiques à destination des personnes âgées, notamment l'élaboration de brochures pour les usagers et d'outils pour les professionnels.

Selon le premier rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS), le taux de décès par suicide augmentant fortement après 75 ans, les personnes âgées constituent une population à cibler dans les travaux de recherche. Le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNDB) recommande des actions de prévention s'appuyant de manière coordonnée sur les secteurs gériatrique, médico-social et psychiatrique.

Dans le volet anticipation et prévention du rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, est inscrit un programme national de prévention du suicide des âgés autour de trois priorités :

- Développer les savoirs du grand public et des professionnels sur les questions relatives au processus suicidaire chez les personnes âgées, au travers notamment de la formation des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat et de la formation des écoutants téléphoniques sur les numéros d'écoute dédiés ;
- Structurer dans les territoires la collaboration entre la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie pour améliorer la prise en charge, en proposant par exemple, un cahier des charges pour l'amélioration de la prise en charge, du repérage à l'accompagnement du patient et de son entourage ;
- Développer et mettre en œuvre un programme d'études et de recherche sur le suicide des personnes âgées. Ces actions seront la déclinaison pour les personnes âgées de l'action nationale développée par l'Observatoire du suicide.

La préparation de ce programme s'est appuyée notamment sur les conclusions du rapport du CNDB d'octobre 2013 sur « la prévention du suicide chez les personnes âgées », dont les Docteurs Anne-Sophie RIGAUD (Hôpital Broca, AP-HP, Université Paris Descartes) et Thierry GALLARDA (Hôpital Sainte-Anne) étaient respectivement rapporteur et co-rapporteur.

Le futur plan national d'action contre le suicide intégrera un programme d'actions de prévention du suicide des personnes âgées.

Des recommandations sur la dépression du sujet âgé sont par ailleurs attendues de la Haute Autorité de Santé (HAS).

II. Mesure

Prévenir les risques de dépression pour lutter contre ses effets sur l'autonomie : 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.

III. Actions

- Former les professionnels - des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat, des professionnels intervenant auprès des personnes âgées au repérage de la crise suicidaire et des écoutants téléphoniques - et sensibiliser le public aux étapes du processus suicidaire (pour mémoire : action formation qui figure à la mesure 25 sur le renouvellement des pratiques professionnelles).
- Diffuser en primaires des outils d'aide au diagnostic précoce de la dépression des personnes âgées et la recherche d'un risque de suicide (par exemple : la Geriatric Depression Scale (GDS). Développer l'organisation de collaborations interdisciplinaires (médecine générale, gériatrie, psychiatrie, infirmiers) pour une meilleure prise en charge de la dépression du repérage à l'accompagnement

IV. Outils et bonnes pratiques

- Brochure « Bien vieillir et alors ? », INPES, novembre 2013
- Brochure « Bien vivre son âge », INPES, mai 2014
- Dépliant Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques, INPES, 2014
- Guide Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques, INPES, 2014
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, Repérage, Accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, mars 2014
- Mallette MobiQual : dépression et syndrome dépressif chez le sujet âgé
- Arbre décisionnel « dépression caractérisée chez un sujet âgé », HAS
- Cadre référentiel ETP PAERPA Dépression, HAS
- Améliorer la prescription de psychotropes chez le sujet âgé, HAS, octobre 2007

V. Métiers impactés

- Professionnels de santé, médecins traitants notamment,
- Professionnels des établissements médico-sociaux et des services d'aide et d'accompagnement à domicile,
- Ecoutants téléphoniques sur les numéros d'écoute dédiés.

VI. Les opérateurs

- DGCS, DGS, DGOS, INPES, HAS,
- ARS, conseils départementaux,
- Gestionnaires des établissements d'hébergement et des services d'aide et d'accompagnement à domicile,
- MSA (Agri'écoute)

VI bis. Le calendrier

A définir avec les travaux du futur plan national d'action contre le suicide et la mise en place en régions des projets territoriaux de santé mentale

VII. Evaluation

Indicateurs à définir ultérieurement en lien avec le futur plan national d'action contre le suicide

Références bibliographiques

- Observatoire national du suicide - Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1er rapport, novembre 2014.
- HAS - Note de cadrage : Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours, recommandation de bonne pratique, mai 2014.
- Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNDB) - Prévention du suicide chez les personnes âgées, 2013.
- HAS - Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, propositions d'actions concertées, octobre 2007.

Prévenir les pertes d'autonomie évitables

Enjeu n°7 : retarder l'entrée dans la dépendance par des interventions préventives et coordonnées

Mesure 18 : Prévenir et accompagner les troubles sensoriels

I. Contexte et enjeux

Quelques données de contexte

Le nombre de Français concernés par un handicap auditif est estimé à plus de 5 millions, soit environ 8 % de la population. C'est un chiffre qui progresse parallèlement à l'allongement de la durée de vie du fait de la presbycusie, altération des facultés d'audition liée à l'âge, qui touche 30 % des personnes de plus de 75 ans. Il n'y a pas de traitement médicamenteux efficace de la presbycusie ; le traitement repose donc essentiellement sur l'appareillage auditif. Seuls 40 % des malentendants âgés portent des audioprothèses.

En France métropolitaine, selon l'enquête HID³¹, environ 1 700 000 personnes seraient déficientes visuelles, soit 2,9 % de la population. Dans l'enquête « basse vision » réalisée auprès des ophtalmologistes français, la malvoyance concerne 7,14 % des patients qui consultent. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA, maladie dégénérative rétinienne invalidante d'évolution chronique) est la principale cause de malvoyance chez les sujets âgés ; la prévalence croît avec l'âge pour atteindre environ 15 % de forme grave après 80 ans. Un million de personnes seraient atteintes de cette affection qui serait responsable de 3 000 nouveaux cas par an.

Les déficiences auditives et visuelles sont un enjeu de santé et de société qui impacte la qualité de vie et le « bien vieillir » : en effet, la perte d'autonomie résulte souvent de la dégradation de la santé visuelle ou auditive des personnes, amoindrissant les interactions avec leur environnement pour les placer progressivement dans une situation d'isolement social. Ainsi, des troubles de l'audition et de la vision ne se voient pas et peuvent induire des troubles de dépression sévère et une perte d'autonomie précoce : il existe une corrélation forte entre la perte auditive et le maintien de l'autonomie et de la vie sociale.

Santé visuelle et santé auditive sont deux des trois priorités spécifiques en matière de prévention à destination des personnes âgées sur lesquelles repose la stratégie nationale de santé, la santé nutritionnelle et bucco-dentaire constituant la troisième.

³¹ L'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance (HID) pilotée par l'INSEE et la DREES s'est déroulée successivement en institutions (1998) et en logement ordinaire (1999) pour repérer les personnes touchées par divers handicaps et déficiences, décrire leur situation sociale ainsi que les aides dont elles bénéficient ou dont elles ont besoin. Elle est composée de deux volets : un volet concernant les personnes vivant en logement ordinaire (volet « ménages ») et un volet concernant les personnes vivant en institution (volet « institutions »). Elle est complétée par une enquête auprès des « aidants informels ». La question du renouvellement de l'enquête HID et de son articulation avec les enquêtes sur la santé et les soins médicaux conduites par l'INSEE a trouvé réponse avec l'enquête Handicap Santé » (HS) conduite tous les 10 ans.

Enjeu de la prévention : les maladies liées à l'âge - et notamment les troubles sensoriels - peuvent être causes de dépendances mais sont pour la plupart liées à des facteurs de risque et donc accessibles à la prévention qui doit être entendue au sens large, tout au long de la vie : il n'est jamais trop tôt, il n'est jamais trop tard. Ainsi, la prévention des troubles sensoriels nécessite de diminuer l'intensité sonore dans les lieux publics pour éviter les surdités, de se protéger les yeux du soleil pour retarder les cataractes ou les dégénérescences maculaires liées à l'âge.

Le vieillissement physiologique se traduit notamment par une diminution des capacités sensorielles (baisse de l'acuité visuelle, surdité, troubles chroniques du goût et de l'odorat,...) qui affecte le besoin de communiquer de chaque individu et se manifeste par une réduction de la capacité de recevoir et de traiter l'information provenant du milieu environnant, par une dégradation de l'interaction avec l'environnement. La surdité influe considérablement sur la communication verbale, la faculté de communiquer avec les autres et prédispose à l'isolement social. Nous évoluons dans un monde de repères visuels et la perte de l'acuité visuelle diminue la participation à la vie et aux activités sociales/culturelles, entrave les activités de la vie quotidienne et la facilité à communiquer. Les émotions liées à ces pertes peuvent amplifier l'anxiété et inciter la personne à s'isoler.

Enjeu d'accessibilité : les pertes subies avec l'avancée en âge en termes, par exemple, d'acuité visuelle et auditive, de mobilité et de cognition rendent les personnes particulièrement vulnérables aux contraintes de l'environnement. Une question prioritaire, transversale et dépassant la santé stricto sensu est pour les personnes malvoyantes et malentendantes celle de l'accessibilité (à l'information, aux soins, aux aides techniques, aux logements adaptés, à l'espace public, aux transports...).

Si la mise en évidence des pertes visuelles et/ou auditives liées au vieillissement n'est plus à démontrer, il reste que ce facteur sensoriel est loin d'être tenu pour essentiel. Il est insuffisamment pris en compte dans les actions de prévention, d'accompagnement, de soins et d'accessibilité environnementale. C'est pourquoi le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement instaure dans chaque département une « conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées » chargée, entre autres, d'améliorer l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles (article 3).

II. Mesure

Prévenir et accompagner les risques sensoriels : cette mesure se décline sur différents registres :

- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées présentant une déficience sensorielle :
- Poursuivre les campagnes de prévention contre le bruit,
- Poursuivre les campagnes d'information et de dépistage sur la DMLA,

- Améliorer l'accessibilité de l'information sur le fond, la forme et en termes de diffusion pour les personnes déficients auditifs (procurer un maximum d'informations visuelles),
 - Rendre accessible les différents supports d'information pour les déficients visuels (gros caractères, braille, supports sonores),
 - Améliorer la prise en charge de la surdité en tenant compte des progrès technologiques (prothèse, implant, boucle magnétique, système FM, technologie bluetooth, téléphones amplifiés, services joints par Fax, SMS, courriel et pas uniquement par téléphone...),
 - Développer l'information sur les aides, les formes d'accompagnement, de suivi psychologique et de rééducation,
 - Intégrer l'adaptation aux déficits sensoriels pour les établissements recevant des personnes âgées,
 - Changer le regard social, sensibiliser les professionnels de santé et la population à la surdité et à ses conséquences, au vécu des personnes sourdes et malentendantes et sur les façons de communiquer avec elles afin que chacun adapte son comportement.
- Améliorer la précocité du dépistage des déficits auditifs et visuels
 - Développer l'accès aux aides techniques facilitant la vie à domicile

III. Actions

- Développer des espaces de sociabilité, tels que des lieux de convivialité entre pairs, visant à stimuler les personnes et à les soutenir moralement,
- Participer et diffuser l'information relative à la journée nationale de l'audition (une information sur l'audition comme levier pour bien vieillir chez les seniors a été conduite lors de l'édition 2015),
- Mettre en place des dépistages précoces (le dépistage de la surdité doit se faire dans la tranche d'âge des 55/65 ans si l'on veut augmenter la proportion des personnes de plus de 70 ans qui portent régulièrement leur appareil auditif ; il en va de même pour les déficiences visuelles.) en ciblant prioritairement les publics sur les populations bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et/ou non couvertes par une complémentaire santé lors des sessions de préparation à la retraite mises en place par les caisses de retraite et lors des bilans de santé dans les centres d'examen de santé (CES) de l'Assurance Maladie et les centres de prévention de l'AGIRC-ARRCO,
- Rédiger, à l'intention des professionnels de santé qui sont les premiers pourvoyeurs d'informations sur la santé, et des acteurs de la prévention de la perte d'autonomie un « kit d'information » sur

les déficiences auditives afin de les sensibiliser et de faciliter la communication,

- Développer l'accès aux aides techniques et aux aménagements du domicile : adaptation du logement, mains courantes, éclairage adapté du domicile pour les malvoyants (variateurs de lumière, balisage lumineux), aides optiques grossissantes... Cibler prioritairement les personnes âgées à bas revenus.
- Inciter les EHPAD à prendre en compte les besoins des résidents déficients visuels ou auditifs.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Guide pratique Journée nationale de l'audition (JNA) « mieux entendre et communiquer même au grand âge » - décembre 2014 (diffusion prévue en EHPAD)
- Guide INPES, Fondation de France « quand la malvoyance s'installe : guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage » - 2012
- Référentiels de communication en santé publique ; « informer les personnes âgées aveugles ou malvoyantes », « informer les personnes âgées sourdes ou malentendantes », INPES 2012
- AGIRC-ARRCO : Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires - 2012 - en partenariat avec la Mutualité française Anjou Mayenne (MFAM)
- Brochures de l'association Buccodes : « J'entends mal, quelles solutions ? » « Parler à une personne malentendante. Mode d'emploi »

V. Métiers impactés

- Médecins généralistes et médecins de prévention
- Personnels d'accueil (CLIC, CCAS, établissements et services...)
- Personnels intervenant à domicile et en établissements : AS, ASH, auxiliaires de vie sociale, aides à domicile, infirmiers.

VI. Les opérateurs

- DGCS, DGS, DSS, DS, CNSA, INPES, HAS,
- CNAV, MSA, RSI, structures inter-régimes, CNAMTS,
- ARS, DRJSCS et DDJSCS, Conseils généraux,
- Réseaux sport-santé

VI bis. Le calendrier

12 mars 2015 : Journée nationale de l'audition et éditions 2016 et 2017

Année 2015 :

- tester la thématique « prévenir et accompagner les troubles auditifs » dans le cadre des actions collectives de prévention,
- réaliser et diffuser auprès des professionnels de santé un « kit d'information » sur les déficiences auditives,
- recenser les programmes handisports s'adressant spécifiquement aux seniors déficients sensoriels.

VII. Evaluation

Indicateur de processus :

- nombre de programmes locaux/contrats de territoire pour la prévention de la perte d'autonomie comportant un axe ou identifiant des actions en faveur des personnes déficientes sensorielles (dépistage, actions collectives, aides techniques/aménagement du logement)

Références bibliographiques

- L'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance.
- DREES - Série Etudes n°71/novembre 2007 : Handicap auditif en France - Apports de l'enquête HID 1998-1999 Observatoire régional de santé des Pays-de-la-Loire.
- Etude INPES : déficience visuelle et rapport à la santé, quelles spécificités ?(Evolutions - septembre 2010).
- Etude INPES : le rapport à la santé des personnes sourdes et malentendantes, quelles spécificités ?(Evolutions - avril 2012).
- HAS : dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique (recommandation de bonne pratique), juin 2012.
- Moutaud A, Cambois E., Etat de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles in DREES : L'état de santé de la population. Suivi de la loi de santé publique. Rapport 2011 p.57-69.
- Pr Brachet B., Vormes E., Guide de l'audition - Ed. Odile Jacob, septembre 2009.
- Renard M., Les sourds dans la ville. Surdité et accessibilité - ARDDS r ed. 1999.
- Cote J. et Petit M., La surdité,  a nous concerne - Institut Raymond-Dewar - Qu ebec 2009.
- Goust J., Pour mieux vivre la malentendance - Ed. Albin Michel 1998.

Prévenir les pertes d'autonomie évitables

Enjeu n°7 : retarder l'entrée dans la dépendance par des interventions préventives et coordonnées

Mesure 19 : Préserver la plus grande autonomie possible des résidents pour les activités de la vie quotidienne en EHPAD

I. Contexte et enjeux³²

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont un des éléments de la palette des solutions disponibles pour l'aide et l'accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants.

Les EHPAD sont des lieux de vie - le plus souvent le dernier lieu de vie - dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, quelles que soient ses difficultés, son état de santé, ses possibilités d'expression, de compréhension et de communication.

Au niveau de la structure, le projet d'établissement, le règlement d'établissement, la convention tripartite permettent de poser collectivement les objectifs, les principes d'intervention et les actions à mettre en œuvre pour le maintien et le développement de la vie sociale des résidents, l'exercice de leurs droits civiques et de leur rôle social. Le projet de vie individualisé du résident, intégrant la prévention individuelle et inclus dans le contrat de séjour, prend en compte ses attentes et ses souhaits.

En plaçant au cœur du dispositif l'utilisateur comme titulaire de droits, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a fixé un cadre clair et précis visant à renforcer la participation des résidents au fonctionnement et à la vie des EHPAD. Néanmoins, dans les faits, l'animation des conseils de la vie sociale rencontre de nombreuses difficultés (représentativité, « turnover » des élus, manque d'information et de formation...).

- Comment faciliter le maintien des relations avec les proches ?
- Comment faciliter l'expression du résident tant sur les modalités de son accompagnement individuel que sur la vie collective de l'établissement ?
- Comment respecter la citoyenneté des résidents et leur permettre de ne pas « se couper du monde » ?

II. Mesures

32 ANESM - Recommandations de bonnes pratiques professionnels, Qualité de vie en EHPAD - volet 3 : la vie sociale des résidents en EHPAD (décembre 2011)

Préserver et entretenir la plus grande autonomie possible des résidents en EHPAD pour les activités de la vie quotidienne :

- le droit à la vie familiale constitue un droit fondamental,
- le maintien des liens affectifs avec ses proches permet au résident de garder sa place de membre de la famille et d'y exercer son rôle,
- la vie sociale des résidents ne se réduit pas à celle qu'ils peuvent avoir au sein de l'EHPAD mais inclut également les possibilités de participer à la vie de cité en tant que citoyen, en tant que consommateur, en tant que membre d'association.

III. Actions

- Développer une politique de maintien des liens avec les proches, famille, amis, voisins.
- Favoriser l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur, les activités intergénérationnelles et la participation des résidents à la vie de la cité et de la communauté (lien social, citoyenneté) ; le faire fonctionner comme un pôle de services et un centre de ressources pour les personnes âgées vivant à domicile à proximité de l'établissement. L'objectif, en partenariat avec un service de soins et/ou d'aide à domicile, est de proposer une offre de service la plus complète possible (téléassistance, accueil de jour, offre de répit, intervention d'une infirmière en dehors des heures ouvrables notamment).
- Inciter à faire et non pas faire à la place de... : développer la stimulation par le personnel soignant afin que le résident maintienne son autonomie ou la récupère dans les actes de la vie ordinaire.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Conseil de la vie sociale (CVS) - article L 311-6 du CASF),
- Constitution et animation de lieux de débats et de participation (commissions vie de l'établissement, animation, menus, lingerie, journal, éthique...),
- Personne de confiance (article L. 1111-6 du CSP),

V. Métiers impactés

- Personnels de direction et d'accueil ; personnels d'accompagnement des EHPAD,
- animateurs.

VI. Les opérateurs

- DGCS
- Fédérations d'établissements, associations de directeurs et de médecins coordonnateurs

- ARS et Conseils généraux

Références bibliographiques

- PREVOT, J., WEBER, A. Participation et choix des personnes âgées vivant en institution, DREES in La vie des établissements pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches - Dossier Solidarité et santé n° 18, 2010.
- Recommandation ANESM - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, 2008.
- Recommandations ANESM : Qualité de vie en EHPAD (volets 1 à 4 de l'accueil de la personne à son accompagnement ; le cadre de vie et la vie quotidienne ; la vie sociale des résidents en EHPAD ; impact des éléments de santé sur la qualité de vie en EHPAD).
- La Charte de l'animation en gérontologie - Groupement des animateurs en gérontologie, 2006.

Axe 3. Prévention tertiaire : Eviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité

Le but de la prévention tertiaire (classification OMS), qui intervient à un stade où la maladie est installée, est de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population » et de réduire les complications, rechutes ou invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Il s'agit d'amoinrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise à la réadaptation de la personne malade sous la triple dimension médicale, sociale et professionnelle, psychologique.

Tant à domicile qu'en établissement, certaines personnes présentent une incapacité plus ou moins importante, plus ou moins stabilisée. Les professionnels intervenant à domicile, en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou en établissement de santé doivent être alertés et formés afin d'être attentifs à deux points essentiels :

- l'optimisation des compétences restantes chez la personne malgré la présence d'un processus morbide,
- la prévention de l'aggravation du déficit ou de la perte d'autonomie.

Au-delà des aspects médicaux, des mesures organisationnelles adaptées à ces situations d'instabilité doivent permettre d'éviter l'aggravation des déficits et/ou de la perte d'autonomie, ce qui n'est jamais le fruit du hasard.

Les formations adaptées, en réponse à ce besoin clairement identifié par différentes études, renvoient à des données médicales mais aussi à l'organisation des professionnels et à la réalisation de leurs missions. Pour être performantes, de telles formations doivent être accompagnées d'une mobilisation de la structure d'accueil sur ce sujet, clairement exprimée dans le projet d'établissement.

Enfin, il existe des déficits et des pertes d'autonomie qui peuvent être compensés partiellement ou totalement par des aides techniques. Il convient donc de repérer ces situations, de faciliter l'accès à ces aides et de veiller à leur appropriation par la personne concernée.

Eviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité

Enjeu n° 8 : Prévenir et limiter l'aggravation de la perte d'autonomie

Mesure 20 : Réduire la dénutrition chez les personnes âgées et améliorer sa prise en charge

I. Contexte et enjeux

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 présente un pic dans la tranche d'âge 55-64 ans (19,5 % versus 15 % en moyenne dans la population adulte) puis diminue chez les personnes de 65 ans et plus (17,9 %) et de 75 ans et plus (14,6 %). 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 s'appliquent (manger / bouger).
- Le risque majeur des modifications nutritionnelles lors du vieillissement est représenté par la dénutrition, la plus fréquente des pathologies gériatriques.

La dénutrition est à très haut risque de dégradation de la qualité de vie de la personne concernée. Les conséquences de la dénutrition sont en effet multiples, avec un impact négatif sur l'évolution des pathologies, des troubles trophiques, une immunodépression source de risque infectieux, une diminution de la masse et de la force musculaires conduisant à une perte d'autonomie pour les gestes de la vie quotidienne. L'épuisement des réserves de l'organisme conduit la personne dans une « spirale de la dénutrition » pouvant mettre en jeu son pronostic vital si elle n'est pas rapidement réalimentée correctement.

Chez les plus de 75 ans, la dénutrition atteint 4 à 10 % des personnes vivant à domicile, 15 à 38 % de celles vivant en institution et 30 à 70 % des personnes de cet âge hospitalisées. Au moment de leur admission à l'hôpital, 40 % des personnes sont dénutries.

Le vieillissement n'est pas une cause de dénutrition en soi. La dénutrition résulte d'un déséquilibre entre les besoins et les apports, en lien avec des modifications de la prise alimentaire et/ou des modifications métaboliques, accessibles à des actions préventives ou palliatives. Enfin, certaines maladies s'accompagnent d'un accroissement important des besoins protéino-caloriques comme le cancer, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance respiratoire.

L'évaluation du statut nutritionnel de la personne s'appuie sur :

- la mesure du poids et l'établissement d'une courbe de poids,
- des outils d'évaluation, comme le questionnaire MNA (Mini Nutritional Assessment) validé pour le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée,
- éventuellement le dosage de l'albuminémie.

La prise en charge de la dénutrition repose sur l'adaptation des apports nutritionnels et le traitement des causes.

Les causes potentielles de la dénutrition sont multiples :

- médicales : mauvais état bucco-dentaire, dépression, effets secondaires des médicaments altérant le goût ou réduisant la salivation, etc...
- non médicales : précarité, isolement, perte d'autonomie, etc...

La prévention de la dénutrition chez la personne âgée nécessite une démarche active des professionnels de santé pour :

- l'estimation de l'appétit et des apports nutritionnels,
- la surveillance du poids et du niveau d'activité,
- l'identification des situations à risque de dénutrition,
 - qui peuvent être médicales : comme les pathologies chroniques ou infectieuses, l'alcoolisme, la perte d'autonomie, la dépression, la démence, certains traitements, des troubles bucco-dentaires
 - ou psychosociales : l'isolement, la précarité, le veuvage, un changement d'habitude de vie ...,
- l'éducation du patient,
- l'organisation si nécessaire d'une assistance (livraison de repas à domicile, aide aux repas et/ou aux courses).

II. Mesures

L'axe 3 du PNNS en donne le cadre général, notamment avec la mesure 3 - améliorer la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées - et les actions qui en découlent.

- Dépister et réduire la dénutrition ;
- Améliorer sa prise en charge chez les personnes âgées.
- Réduire l'obésité.

III. Actions

Dépister, prendre en charge et réduire la dénutrition des personnes âgées

- Prêter attention très tôt et de façon proactive à toute modification de l'appétit et de l'alimentation chez un sujet âgé ;
- Prendre en compte une anorexie qui passe trop souvent inaperçue, avant que la perte de poids soit constatée ;
- Dépister précocement une perte de poids involontaire au cours de l'avancée en âge pour limiter la dénutrition des personnes âgées.

Réduire l'obésité et le surpoids des personnes âgées

- Pratiquer une activité physique régulière et améliorer l'hygiène de vie.)

IV. Outils et bonnes pratiques

- Un outil simple de dépistage : le MNA, mini nutritionnel assessment
- Les comités de liaison alimentation nutrition (CLAN) qui ont pour mission de promouvoir la prise en charge des problèmes nutritionnels à l'hôpital

V. Métiers impactés

- Médecins généralistes, médecins coordonnateurs et personnels soignants des EHPAD et des établissements de santé
- Professionnels de l'aide à domicile et professionnels et services restauration des EHPAD

VI. Les opérateurs

- Comité de suivi et de pilotage du plan national nutrition santé (PNNS)
- Comité de pilotage du PNA
- Agences régionales de santé
- Etablissements de santé et EHPAD
- Structures de coordination inter-régimes et collectivités territoriales (CCAS, CIAS, conseils départementaux)
- INPES

VI bis. Le calendrier

PNNS 2011-2015

VII. Evaluation

Indicateurs de résultats du PNNS 2001-2015 :

Réduire en 5 ans à échéance 2015, en population générale, le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :

- de 15 % au moins pour les plus de 60 ans ;
- de 30 % au moins pour les plus de 80 ans.

Références bibliographiques

- Expertise « Inégalités sociales en matière de nutrition et d'activité physique », INSERM, 2014.
- Dénutrition : une pathologie méconnue en situation d'abondance. Synthèse du PNNS, 2010.
- Stratégie de prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, HAS, avril 2007.
- Guigoz Y., Vellas B., « Test de l'évaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée : le mini nutritional assessment (MNA) », Méd hyg, 1995, 53 : 1965-9.

Eviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité

Enjeu n° 8 : Prévenir et limiter l'aggravation de la perte d'autonomie

Mesure 21 : Améliorer le parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie

I. Contexte et enjeux

Le projet pilote PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est un dispositif d'expérimentation prévu par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 pour l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA).

Les parcours pilotes PAERPA s'adressent aux personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur le territoire pilote PAERPA, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

Anticiper la réalité démographique : Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent désormais 9 % de la population française. En 2060, elles seront 12 millions.

Limiter les hospitalisations évitables : Les professionnels de santé constatent que l'hospitalisation aggrave souvent la perte d'autonomie chez les personnes âgées de plus de 75 ans dont un tiers d'entre elles connaît une hospitalisation dans l'année. Or certains facteurs d'hospitalisation sont potentiellement évitables : la dépression, la dénutrition, les chutes et les problèmes liés aux médicaments.

L'objectif du parcours santé des aînés est d'améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale et d'éviter ainsi, chaque fois que possible, le recours à l'hospitalisation.

Agir sur les points de rupture : Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a analysé qu'une mauvaise prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie est le plus souvent le signe d'une défaillance de l'organisation de notre système de santé conduisant à un recours abusif à l'hospitalisation. La démarche PAERPA propose d'agir en amont de l'hospitalisation en renforçant l'offre de soins de premier recours et en préservant l'autonomie des personnes âgées grâce à une meilleure coordination des professionnels. En aval, l'organisation au sein de l'établissement de santé (ES) et différents dispositifs d'accompagnement en sortie d'hospitalisation spécifiques à PAERPA (hébergement temporaire et aide à domicile) doivent permettre des retours à domicile plus rapides, dans de meilleures conditions, limitant les risques de ré-hospitalisation.

Un dispositif de proximité : La démarche PAERPA s'appuie sur les réseaux de professionnels au plus près de la personne âgée en coordonnant les prises en charge sanitaires et sociales notamment grâce à un plan personnalisé de santé (PPS). Un PPS est un plan d'action pluri-professionnel.

- Pour le volet sanitaire, la coordination clinique de proximité (CCP) s'organise sous la responsabilité du médecin traitant et regroupe en outre un infirmier diplômé d'Etat et le cas échéant tout professionnel de santé intervenant régulièrement auprès de la personne âgée (pharmacien, masseur kinésithérapeute) ;
- Pour le volet social, les professionnels du secteur, en lien avec la CCP, s'assurent également du suivi de la personne âgée pour l'ensemble des demandes qui peuvent lui être utiles : aide ménagère, allocation personnalisée d'autonomie, aménagement du logement, portage de repas...

Une démarche coordonnée qui prend appui sur les structures existantes :
Des structures sont déjà présentes sur de nombreux territoires avec des services parfois importants : réseau de santé, centre local d'information et de coordination (CLIC), MAIA, devenue méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, mais la coordination d'ensemble n'est pas toujours satisfaisante.

Pour y remédier, le cahier des charges PAERPA, défini au niveau national, préconise le rapprochement des dispositifs de coordination existants au service d'une coordination renforcée autour de la personne âgée en risque de perte d'autonomie. L'un des dispositifs a vocation à porter la coordination territoriale d'appui (CTA).

II. Objectifs

Objectifs de PAERPA en ville

PAERPA a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées au domicile grâce à une meilleure coordination des professionnels et à la mise à disposition d'une plateforme d'appui, d'information et d'orientation. PAERPA améliore les échanges et le partage d'informations, source de fluidité des parcours grâce à des systèmes d'information sécurisés.

Pour les services à domicile, la démarche PAERPA permet de renforcer les partenariats avec les professionnels de santé libéraux, mais aussi avec les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux, et met à disposition un pôle ressources avec la plateforme d'appui, d'information et d'orientation (CTA).

PAERPA améliore sur le territoire la visibilité et le rôle :

- des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) comme structures de proximité impliquées dans le repérage des situations à risque et leur prévention,
- des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) plus spécifiquement comme pôles de services et lieux de coordination et de coopération pour l'accompagnement et le maintien à domicile.
- Objectifs de PAERPA en EHPAD

Pour les EHPAD, la démarche PAERPA doit permettre de renforcer les partenariats avec les professionnels libéraux, les établissements de santé et les services médico-sociaux. Elle a pour finalité de favoriser la coordination des professionnels, d'améliorer la pertinence des hospitalisations des résidents en les programmant le plus possible et en limitant le passage par les urgences.

Les EHPAD contribuent à améliorer les conditions de retour à domicile de personnes hospitalisées en proposant un hébergement temporaire en sortie de court séjour, permettant ainsi de limiter le temps d'hospitalisation.

- **Objectifs de PAERPA en établissement de santé**

Deux objectifs sont poursuivis : optimiser le recours à une structure hospitalière et faciliter les sorties, par l'utilisation d'outils et de dispositifs spécifiques facilitant la coordination et le partage d'informations.

Dans l'établissement engagé dans la dynamique PAERPA, une approche globale, graduée, protocolisée, pluri-professionnelle et partenariale est organisée pour :

- le repérage systématique par les infirmiers ou les aides-soignants, dans les 24 premières heures de l'hospitalisation, des risques de perte d'autonomie ;
- la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) en cas de repérage des risques de perte d'autonomie, dans les 72 heures suivant l'entrée, pour anticiper voire éviter le recours ultérieur à l'hôpital ;
- la diffusion dans l'ensemble des services de l'établissement de l'expertise de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) (évaluation des patients et la formation des équipes) ;
- la réduction des risques encourus en formant les personnels à l'accueil des personnes âgées et aux bonnes pratiques gériatriques, notamment en matière de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, les risques de chute, de dénutrition et de dépression ;
- la préparation de la sortie avec la mise en place du dispositif PRADO ou ARDH, en anticipant le cas échéant le recours aux dispositifs dérogatoires de PAERPA (prise en charge des frais en hébergement temporaire et des aides à domicile dans certaines situations). La sortie se prépare dès les 48 premières heures en médecine et chirurgie avec l'aide de l'équipe mobile de gériatrie (EMG), les services sociaux et la coordination territoriale d'appui si nécessaire (cf. ci-dessous). Elle se prépare au 7ème jour en soins de suite et de réadaptation (SSR), en lien avec le service social ;
- l'organisation d'une évaluation gériatrique préopératoire ou postopératoire pour les interventions avec passage aux urgences en recourant à l'expertise des équipes mobiles ou des consultations gériatriques;
- un accès direct aux structures internes de court séjour et de SSR gériatriques : chaque établissement diffuse aux professionnels de

santé du territoire le numéro de téléphone du gériatre d'astreinte de la filière gériatrique.

- transmettre le document de sortie d'hospitalisation au médecin traitant dans les meilleurs délais.

III. et IV. Mesures - Outils et bonnes pratiques

Développer l'hébergement temporaire PAERPA en sortie de court séjour

Un dispositif d'hébergement temporaire PAERPA en sortie de court séjour est mis en œuvre. La solvabilisation du tarif dépendance et du tarif hébergement minoré de l'équivalent du forfait journalier hospitalier pour une durée maximum de 30 jours prévue à l'article 48 de la LFFS 2013 permet de limiter la période d'hospitalisation, afin que la personne âgée ne reste en médecine et chirurgie que le temps nécessaire à la réalisation des actes techniques et des soins qui y sont dispensés. Ce dispositif peut ainsi être utilisé lorsque le logement doit être adapté ou si l'aidant est indisponible par exemple.

SPASAD PAERPA

Le SPASAD est conçu comme une organisation intégrée dans laquelle il y a une coordination des soins, des aides et de l'accompagnement ainsi que des intervenants par l'infirmier coordonnateur. Une prise en charge de retour à domicile SPASAD après hospitalisation par l'attribution d'un forfait de 280 euros pour financer des aides à domicile pendant une durée maximum de 15 jours est également à venir afin de pallier, le cas échéant, la longueur des délais de délivrance et le caractère non universel de certaines aides.

- Organiser la coordination entre professionnels autour de la personne âgée
 - Le plan personnalisé de santé (PPS)

Le PPS est élaboré par la CCP, selon le modèle validé par le collège de la Haute autorité de santé (HAS). Il est déclenché dès le repérage de risques de perte d'autonomie et s'il s'avère nécessaire de coordonner différents intervenants autour de la personne âgée. Il permet ainsi de gérer et d'anticiper les différents aspects de sa prise en charge. Il résume la situation sociale du patient, son état de santé, les problèmes en cours et établit un plan d'actions pour y répondre, comportant un volet soins et, si nécessaire, un volet aides. Le PPS fait l'objet d'une évaluation, d'un suivi et d'une actualisation en tant que de besoin. Il est mis en œuvre par les professionnels concernés pour les actions décrites.

- La coordination territoriale d'appui (CTA)

La CTA est une plateforme d'information et d'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants. La CTA repose sur les structures de coordination préexistant sur le territoire : CLIC, réseau gérontologique, pilote MAIA quand il est présent. Elle s'appuie ainsi sur les ressources et dispositifs existants, travaille à leur rapprochement et à l'intégration des services. A la demande des professionnels, elle permet notamment l'appui au suivi des PPS, l'activation d'aides sociales, de l'expertise gériatrique, l'aiguillage vers une offre d'éducation thérapeutique personnalisée

(ETP)... Elle dispose d'un numéro unique d'appel sur des plages horaires étendues.

- Les transitions Ville-Hôpital-EHPAD

Elles sont améliorées grâce à la transmission systématique d'outils de liaison élaborés pour les professionnels : le document de sortie d'hospitalisation³³ rédigé par le médecin de l'établissement de santé à l'issue d'une hospitalisation et transmis le jour de la sortie de la personne hospitalisée ; le dossier de liaison d'urgence (DLU) établi par le médecin coordonateur de l'EHPAD où vit la personne qui va être hospitalisée ; le volet de synthèse médicale (VSM), photographie de l'état de santé de la personne, formalisé par le médecin traitant ; le dossier pharmaceutique (DP), renseigné par le pharmacien d'officine ainsi que le PPS.

- Construire les systèmes d'information autour de la personne âgée
 - La transmission d'informations relative à la personne âgée

Elle est simplifiée par le décret en Conseil d'Etat du 2 décembre 2013, qui instaure dans les territoires pilotes un dispositif dérogatoire autorisant les professionnels à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne, sous réserve de son consentement exprès, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes pour améliorer la prise en charge.

- La messagerie sécurisée élaborée par l'ASIP santé, ou l'intégration dans l'espace de confiance de l'ASIP santé pour les messageries existantes

Elle permet la transmission d'informations par voie électronique, avec une identification certaine de l'émetteur et du receveur. Elle concerne les professionnels de santé, mais aussi les acteurs de l'aide à domicile.

- La formation labellisée

La formation des équipes de soins via le DPC a pour ambition de former les professionnels à la dynamique PAERPA, aux outils et aux nouvelles méthodes autour du parcours de santé des personnes âgées. Elles sont axées principalement sur :

- les outils PAERPA (notamment le PPS, la CTA, les systèmes d'information) ;
- les modalités de coordination et de transmission d'informations ;
- les facteurs d'hospitalisation évitables pour la personne âgée.

Une formation spécifique pour les professionnels de l'aide et de l'accompagnement (SAAD) est proposée, construite autour des quatre facteurs de risque d'hospitalisation évitable, du repérage des risques de perte d'autonomie et de la procédure d'alerte des professionnels de santé de la

33 Le modèle est accessible sur le site de la Haute autorité de santé

coordination clinique de proximité (CCP). Le financement de cette formation est assuré par la section IV du budget de la CNSA.

V Actions

- Capitaliser au fur et à mesure de leurs enseignements sur les expérimentations PAERPA pour réduire le risque de perte d'autonomie des personnes âgées, notamment en mettant à disposition des équipes de soins primaires les outils PARPA pour le repérage et la prévention du risque de perte d'autonomie des personnes âgées

VI. Les outils et bonnes pratiques

- Cahier des charges des projets pilotes PAERPA (janvier 2013)
- Fiches pratiques « Parcours de santé des aînés » à destination :
 - des professionnels de santé en ville,
 - des établissements de santé,
 - des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
 - des services à domicile (SAAD, SSIAD et SPASAD)
- HAS : mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS)
- V. Les métiers impactés
- Professionnels de santé,
- Professionnels des services et établissements sociaux et médico-sociaux : IDE, AS, AMP, AVS et agents de service,
- Pilotes et gestionnaires de cas MAIA,
- Directeurs et coordonnateurs de CLIC et de réseaux gérontologiques.

VI. Les opérateurs

La gouvernance nationale, conduite par la DSS en lien avec tous les acteurs intéressés est déclinée localement sous l'égide de l'ARS. .

La gouvernance locale intègre l'ensemble des parties prenantes suivantes : Conseil départemental, CCAS, caisses de sécurité sociale, professionnels de santé et sociaux, établissements de santé, EHPAD, SAAD, SSIAD, réseaux, CLIC, pilote MAIA... .

VI bis. Le calendrier

La ministre en charge de la santé a retenu neuf projets pilotes en région, parmi les candidatures présentées par les agences régionales de santé en 2013. Ces projets pilotes mettent en œuvre le cahier des charges national, de façon

adaptée aux spécificités et aux besoins du territoire. Deux vagues successives de projets pilotes ont été lancées :

- en septembre 2013 : dans des territoires des régions Centre, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays-de-la-Loire ;
- en janvier 2014 : dans des territoires des régions Aquitaine, Limousin, Nord-Pas-de-Calais, Bourgogne.

Au terme de l'expérimentation (31 décembre 2017), les conditions de généralisation seront déterminées en fonction de l'évaluation d'impact.

VII. Evaluation

L'évaluation des parcours PAERPA doit déterminer à quelles conditions ces parcours pourront être généralisés, au regard de l'amélioration des prises en charge obtenue et des éventuels gains d'efficacité constatés.

L'évaluation a trois dimensions :

- Le suivi d'indicateurs de processus pour mesurer la montée en charge des actions (1ère remontée d'informations : début T2 2015) ;
- Une évaluation qualitative afin de dégager les facteurs de succès ou d'échec des projets pilotes en 2015 ;
- Une évaluation d'impact médico-économique afin d'évaluer la valeur ajoutée du modèle PAERPA en vue de sa généralisation en 2016.

Références bibliographiques

- Vieillesse, longévité et assurance maladie, HCAAM, avril 2010.
- assurance maladie et perte d'autonomie, contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, HCAAM, juin 2011.
- Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, avis du 22 mars 2012.
- Cahier des charges des projets pilotes PAERPA, Comité national de pilotage des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie présidé par Dominique Libault, janvier 2013.
- Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, Comité national de pilotage des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Céline Mounier, Cécile Waquet), janvier 2013.
- Cadre référentiel ETP PAERPA dépression, HAS, septembre 2014.
- Cadre référentiel ETP PAERPA prévention des chutes, HAS, septembre 2014.
- Cadre référentiel ETP PAERPA polyopathie - polymérisation, HAS, septembre 2014.
- Site internet du ministère des affaires sociales et de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>.

Eviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité

Enjeu n° 8 : Prévenir et limiter l'aggravation de la perte d'autonomie

Mesure 22 : Mobiliser les structures hospitalières autour du risque de perte d'autonomie des personnes âgées pendant une hospitalisation et autour de l'accompagnement de leur retour à domicile après hospitalisation

I. Contexte et enjeux

Un tiers des personnes âgées de 75 ans et plus connaît au moins une hospitalisation dans l'année. D'après la littérature, 20 à 40 % d'entre elles seraient concernées par une perte d'autonomie induite. 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.

Le concept de dépendance iatrogène est défini comme une 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 ce 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 leur accueil, l'autonomie des personnes concernées peut être durablement compromise.

Ainsi, l'hospitalisation, même programmée et justifiée, a des effets délétères en termes de maintien de l'autonomie. Il importe donc de mobiliser les établissements de santé autour de ce risque afin qu'ils identifient les patients âgés hospitalisés et anticipent et préparent leur retour à domicile. Quant à la refondation de l'aide à domicile, elle doit nécessairement passer par un rapprochement entre l'aide et les soins, grâce à une meilleure coordination de l'intervention des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social auprès des personnes âgées.

Les projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA - fiche 21) prévoient et organisent le déploiement et le renforcement des dispositifs de sortie d'hospitalisation tels que l'ARDH, le PRADO, l'hébergement temporaire en EHPAD et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Le projet de loi relatif à

l'adaptation de la société au vieillissement, quant à lui, consolide et approfondit le rôle des SPASAD par le biais d'une expérimentation, décidée conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'ARS au plan local, visant à renforcer l'intégration des services et à faciliter le financement des actions de coordination et de prévention dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

II. Mesures

Mobiliser les structures hospitalières autour du risque de perte d'autonomie des personnes âgées pendant une hospitalisation implique notamment de

- Identifier les personnes à risque (mesure de l'autonomie à l'entrée et à la sortie de l'hôpital, repérage de la fragilité, évaluation gériatrique graduée) ;
- Réduire le nombre d'hospitalisations évitables et d'éviter les ré-hospitalisations (lien avec PAERPA) ;
- Prendre en compte la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées dans la certification des hôpitaux par la Haute autorité de santé (HAS) 34 ;
- Réaliser en 2015 un référentiel sur la prévention de la dépendance liée à l'hospitalisation, sous l'égide de la SFGG et du CNP de gériatrie, et le présenter à la validation de la HAS ;
- Mobiliser et former les professionnels hospitaliers autour de la dépendance iatrogène, afin de faciliter le repérage des personnes à risque et la mise en place d'une stratégie en réponse ;
- Recourir à l'appui des équipes mobiles gériatriques (EMG) intra-hospitalières aux urgences et dans les services de spécialité.

Mobiliser les structures hospitalières autour de l'accompagnement du retour à domicile des personnes âgées hospitalisées implique notamment de :

- Améliorer les transitions et notamment un retour à domicile le plus adapté possible : identification, dès l'admission, des patients de plus de 75 ans pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides et ceux pour lesquels seront indiqués des SSR, une HAD ou un changement de lieu de vie à la sortie (EHPAD ou USLD) ; identification au plus tard au 7ème jour d'hospitalisation, au sein des structures SSR, des patients de plus de 75 ans pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides.

34 Le critère 19a du manuel de certification 2010 concernant les «populations nécessitant une prise en charge particulière», la lutte contre la perte d'autonomie devrait être intégrée au manuel lors de la prochaine révision prévue à partir de 2016. La version 2014 ayant été mise en place à manuel constant, la certification n'a pas encore intégré d'élément relatif à la mise en place d'un plan de lutte contre la perte d'autonomie. Plusieurs possibilités d'implémentation (parcours, patient traceur, portage sur prise en charge des personnes âgées...) seront étudiées pour apporter la meilleure réponse lors de la conception du futur dispositif.

- Maîtriser et utiliser en routine les dispositifs de sortie en vigueur (PRADO, ARDH).

III. Actions

Promouvoir le déploiement coordonné des procédures relatives à l'accompagnement de la sortie d'hospitalisation des différents dispositifs existants, en lien avec les expérimentations PAERPA :

- L'ARDH, aide au retour à domicile après hospitalisation

Dans le cadre de leur politique d'action sanitaire et sociale, les caisses de retraite proposent d'accompagner leurs ressortissants lors de la survenue d'évènements particulièrement déstabilisateurs et sensibles, la sortie d'hôpital figurant au premier rang de ces situations de rupture.

L'ARDH, ou les dispositifs assimilés, en place depuis 2003, a concerné en 2013 près de 65 000 bénéficiaires de l'action sociale de la CNAV, de la CCMSA et du RSI, nécessitant une prise en charge spécifique liée à la situation de fragilité qui était la leur durant leur convalescence post-hospitalière.

Suite à la phase d'identification de ses besoins dès son entrée dans un établissement hospitalier, le retraité se voit attribuer, à titre temporaire, pour une période de trois mois maximum à compter de sa sortie d'hospitalisation, différents services destinés à l'accompagner dans son retour à domicile durant la période de réadaptation par :

- des conseils et des recommandations ;
- un plan d'actions personnalisé qui peut s'articuler autour de diverses solutions et prestations, telles qu'une aide à domicile, la livraison de courses, le portage de repas, l'installation d'une téléalarme, une aide aux transports, etc. ;
- un kit prévention en faveur de l'adaptation de son logement : barre d'appui, tapis antidérapants, mains courantes d'escalier, etc.
- PRADO, programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés

Le PRADO, initié en 2010 par l'assurance maladie pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile en renforçant son suivi post-opératoire et fluidifier le parcours hôpital-ville, est actuellement déployé sur 3 volets :

- la maternité lancée en 2010 puis généralisée en février 2012,
- la chirurgie orthopédique lancée fin 2011, étendue en 2012 avec une généralisation en 2014,
- l'insuffisance cardiaque expérimentée depuis mai 2013.

Le programme PRADO permet l'organisation par un conseiller de l'assurance maladie d'une offre de services à la fois médicaux et sociaux et prévoit actuellement, s'agissant des personnes âgées, la possibilité de financer des prestations d'aide à la vie quotidienne (aide ménagère et /ou portage de repas)

pour les volets orthopédie et insuffisance cardiaque. Ultérieurement cette offre pourra également s'étendre à d'autres champs dans une approche poly-pathologique.

Pour les patients nécessitant une « aide à la vie », deux acteurs interviennent :

- le prestataire de services d'aide à la vie (aide à domicile, portage de repas, autres aides...)
- les services sociaux des établissements de santé et de la CARSAT
- Coordination ARDH-PRADO

Les dispositifs « Aide au retour à domicile après hospitalisation » et « PRADO » visent à soutenir les personnes lorsqu'elles sont confrontées à des problèmes temporaires de santé avec ou sans situation d'isolement. Il s'agit d'anticiper et de préparer le retour à domicile de la personne hospitalisée et de réaliser une évaluation continue des besoins dès la sortie de l'établissement de santé. Cette prestation doit permettre de :

- sécuriser le retour à domicile ;
- éviter une rupture de prise en charge entre l'hôpital et le domicile - accompagner la période post opératoire du patient ;
- éviter que le manque de coordination n'augmente la durée du séjour ;
- prévenir l'aggravation qui ferait basculer la personne vers la dépendance.
- L'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

Les effets secondaires indésirables d'une hospitalisation sur les facteurs qui contribuent à la préservation de l'autonomie peuvent justifier l'aménagement d'une période de transition permettant de réduire le séjour en milieu hospitalier (médecine ou chirurgie) et de préparer le retour à domicile dans des conditions satisfaisantes.

La sortie d'hospitalisation peut, par conséquent, être un motif de recours à l'hébergement temporaire en EHPAD quand l'entrée en soins de suite et réadaptation (SSR) n'est pas requise et que le retour à domicile n'est pas encore possible au vu, notamment, de la nécessité d'organiser des dispositifs d'aide (portage de repas, soins infirmiers...) et des aménagements du domicile.

Cette prise en charge permet de faire le point sur la situation de la personne âgée et sur ses besoins. Un projet individualisé est mis en place sur un temps de séjour approprié pour organiser le retour à domicile en lien avec les proches et les acteurs du domicile (médecin traitant, services sociaux, services d'aide à domicile, SSIAD, ...).

Dans le cadre des projets pilotes PAERPA, le recours à l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, préalable au retour à domicile, permet de limiter la période d'hospitalisation au seul temps nécessaire à la réalisation

des actes techniques et des soins dispensés en établissement de santé. Il contribue également à réduire les risques liés aux soins, à prévenir la perte d'autonomie ou à en limiter l'aggravation. La prise en charge doit favoriser la restauration de l'autonomie et la capacité à accomplir les gestes de la vie quotidienne, les relations sociales et la reprise d'activités diverses en fonction des services offerts par l'établissement et des habitudes et choix de la personne. Ainsi, l'hébergement temporaire préserve la qualité de vie en préparant un retour à domicile dans des bonnes conditions. Il vise également à limiter le risque de nouvelle hospitalisation.

Une convention est signée entre l'ARS, le Conseil général, l'EHPAD et l'établissement de santé avec le double objectif de :

- favoriser la participation des établissements qui accueillent les personnes âgées aux dispositifs de coordination et d'échanges d'informations ainsi qu'à la gestion active des différentes transitions du parcours, en prenant mieux en compte les spécificités de la population âgée ;
- favoriser et encadrer le recours aux places d'hébergement temporaire en EHPAD dans le cadre du dispositif dérogatoire PAERPA.
- expérimenter dans un certain nombre de régions/départements l'offre commune inter-régimes (CNAV-MSA-RSI) pour la préservation de l'autonomie et la prévention de la perte d'autonomie autour de l'activité physique régulière lors du retour à domicile après hospitalisation

La CNAV a expérimenté en 2011-2012 en Ile-de-France un programme de sortie d'hospitalisation avec l'association Domisiel, qui a consisté à proposer à des retraités de plus de 65 ans, en GIR 5 et 6, en sortie d'hospitalisation et bénéficiant de l'ARDH, de pratiquer une activité physique régulière trois semaines après leur retour de l'hôpital. Les retraités ont pu bénéficier de séances individuelles articulées autour de :

- La prévention des comportements sédentaires à domicile,
- L'amélioration des capacités physiques : puissance musculaire des jambes, dextérité,...
- L'amélioration des facteurs socio-affectifs : image de soi, confiance en soi
- La connaissance par les retraités de leurs capacités pour éviter les situations à risques

Suivre et évaluer la pertinence du recours aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) fonctionnant sur un modèle d'organisation intégrée pour les retours à domicile après hospitalisation.

Créés par le décret du 25 juin 2004 et codifiés à l'article D.312-7 du code de l'action sociale et des familles, les SPASAD apportent à la fois un accompagnement et une aide dans les actes de la vie quotidienne et des soins infirmiers aux personnes prises en charge. Ils exercent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'un service d'aide et

d'accompagnement à domicile (SAAD) et élaborent un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins sur la base d'une évaluation globale des besoins des personnes par une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un personnel infirmier salarié.

Ils peuvent être mobilisés pour la prise en charge de personnes en sortie d'hospitalisation qui ne requièrent plus une intensité et un suivi de soins médicaux et paramédicaux tels qu'organisés en établissement de santé mais qui ne sont pas suffisamment autonomes pour assurer elles mêmes toutes les tâches à leur domicile et nécessitent encore un suivi infirmier.

En outre, pour favoriser leur déploiement, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit l'expérimentation de SPASAD fonctionnant sur le modèle d'une organisation intégrée des soins, des aides et de l'accompagnement favorisant la coordination et la coopération des personnels et l'élargissement de leurs missions à des activités de prévention financées dans le cadre de la conférence des financeurs. Ces SPASAD devront respecter un cahier des charges et signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui définiront le champ des missions de prévention qu'ils pourront assurer.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Actions de formation des équipes soignantes hospitalières
 - Grilles d'évaluation de l'autonomie à l'admission et à la sortie de l'hôpital
 - Recommandations de l'HAS sur ce sujet (saisine faite)
- Formulaire commun assurance retraite (CNAV)/ assurance maladie (CNAMTS) a été créé en 2013 :
 - Demande PRADO - Aide à la vie. Le déploiement de ce formulaire suivra le déploiement du PRADO. Auprès de chaque nouvel établissement de santé intégrant le dispositif PRADO, en remplacement des dossiers ARDH.
 - Brochures de présentation des dispositifs : « Pour faciliter votre retour à domicile après une hospitalisation »

V. Métiers impactés

- Equipes soignantes hospitalières
- Equipes mobiles intra-hospitalières
- Travailleurs sociaux des établissements de santé
- Conseillers de l'assurance maladie
- Conseillers action sociale CNAV et le service social des CARSAT
- Professionnels des services à domicile : SAAD, SSIAD, SPASAD

VI. Les opérateurs

- DGOS
- Direction des établissements de santé
- Commissions médicales d'établissement (CME)
- Directeurs des soins infirmiers
- Services sociaux des établissements de santé
- Fédérations hospitalières
- CNAV/CNAMTS et CARSAT/CPAM
- ARS et conseils départementaux

VI bis. Le calendrier

Etablissements de santé

- La signature des conventions entre l'ARS d'un territoire PAERPA et le ou les établissements de santé (ES) de ce territoire, en 2015.
- Un référentiel sur la prévention de la dépendance liée à l'hospitalisation, réalisé sous l'égide de la SFGG et du CNP de gériatrie, sera présenté à la validation de la HAS, à la fin de l'année 2015.
- La lutte contre la perte d'autonomie pourrait être intégrée au manuel de certification lors de sa prochaine révision prévue à partir de 2016

Domicile

- 2015 (expérimentation/déploiement)
- 2016 (évaluation généralisation) pour les dispositifs ARDH et PRADO
- 2016-2017 pour l'expérimentation du mode d'organisation intégrée des SPASAD

VII.. Evaluation

- Diminution de la dépendance induite sur les territoires PAERPA
- Diminution des ré-hospitalisations
- Suivi du nombre d'établissements conventionnés PRADO et ARDH
- Suivi du nombre de patients adhérant au PRADO bénéficiaires de l'ARDH
- Suivi du nombre de patients ayant bénéficié d'un hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation dans les territoires pilotes PAERPA

- Suivi du nombre de patients accompagnés par un SPASAD en sortie d'hospitalisation dans les territoires pilotes PAERPA

Références bibliographiques

- 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.
- Parcours santé des aînés - Fiche pratique établissements de santé : Prévenir et limiter la perte d'autonomie des personnes âgées : un objectif clef de la démarche PAERPA.
- Rapport de la mission IGAS sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées, IGAS, Mars 2011.
- Fouquet A., Tregoaat JJ., L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, IGAS, 2011.
- 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 événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité, DREES, Etudes et résultats n° 761 mai 2011.
- Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital, DREES, Etudes et résultats n° 784, novembre 2011.
- Note méthodologique et de synthèse documentaire « comment réduire les hospitalisations évitables des personnes âgées ? », HAS, avril 2013.
- Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ?, HAS, juin 2013.
- Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h, HAS, octobre 2014.
- Hébergement temporaire pour personnes âgées - recueil et analyse des modalités de fonctionnement permettant à une structure de répondre aux besoins de la population de son territoire, DGCS, novembre 2014.
- Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées, CNSA, dossier technique, 2011.

Eviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité

Enjeu n° 8 : Prévenir et limiter l'aggravation de la perte d'autonomie

Mesure 23 : Informer, sensibiliser et former l'ensemble des professionnels intervenant en EHPAD à la prévention des risques liés à la santé des résidents inhérents à leur vulnérabilité pour optimiser leur potentiel restant

I. Contexte et enjeux

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueillent des personnes de plus en plus âgées, de plus en plus dépendantes, notamment sur le plan psychique, et poly-pathologiques (en moyenne 7 maladies diagnostiquées). Ces établissements, dont la finalité est la qualité de vie des résidents, travaillent sur la place des soins dans le projet d'établissement et sur l'intégration du projet de soins dans le projet personnalisé de chaque personne accueillie, pour un accompagnement plus global qui préserve la singularité des parcours de vie tout en relevant les défis de la médicalisation et de la qualité des soins destinés à prévenir complications, récurrence, aggravation de l'état de santé.

Conformément à la lettre de mission du Professeur Jean-Luc Novella en date du 14 juin 2013, le comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS a engagé les travaux d'actualisation et de réécriture des 240 ordonnances qui constituent le cœur du référentiel PATHOS utilisé pour mesurer le besoin en soins requis des résidents hébergés. Une nouvelle version de ces ordonnances devrait être disponible en 2015 notamment pour « permettre de mieux prendre en compte la prévention (prévention du risque iatrogène médicamenteux, prévention des chutes, prévention de la dénutrition, prévention bucco-dentaire... et les troubles du comportement ».

Dans les territoires pilotes, le PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) améliore la visibilité et le rôle des EHPAD comme centres de ressources, pôles de services et lieux de coordination et de coopération. Sa dynamique favorise le renforcement des partenariats et les échanges d'informations avec les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement, avec les établissements de santé et les services médico-sociaux. Elle vise à restreindre les hospitalisations évitables des résidents (protocoles organisant l'entrée/la sortie, convention avec un établissement d'HAD, veille infirmière de nuit, consultations de télé-médecine...), à limiter leur passage par les urgences et à promouvoir l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.

Le groupe de travail relatif à la modernisation du pilotage et à la simplification de la gestion des EHPAD prévu par le rapport annexé au projet de loi a été installé le 9 décembre dernier. Il devrait rendre ses travaux à la fin du premier semestre 2015.

Le champ de la prévention en EHPAD est vaste. Il recouvre tout à la fois l'identification des situations à risque (nutrition, chute, dépression, iatrogénie, déficiences sensorielles, état bucco-dentaire...) et leur prise en charge, plus large que la stricte prise en compte d'un état pathologique. Il peut s'agir de prévention individuelle (mobilisation/activité physique, lutte contre la dénutrition, les chutes et les fractures, la iatrogénie médicamenteuse, écoute/relation avec les familles) mais aussi de prévention collective qui s'identifie à la stratégie qualité de l'établissement (diététique, promotion de l'activité physique, du rôle social des résidents, stimulation cognitive, organisation de la vie collective...).

II. Mesure

Informer, sensibiliser et former l'ensemble des professionnels à l'évaluation et à la prévention des risques liés à la santé des résidents inhérents à leur vulnérabilité afin d'optimiser leur potentiel restant :

- Prévention des facteurs de risque d'hospitalisation évitable : dénutrition, chutes, dépression, iatrogène médicamenteuse,
- Prévention et limitation des hospitalisations évitable et/ou itératives.

III. Actions

* Prévenir la dénutrition et organiser les soins bucco-dentaires :

- Développer les actions pour conserver le plaisir de manger qui reste la meilleure prévention des risques de dénutrition ;
- Généraliser la pesée mensuelle des résidents et suivre l'évolution de la courbe de poids ;
- Développer le bilan bucco-dentaire des résidents lors de l'admission en EHPAD ;
- Généraliser la toilette buccale quotidienne.

* Prévenir les chutes et généraliser l'offre d'activités physiques adaptées dans les EHPAD :

- Repérer les sujets à risque et leur prescrire un bilan global et des séances de rééducation à l'équilibre et à la marche ;
- Développer les ateliers d'activités physiques adaptées au sein de l'EHPAD et les ouvrir aux personnes âgées du quartier ou de la commune ;
- Inscrire les ateliers d'activités physiques adaptées dans le projet d'établissement de l'EHPAD en généralisant la présence d'éducateurs sportifs qui travailleront en lien étroit avec l'équipe soignante, en particulier le médecin coordonnateur et le cadre de santé ou l'infirmier coordonnateur et en complémentarité avec le masseur-kinésithérapeute et en identifiant les actions prioritaires à inscrire dans les conventions pluriannuelles (expérience PASS - parcours

activité santé seniors - en Bretagne développée en 2013 dans 34 des 50 EHPAD qui emploient des éducateurs sportifs).

Il faut souligner que la promotion de l'activité physique et des bonnes pratiques de nutrition en EHPAD est indissociable du soin et du bon usage des médicaments. A ce titre, la HAS a inscrit à son programme de travail 2015 (parcours de soins et documents d'accompagnement des parcours) la réalisation d'une recommandation pour aider le soignant à promouvoir, dans le parcours de santé, une pratique d'activité physique des seniors adaptée à leur état.

* Prévenir et prendre en charge la dépression des résidents : diagnostiquer et traiter :

- Apprécier la sévérité de la dépression ;
- En fonction des cas, repérer les symptômes et développer une prise en charge non médicamenteuse en favorisant le soin relationnel et en maintenant les liens familiaux et un environnement convivial ;

* Prévenir la iatrogénie médicamenteuse : Le plan national d'actions pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées, annexé à la loi, comporte un axe EHPAD qui pour objectif de renforcer la politique du médicament dans l'établissement.

- Dans le cadre de la gestion des risques en EHPAD (GDR) : organiser et généraliser une démarche d'alerte sur les neuroleptiques chez les malades d'Alzheimer ; repérer les prescriptions inadaptées et accompagner leurs auteurs ;
- Promouvoir des études permettant d'améliorer les connaissances sur l'usage, les bénéfices et les risques en vie réelle des médicaments chez les personnes âgées, à domicile et en EHPAD.

* Inscrire et rendre visible l'EHPAD dans la filière gériatrique pour développer des actions de prévention :

- Actualiser la convention de coopération avec l'établissement de santé référent (protocole entrée/sortie d'hôpital des résidents, permanence infirmière de nuit, télémedecine, formation aux soins palliatifs...) ;
- Conventionner avec les acteurs du territoire : équipe mobile gériatrique, HAD, logements foyers, accueil de jour, SSIAD, SAD ou SPASAD ... ;
- Développer un projet d'hébergement temporaire.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Angélique - Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de qualité pour les usagers des établissements - Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Recommandations ANESM : Qualité de vie en EHPAD (volets 1 à 4 de l'accueil de la personne à son accompagnement ; le cadre de vie et

la vie quotidienne ; la vie sociale des résidents en EHPAD ; impact des éléments de santé sur la qualité de vie en EHPAD.

- MobiQual Action nationale pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD, établissements de santé et à domicile au bénéfice des personnes âgées et handicapées (thématiques disponibles EHPAD : douleur, dépression, nutrition/dénutrition, risque infectieux ;
- Les outils contractuels : convention tripartite pluriannuelle (CTP) ou contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ; contrat de coordination entre l'EHPAD et les médecins traitants, entre l'EHPAD et les masseurs kinésithérapeutes ;
- Les lieux d'échanges (bonnes pratiques...) : commission de coordination gériatrique et/ou commission régionale de coordination médicale (lieu d'échanges sur les pratiques et les référentiels AGGIR et PATHOS) ;
- Fiche points clés HAS ANESM 2015 : comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD ?

V. Métiers impactés

- Personnels soignants : médecin coordonnateur, médecins traitants, IDE, aides-soignants, autres professionnels de santé intervenant en EHPAD
- Personnels de direction et d'accueil ; personnels d'accompagnement : AMP, AVS, agents de service
- Educateurs/ animateurs sportifs

VI. Les opérateurs

- DGCS, DSS, DGOS, CNAMTS, CNSA
- ARS et Conseils généraux
- Fédérations d'établissements, associations de directeurs et de médecins coordonnateurs

VII. Evaluation

- Indicateurs de processus
- Indicateurs de résultats

Références bibliographiques

- Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt - Ministère des affaires sociales et de la santé - Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en EHPAD, mars 2014.
- Jean-Luc Novella - Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, rapport du 2 août 2012.

- HAS/Forap - le déploiement de la bientraitance : guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD, mai 2012.
- HAS - Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée, octobre 2000
- HAS - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, mai 2009.
- HAS - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge, décembre 2011.
- ANESM - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD : de l'accueil de la personne à son accompagnement (décembre 2010) ; le cadre de vie et la vie quotidienne (juin 2011) ; la vie sociale des résidents en EHPAD (décembre 2011) ; l'accompagnement préventif de la santé du résident (septembre 2012).
- Cclin - Maîtrise du risque infectieux en EHPAD, décembre 2011 (Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales).
- Circulaire DGCS du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur intervenant dans un EHPAD.
- CNAMTS-SYNERPA - Prévention des risques professionnels : guide de bonnes pratiques à destination des EHPAD, 2011.
- Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - DGS, DGCS, SFGG, octobre 2007.

AXE 4 : Réduire les inégalités sociales de santé

I. Contexte et enjeux

La France et les pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent des indicateurs de santé publique tels que l'allongement de l'espérance de vie, le recul de la mortalité infantile, etc. Cependant, non seulement les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable et sont plus substantiels pour les catégories sociales favorisées - par exemple, les cadres et les professions libérales ont gagné plus d'années de vie que les ouvriers³⁵ - mais les inégalités se creusent dès le plus jeune âge et se maintiennent tout au long de la vie.

L'état de santé d'une personne se caractérise donc par des interactions complexes entre plusieurs facteurs, individuels, socio-environnementaux et économiques, appelés déterminants sociaux de la santé, et il existe un lien entre cet état de santé et la position de chacun dans la hiérarchie sociale.

« Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres. Même si les écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée sont les plus grands, les épidémiologistes ont pu objectiver des écarts existant pour l'ensemble de la hiérarchie sociale. Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. Ce phénomène est résumé par le terme de « gradient social » des inégalités de santé. On peut dire que les inégalités sociales de santé sont des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux³⁶ ».

La synthèse du rapport de l'IGAS sur les inégalités sociales de santé (mai 2011)³⁷ cerne la problématique.

« Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Deux éléments sont importants dans cette définition. Tout d'abord, l'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Ensuite le fait que ces inégalités de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits.

« Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé. A côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires, des comportements individuels

³⁵ En 2008, en France, à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie réduite de sept ans par rapport à celle d'un cadre ou d'une personne exerçant une profession libérale. Les différences d'espérance de vie se doublent de différences en matière d'incapacité : à 35 ans, un ouvrier peut s'attendre à vivre 17 années avec au moins une limitation physique ou sensorielle alors qu'un cadre peut s'attendre à vivre 13 années avec ce problème.

³⁶ Marie-Josée Moquet, INPES, « Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples »

³⁷ « Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action » - Rapport établi par Marguerite Moleux, Dr Françoise Schaezel, Claire Scotton.

(consommation de tabac et d'alcool, alimentation, exercice physique...), les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, accès aux services publics essentiels) et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales sont les grandes catégories de déterminants les plus souvent identifiées. La façon dont ces déterminants se construisent et s'enchaînent renvoie à des modèles théoriques mais surtout, in fine, à des choix politiques en termes de justice sociale.

« Mettre en place une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé s'ancre dans un double constat. **Le premier est qu'améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas** puisque non seulement les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas, mais qu'elles tendent à s'aggraver (...). **Le second est que l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé.** En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se constitue en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus. »

Il faut ajouter que des dispositifs, comme certaines campagnes nationales de prévention, peuvent avoir pour effet d'accroître le gradient social du fait de leur appropriation par les populations les plus favorisées. En effet, il est démontré qu'une meilleure diffusion d'informations sur les comportements favorables à la santé profite généralement davantage aux catégories les plus éduquées, plus à même de comprendre et d'avoir les moyens de mettre en œuvre les recommandations. Les conséquences de campagnes d'information conduites sans distinction à destination de toutes les franges de la population peuvent alors conduire à une aggravation des inégalités préexistantes.

Tout programme de prévention doit s'interroger sur les difficultés, d'une part, de réduire les inégalités sociales de santé et d'accès aux services et aux soins et, d'autre part, de toucher les populations qui en ont le plus besoin, les plus fragilisées, celles qui cumulent faible revenu, faible niveau éducatif, méconnaissance des arcanes du système de santé et manque d'information. L'une des conséquences des inégalités d'accès aux services et aux soins est le non recours aux soins. Le renoncement aux soins est un phénomène complexe qui renvoie à la fois au « non recours aux soins » et aux « besoins de santé non satisfaits ». Le renoncement est bien sûr lié aux moyens (financiers - prix du soin et reste à charge -, sociaux, organisationnels, etc.) des personnes, mais s'avère également dépendant des représentations et des expériences vécues concernant le recours à la médecine. Il peut, en outre, traduire un manque de connaissances ou d'information.

A cet égard, le Chapitre III (Garantir l'accès aux soins) du Titre I du projet de loi de modernisation de notre système de santé est consacré à la lutte contre les inégalités sociales d'accès aux soins.

Il généralise le tiers-payant pour simplifier l'accès de tous à des soins de premier recours, dans un premier temps pour les bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) puis pour l'ensemble des assurés sociaux.

Il instaure un tarif social en optique, pour les soins dentaires et les audioprothèses.

Il renforce les mesures de prévention contre les refus de soins par la création, auprès de chaque ordre professionnel, d'observatoires des refus de soins.

Il met en place la médiation sanitaire qui vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations éloignées du système de santé.

Quant au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, il simplifie les démarches des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, ex « minimum vieillesse ») pour l'acquisition de l'aide à une complémentaire santé et prévoit le renouvellement automatique du crédit d'impôt déduit du montant annuel de la complémentaire santé.

La réduction des inégalités sociales de santé est un axe transversal qui doit être décliné dans les principales mesures opérationnelles du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie.

II. Mesure

Réduire les inégalités sociales de santé qui augmentent avec l'âge : améliorer les conditions de vie, d'accès aux services et aux soins des personnes âgées.

III. Actions

- Améliorer le repérage des personnes âgées socialement fragiles confrontées à une situation d'isolement (social, géographique, familial) par la mise en place d'une veille des acteurs/intervenants de proximité (facteurs, gardiens d'immeubles, commerçants, pharmaciens, CCAS, associations de proximité...) et par la réalisation d'une cartographie des personnes isolées (personnes sans présence familiale ou amicale géographiquement proche, bénéficiaires de l'ASPA, retraités issus de l'immigration, mal logés...) **Mesure 7** ;
- Déployer les observatoires des situations de fragilité, optimiser la programmation de leurs actions d'accès aux droits et de prévention auprès des personnes en situation d'isolement (veuvage, personnes seules), de précarité économique (bénéficiaires de l'ASPA ou exonérées de CSG ou sans complémentaire santé) ou nécessitant des parcours de soins attentionnés (ALD, absence de médecin traitant, non recours aux soins...) **Mesures 14 et 14 bis** ;
- Développer des actions de médiation sanitaire auprès des personnes âgées particulièrement vulnérables ;
- Réaliser des supports et des campagnes d'information pour les publics âgés en situation de précarité et/ou les plus éloignés de l'accès aux droits et aux services - **Mesure 14 bis** ;
- Améliorer et développer l'accès aux aides techniques et aux appareillages en ciblant les aides sur les personnes âgées à bas revenus - **Mesure 18** ;
- Développer la recherche et mieux comprendre son lien avec l'action : étude pour mieux comprendre la dimension économique des inégalités sociales de santé ; étude d'un état des lieux sur l'impact

des inégalités sociales sur la santé des personnes âgées - pour mémoire : action figurant **Mesure 27**.

IV. Outils et bonne pratiques

- Plan régional santé environnement (PRSE) et la réduction des inégalités environnementales et sanitaires (lutte contre l'habitat indigne) ;
- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- Contrats locaux de santé : géographie des besoins prioritaires et lutte contre les inégalités sociales de santé ;
- Couverture maladie universelle complémentaire (CMU C) et aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ;
- Programme de soutien psycho-éducatif Fil Mauve (aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).

V. Les métiers impactés

- Dirigeants et cadres, acteurs de la Protection sociale :
 - organismes de sécurité sociale,
 - services de l'Etat et des collectivités territoriales
 - établissements de soins
 - institutions de prévoyance complémentaire et d'assurance
 - associations

VI. Les opérateurs

- DGS, DGCS, DEAL, DGRP, DREES
- ARS, DRSCS
- Conseils départementaux et autres collectivités territoriales
- organismes de sécurité sociale
- INPES
- IRDES
- ORS

VII.. Evaluation

- Publication des données médico-économiques des observatoires des situations de fragilité référençant les inégalités sociales et territoriales de santé,
- Pourcentage d'allocataires de minima sociaux bénéficiaires des ateliers de prévention de la perte d'autonomie
- Pourcentage d'allocataires de minima sociaux bénéficiaires d'un financement d'aides techniques individuelles
- Nombre de supports d'information sur l'accès aux droits et services à destination des personnes âgées en situation de précarité.

Références bibliographiques

- IGAS, Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action, Rapport établi par MOLEUX,M, SCHAETZEL F., SCOTTON C., mai 2011
- HCSP, Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, décembre 2009
- Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'écologie, Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé : regards croisés en régions : de l'observation à l'action, janvier 2014
- INSEE, Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), Economie et statistique n°469-470, 2014
- IRDES, Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique, Questions d'économie de la santé n° 169, octobre 2011
- DREES, Renoncement aux soins pour raisons financières, Dossiers Solidarité et santé n°66, juillet 2015
- DREES, Le renoncement aux soins, Actes du colloque du 22 novembre 2011
- INPES, Inégalités sociales de santé: des déterminants multiples, MOQUET M.J. in La santé de l'homme n°397, septembre-octobre 2008
- ELBAUM M., Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2007
- MONTAUT A., DE RICCARDIS N., Inégalités sociales de santé et avancée en âge, revue ADSP n°73, décembre 2010
- RODE A., Le non recours aux soins des populations précaires. Constructions et réception des normes, Sciences Po Grenoble, mai 2010

Axe 5 : Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie

Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie

Enjeu n°9 : Faire de la formation des professionnels un levier transversal pour la mise en œuvre des autres mesures du plan de prévention

Mesures 24, 25 et 26 : Améliorer les compétences, renouveler les pratiques professionnelles, faire connaître les bonnes pratiques et les expérimentations en matière de formation dans les différents champs de la prévention de la perte d'autonomie

I. Contexte et enjeux

L'accompagnement des personnes en perte d'autonomie mobilise une très grande diversité de professionnels : professionnels du soin (médecins, infirmières, aides soignants, autres professionnels paramédicaux...), professionnels du travail social (auxiliaires de vie, aides médico-psychologiques, assistantes sociales...) mais aussi professionnels de l'animation et de l'aide à domicile. D'autres catégories d'intervenants mériteraient par ailleurs d'être davantage sollicitées pour participer à des stratégies de prévention et d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées : professionnels du sport, de la culture, de l'habitat, de l'animation, bénévoles...

S'agissant des professionnels du travail social, si la question de l'accompagnement de la perte d'autonomie est depuis longtemps intégrée dans les cursus de formation initiale car constitutive du cœur de métier des professionnels de l'accompagnement, celle plus spécifiquement liée à la prévention de la perte d'autonomie est aujourd'hui plutôt développée dans les parcours de formation continue.

S'agissant des professionnels du soin, la perte d'autonomie, quelle qu'elle soit, fait aussi partie intégrante des enseignements en formation initiale.

Ainsi, concernant les professionnels paramédicaux, la réingénierie en cours de certains diplômes permet d'approfondir ce domaine et de le décliner dans les programmes, sous la responsabilité des équipes pédagogiques des établissements de formation. A titre d'exemple, cette question - traitée notamment dans le cadre de la formation initiale des aides-soignants par le biais de modules d'enseignement relatifs, d'une part, à l'accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne à tous les âges de la vie et, d'autre part, à la relation et à la communication avec les personnes soignées dont les personnes âgées - doit être développée dans le cadre de la réingénierie des diplômes d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

Concernant les médecins, le programme des premier et deuxième cycles des études médicales a fait l'objet d'une révision dans le cadre de l'insertion de cette formation dans l'architecture européenne des études supérieures (LMD).

L'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales qui en découle prévoit une unité d'enseignement dédiée aux « Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement ». Elle comprend notamment des items relatifs au vieillissement normal (prévention du vieillissement pathologique, principes de la prévention des maladies et des troubles dont l'incidence augmente avec l'âge...), à l'autonomie et à la dépendance chez le sujet âgé (évaluation du niveau d'autonomie et de dépendance du sujet âgé, dépistage des facteurs de risque de perte d'autonomie et argumentation des mesures préventives à mettre en œuvre). L'étudiant de deuxième cycle doit ainsi connaître les caractéristiques du vieillissement humain normal et pathologique et les aspects spécifiques des maladies des personnes âgées.

L'accent est également mis sur l'acquisition des compétences génériques. A la fin du deuxième cycle des études médicales, un étudiant doit ainsi utiliser son savoir médical pour analyser une situation clinique et dispenser des soins dans une approche centrée sur les patients. Il doit être en mesure d'échanger de manière dynamique avec le patient et son entourage et de collaborer avec les différents professionnels du système de santé.

Enfin, le troisième cycle des études de médecine intègre la problématique de la perte d'autonomie dans le cadre du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de gériatrie, diplôme qualifiant. Le rapport Couraud-Pruvot de juin 2015 sur la réforme du troisième cycle des études médicales propose la création d'un DES de gériatrie à partir du DESC 2 de gériatrie pour former les spécialistes de deuxième recours.

La formation continue, au travers notamment du développement professionnel continu et de la formation professionnelle tout au long de la vie, s'appuie sur les axes prioritaires définis par le ministère de la santé. On peut relever notamment plusieurs programmes prioritaires qui ont été définis pour 2015 :

- N°18 : Contribution au plan « métiers de l'autonomie » : accompagnement de l'avancée en âge des personnes handicapées en établissement médico-social et social
- N° 24 : Parcours de soins des personnes âgées à risque de perte d'autonomie (action reconduite)
- N°28 : Interfaces « ville-hôpital » : la sortie du patient hospitalisé (action reconduite)

Par ailleurs, sont expérimentées dans 9 régions pilotes des actions de DPC au titre du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) suivies en groupe pluri-professionnel.

Les travaux conduits dans le cadre des Etats généraux du travail social, et plus particulièrement ceux réalisés par le groupe de travail national dédié à la formation initiale et continue des travailleurs sociaux, ont montré que si les formations sociales initiales devaient certainement évoluer pour tenir compte des orientations nouvelles des politiques sociales, il était important de se doter de nouveaux leviers pour mieux coordonner les priorités de la formation continue.

En effet, c'est tout au long de leur vie professionnelle que les intervenants auprès des personnes âgées doivent pouvoir faire évoluer leurs compétences et leurs pratiques et c'est la qualité des connaissances, des pratiques et des formations qui détermine largement la qualité des accompagnements.

Ainsi, des questions de formation à la prévention de la perte d'autonomie émerge un triple enjeu :

- pour les personnes âgées, l'enjeu réside dans l'assurance de vivre plus longtemps dans un environnement social et matériel sécurisé ;
- pour les professionnels de l'accompagnement, il serait de pouvoir tirer partie du principe de « formation tout au long de la vie » pour renouveler leurs pratiques professionnelles et intégrer les enjeux nouveaux de la prévention de la perte d'autonomie ;
- pour les employeurs, prestataires de services d'aide à domicile ou d'hébergement, le soutien au développement des compétences et à la qualité d'intervention des professionnels qui accompagnent les personnes en perte d'autonomie constitue un facteur favorable de développement économique.

Ces enjeux rejoignent les priorités de la stratégie nationale de santé (SNS) dont la prévention constitue un des piliers et la formation des professionnels un axe prioritaire d'amélioration.

Ainsi, la formation des professionnels doit-elle constituer un levier transversal pour la mise en œuvre de l'ensemble des autres mesures du présent plan. Si elle fait l'objet d'une rubrique spécifique, c'est simplement pour faciliter la compréhension de la stratégie globale en la matière et non pour en faire une mesure « à part ».

II. . Mesures

- Améliorer et renforcer les compétences de l'ensemble des professionnels intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées, pour prendre en compte l'approche préventive dans le maintien, la réhabilitation ou la préservation de l'autonomie des personnes. **Mesure 24**
- Renouveler les pratiques professionnelles et intégrer les enjeux nouveaux de la prévention de la perte d'autonomie dans leur culture professionnelle. **Mesure 25**
- Diffuser et faire connaître les guides, les bonnes pratiques et les expérimentations en matière de formation des professionnels réalisés dans les différents champs de la prévention de la perte d'autonomie. **Mesure 26**

III. Actions

* Mesure 24 :

- Intégrer la problématique de la préservation de l'autonomie et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie dans le nouveau diplôme d'accompagnant (niveau V) en cours de définition (mise en œuvre : année scolaire 2015-2016) ;
- Intégrer cette problématique chaque fois que pertinent à l'occasion de la révision des référentiels des autres formations en travail social ;
- Intégrer cette problématique dans le référentiel d'activités-compétences-formation au cours de la réingénierie des diplômes AS/AP ;
- Etendre aux métiers de rééducation mesure prévue dans le projet de loi de santé pour développer les stages en ambulatoire des étudiants infirmiers ;
- Préconiser, dans les unités optionnelles prévues pour les formations paramédicales, des thématiques sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ;
- Sensibiliser les directeurs d'unité de formation et de recherche de médecine à cette problématique afin qu'ils renforcent les enseignements qui lui sont dédiés au cours du deuxième cycle des études ;
- Sensibiliser les directeurs d'unité de formation et de recherche de médecine et les coordonnateurs nationaux du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale et du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de gériatrie afin de prévoir ou de renforcer les enseignements théoriques sur cette thématique ;

* Mesure 25 :

- Développer les formations continues en intégrant les thématiques de la préservation de l'autonomie et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie dans les priorités nationales des politiques de formation professionnelle et en soutenant financièrement la politique de formation continue (convention section IV de la CNSA, EDEC) ;
- Faire figurer dans les orientations du DPC au titre de la politique de santé publique la formation des professionnels au repérage et à la prévention de la perte d'autonomie
- Prendre en compte la problématique de suivi des aidants dans le développement professionnel continu (DPC) ;
- Intégrer dans les priorités de la formation continue des professionnels le développement des formations interprofessionnelles / interinstitutionnelles, ainsi que les co-formations avec les personnes concernées et leurs familles ;

- Développer dans les priorités de formation continue des professionnels de santé, l'approche coordonnée et systémique de la prise en charge des personnes âgées au sein des établissements de santé, visant à prévenir la perte d'autonomie à l'issue de l'hospitalisation ;
- Développer la formation des cadres intermédiaires sur les thématiques de la prévention de perte d'autonomie ;
- Former les soignants à promouvoir, dans le parcours de santé, une pratique d'activité physique des seniors adaptée à leur état de santé (programme de travail 2015 de la HAS) ;
- Former les professionnels de premier recours au repérage des personnes âgées fragiles (DPC, formation continue) ;
- Renforcer la formation des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat ; renforcer la formation des écoutants téléphoniques ;
- Former les acteurs locaux à la démarche « Ville amie des aînés » ;
- Sensibiliser et former les personnels de «premier rang» intervenant à domicile et en établissement (IDE, MK, diététiciens, AS, ASH, AVS, AMP et aides à domicile) :
 - à la prévention de la dénutrition
 - au repérage des personnes âgées fragiles
 - à une meilleure appréhension des questions liées à la dépression et à la fin de vie
 - à la prévention de l'accompagnement des troubles sensoriels
 - aux bienfaits de l'activité physique sur la santé et la prévention des chutes.

*** Mesure 26 :**

- Expérimenter des ingénieries de formation complémentaire pour contribuer à l'évolution des pratiques professionnelles (accompagnement pour capitaliser et déployer des contenus pédagogiques) ;
- Expérimenter des techniques innovantes pour la transmission des savoirs au sein des structures ;
- Développer des parcours de formation pour favoriser les passerelles intersectorielles.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé des "Guide nutrition à partir de 55 ans" et "Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées"
- Formation des aides à domicile au repérage des personnes âgées fragiles (programme de formation du gérontopôle de Toulouse en partenariat avec le SIAS - syndicat intercommunal d'action sociale - Escaliu ; programme de formation des aides à domicile de la ville de Blagnac)
- INPES : référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, Repérage, - Accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, mars 2014
- Guide pratique Journée nationale de l'audition (JNA) « mieux entendre et communiquer même au grand âge » - décembre 2014

V. Métiers impactés

- Personnels soignants, médicaux et paramédicaux, et personnels d'intervention à domicile et en établissements
- Cadres intermédiaires
- Médecins coordonateurs

VI. Les opérateurs

- Branches professionnelles
- Etablissements de formation en travail social
- OPCA
- Caisses de retraite
- Institutions mutualistes
- Organismes de formation
- CNSA, Pôle emploi

VII. Evaluation

- Nombre de formations relatives à la prévention de la perte d'autonomie (source : rapport d'activité des OPCA)
- Nombre de nouveaux diplômés en accompagnement (niveau V - source : DGCS)

Références bibliographiques

- INPES - Les sessions de préparation à la retraite. Un enjeu citoyen ; coll. Santé en action, 2011,
- Le référentiel de bonnes pratiques de l'INPES : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, s'adresse aux professionnels de santé et aux intervenants médico-sociaux auprès des personnes âgées. Il leur donne des conseils de prévention et leur propose d'en être le relais auprès de leurs patients âgés.

Axe 6 : Développer la recherche et l'évaluation des stratégies

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 (maladies et traitements) que le domaine social, l'environnement ainsi que l'organisation des réponses apportées.

Il convient d'approfondir la connaissance des déterminants de la perte d'autonomie, en améliorant la connaissance des liens entre pathologies, fragilité et dépendance, sans oublier l'incidence du cadre de vie dans cette approche.

« L'avancée en âge » n'est pas de même nature pour toutes les personnes. Les différences des besoins observées entre un septuagénaire et un nonagénaire incitent à encourager des travaux scientifiques et universitaires faisant référence à des groupes d'âge plus conformes aux réalités observées.

La promotion d'une recherche pluridisciplinaire est un objectif qui ne peut être atteint qu'en rapprochant deux mondes trop souvent distants : les sciences médicales d'une part et les sciences humaines et sociales d'autre part. Le croisement des disciplines, par les interfaces qui en résultent, sont source d'un enrichissement qu'il faut savoir saisir. Ainsi, la recherche est en mesure de contribuer à la transversalité des plans de santé publique.

On peut résumer ces différentes actions de la recherche par les verbes : mieux connaître, expérimenter, mais aussi évaluer. L'évaluation des stratégies mises en place ne doit pas être oubliée.

Enfin, la France doit assurer un suivi des recherches conduites en Europe et dans le monde, en y inscrivant sa contribution.

Deux enjeux, donc, en matière de recherche :

- Développer la recherche sur les facteurs de risque de la fragilité et de la dépendance et donner un nouvel élan à la recherche sur la prévention du risque de démence;
- Renforcer le rôle d'interface et d'intermédiation du groupement de recherche longévité et vieillissement entre les chercheurs et entre les chercheurs et les instances décisionnelles.

Développer la recherche

Enjeu n° 10 : Développer la recherche sur les facteurs de risque fragilité et dépendance et donner un nouvel élan à la recherche sur la prévention du risque de démence

Mesures 27 et 28 : Développer la recherche sur les facteurs de risque fragilité dépendance en vue de construire les actions et les organisations optimales pour leur prise en charge et donner un nouvel élan à la recherche sur la perte d'autonomie et les démences

I. Contexte et enjeux

La recherche épidémiologique à partir de cohortes en population permet de mettre en évidence les facteurs de risque de la dépendance et d'orienter la prévention. Elle relève d'études longues et coûteuses mais indispensables.

L'étude PAQUID a fourni les premières estimations de prévalence, d'incidence et de durée de la maladie d'Alzheimer, a montré que la maladie était la principale cause de dépendance du sujet âgé. Elle a objectivé que le déclin cognitif débute plus de dix ans avant le stade clinique de démence. Des facteurs de risque ont été identifiés (âge, sexe, niveau d'études, gène apoE4) et des facteurs protecteurs (nutritionnels).

L'étude dite des trois cités (étude 3C) a été lancée en 1996 avec le recrutement de plus de 9 000 personnes de 65 ans et plus pour étudier la relation entre les facteurs de risque vasculaire et les démences. Elle a déjà fourni quelques résultats comme en matière de nutrition, avec la démonstration d'un moindre risque de démence chez les consommateurs d'une alimentation riche en fruits, légumes et acides gras oméga 3.

La cohorte AMI explore plus particulièrement les pathologies associées au vieillissement des retraités du secteur agricole.

La cohorte Memento, constituée à partir du recrutement des centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR), a été lancée en 2011 avec l'objectif d'étudier l'évolution des signes précoces et les déterminants des transitions vers le stade de démence, la maladie d'Alzheimer préclinique, la vitesse du déclin cognitif, la perte d'autonomie, l'institutionnalisation, le décès, les événements cardiovasculaires, la qualité de vie.

La cohorte Constances, plus généraliste et incluant 200 000 sujets de 18 à 69 ans, est par ailleurs exploitée pour la recherche de facteurs déterminant un vieillissement réussi.

La cohorte GAZEL, mise en place en 1989 avec la participation 20 000 agents d'EDF-GDF, recueille également des données contributives en termes de facteurs de risque, comportements, morbidité, consommation de soins, causes de mortalité.

L'enquête européenne SHARE fournit quant à elle des données indicatives sur la fragilité.

Conduite tous les deux ans par l'IRDES depuis 1988, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) explore les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. En 2012, l'enquête ESPS a interrogé plus de 8 000 ménages et près de 23 000 individus. L'ESPS 2012 a exploré la mesure de la fragilité des personnes âgées dans les enquêtes ESPS et SHARE ainsi que les déterminants de la demande d'assurance du risque de dépendance.

La recherche clinique permet d'évaluer et d'orienter le choix des actions thérapeutiques et des interventions préventives. La prévention et la prise en charge précoce des facteurs de risque de la dépendance reposent sur des interventions de prévention et de promotion des comportements favorables à la santé dès l'âge adulte. La recherche clinique gériatrique permet d'orienter une prévention primaire plus tardive, comme le repérage et la prise en charge de la fragilité, ainsi que la prévention secondaire et tertiaire.

60 projets de recherche en gériatrie sélectionnés dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) pilotés par la DGOS ont été financés entre 2010 et 2014 (15 PHRC nationaux, 12 PHRC cancer, 15 PHRC interrégionaux, 5 PHRIP sur la recherche infirmière et paramédicale, 11 PREPS sur la performance du système de soins, 2 PREOHOS sur la qualité hospitalière).

La recherche clinique sur le vieillissement repose sur une approche interdisciplinaire permettant d'aborder toute la complexité du sujet, une co-construction des projets entre des acteurs de différentes disciplines, ce qui la rend difficile à mettre en œuvre. Le rapprochement entre les cliniciens gériatres et les chercheurs d'autres disciplines est indispensable pour mener à bien toute recherche sur le vieillissement et une recherche clinique de haut niveau.

La gériatrie est une spécialité jeune et de nombreuses équipes sont encore dans la phase d'installation des structures et des filières de soins nécessaires à cette discipline. Néanmoins, des initiatives intéressantes et ambitieuses en matière de recherche ont vu le jour et augurent de perspectives intéressantes pour les années à venir en matière de recherche clinique dans ce domaine. Plusieurs équipes françaises ont ainsi obtenu des financements dans des appels d'offre compétitifs (ANR, Europe), avec une évolution marquée pour un intérêt croissant porté à la question du vieillissement en tant que processus plutôt qu'à la question spécifique de l'état de santé des personnes âgées.

Les structures qui abordent la question du vieillissement dans toutes ses dimensions sont peu nombreuses au niveau national³⁸ et les communications entre les différents chercheurs (fondamentaux, cliniques, sociaux, santé publique) insuffisantes. Ces structures pourraient être renforcées pour relever les défis en matière de vieillissement. Alors que la recherche fondamentale se doit d'être internationale, la recherche en santé publique et sur l'organisation des systèmes de soins et de prise en charge doit avoir une composante nationale indispensable à la prise en compte des spécificités en matière d'organisation des soins. Elle peut être comparatiste.

38 Notamment les unités INSERM U897 de Bordeaux et U1027 de Toulouse

Des gérontopôles à vocation régionale se sont créés ces dernières années, pour fédérer autour d'une même structure des équipes de recherche et des cliniciens afin de dynamiser la recherche, la prévention et de promouvoir les actions favorables à la santé des personnes âgées. Ces structures peuvent constituer un formidable carrefour, où se rencontrent des acteurs d'origines diverses travaillant dans le domaine du vieillissement. Les gérontopôles d'ores et déjà constitués ne sont ni des unités de recherche, ni des structures de soins, mais des pôles de compétences jouant le rôle de catalyseur d'initiatives, impulsant des dynamiques nouvelles ou renforçant des dynamiques peu explorées autour du vieillissement. L'opportunité d'un réseau de gérontopôles comme il en existe dans d'autres domaines est soulevée par les professionnels. Un tel réseau pourrait faciliter le transfert de connaissances et de compétences et permettre à la France de se placer à un niveau plus compétitif en matière de recherche sur le vieillissement. Les gérontopôles constitutifs de ce réseau pourraient développer des rôles très spécifiques et complémentaires, de façon à éviter une dilution des forces et une certaine redondance dans les recherches, à favoriser et organiser les échanges entre eux. A côté de ce réseau de gérontopôles, l'organisation de réseaux de laboratoires de recherche dédiés à l'étude du vieillissement permettrait le développement de recherches d'envergure. En France, l'excellence en matière de recherche sur le vieillissement existe mais elle est morcelée et un tel réseau pourrait contribuer à améliorer la cohérence de cette recherche et la visibilité de la France au niveau international.

Les maladies neuro-dégénératives, parmi lesquelles les démences, relèvent de l'axe recherche du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Ce nouveau plan maladies comprend un axe fort dédié à la recherche. Il vise la coordination des recherches en neurosciences entre les recherches amont, préclinique, clinique, épidémiologique et les recherches en sciences humaines et sociales dans le domaine des maladies neuro-dégénératives. Les actions de ce nouveau plan doivent ainsi permettre de dynamiser la recherche sur les démences et les déficiences cognitives.

Les projets pilotes PAERPA, destinés aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie (voir la fiche ad hoc 4.2), expérimentent des parcours de soins coordonnés avec l'objectif de limiter les hospitalisations évitables et les ruptures de parcours, facteurs de perte d'autonomie. Leur évaluation doit conduire à mesurer l'amélioration des prises en charge et les gains d'efficacité obtenus. Ainsi, l'évaluation d'impact des projets pilotes PAERPA contribuera au recueil de données médico-économiques pour orienter les modes d'organisation pour la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

La recherche en sciences humaines et sociales (SHS) fait l'objet d'une coordination particulière (voir la fiche 29 sur le Groupement de Recherche longévité et vieillissements).

L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) réalise des enquêtes « Baromètres santé », abordant les comportements et attitudes de santé des Français. Une analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 fait plus particulièrement le point sur le comportement, les attitudes et les connaissances en santé des 55-85 ans. Les résultats de cette analyse doivent contribuer à l'évolution des stratégies de prévention et de promotion de la santé à destination des seniors.

Les enquêtes Pratiques et Usages en Gériatrie et en Gérontologie (PUGG) de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) concourent par ailleurs chaque année depuis 2011 à dresser un état des lieux des pratiques hospitalières gériatriques dans différents domaines (antivitamine K en 2011, traitement antidiabétique en 2012, prise en charge de l'insuffisance cardiaque en 2013, onco-gériatrie en 2014, nutrition en 2015).

La SFGG anime également des groupes de travail SFGG dans de nombreux domaines (comme les soins palliatifs, en partenariat avec la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, la cardio-gériatrie, en partenariat avec la Société Française de Cardiologie, la diabéto-gériatrie, en partenariat avec l'Alfédiem, la neuro-gériatrie, en partenariat avec la Société Française de Neurologie, la rhumatologie ...).

Ces groupes de travail contribuent à une meilleure connaissance des maladies du sujet âgé, tout en identifiant des mesures préventives.

II. Mesures

- Développer la recherche, y compris la recherche paramédicale (PHRIP), sur les facteurs de risque de la fragilité et de la dépendance en vue d'orienter les actions et les organisations optimales à leur prise en charge - Mesure 27.
- Donner un nouvel élan à la recherche sur la prévention de la perte d'autonomie et du risque de démence Mesure 28.

III. Actions

* Mesure 27 :

- Favoriser les recherches sur les facteurs de risque de perte d'autonomie, l'efficacité du repérage de la fragilité et l'efficacité des interventions multi-domaines pour le maintien de l'autonomie, à partir notamment de la cohorte de l'hôpital de jour de la fragilité du gérontopôle de Toulouse ou d'autres cohortes existantes ;
- Développer les programmes de recherche sur l'activité physique et la personne avançant en âge (études médico-économiques, évaluation des protocoles de bonnes pratiques d'APS, APS et fragilité...)
- Participer à l'évaluation et à la diffusion des nouvelles aides techniques en intégrant le CNR Santé désormais dénommé FRANCE SILVER ÉCO et en s'associant à ses travaux ;
- Promouvoir le développement de la recherche sur la dépression et ses risques chez les personnes âgées;
- Développer la recherche sur les inégalités sociales de santé : étude pour mieux comprendre leur dimension économique / étude état des lieux sur l'impact des inégalités sociales sur la santé des personnes âgées;
- Mise en œuvre des mesures portant sur la recherche du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (PMND 2014-2019)

Le plan permettra une intégration de toutes les composantes de la recherche sur les maladies neuro-dégénératives et la coordination des activités de recherche grâce à la mise en place d'un comité de pilotage recherche (mesure 60).

La mesure 62 vise l'identification et la labellisation au niveau régional de centres d'excellence en enseignement et recherche assurant un continuum soins-recherche pour les maladies neuro-dégénératives. La mission de ces centres d'excellence sera notamment de développer la recherche préclinique et la recherche clinique sur les troubles cognitifs.

La mesure 63 doit assurer l'implication des plateformes, cohortes et instruments dédiés à la recherche et coordonner leurs actions.

La participation de la France à l'initiative européenne de programmation conjointe de recherches sur les maladies neuro-dégénératives (Joint Programming to combat neurodegenerative diseases) sera poursuivie (mesure 65), ainsi que l'implication de la France dans l'initiative internationale « Global action against dementia ») (mesure 66).

Un enjeu du plan est de mieux comprendre les maladies neuro-dégénératives et leurs déterminants pour prévenir leur apparition et ralentir leur évolution. L'exploration des cohortes sera affinée en vue d'identifier les facteurs de susceptibilité et des indicateurs (biologiques et sociaux) pour les caractériser. Le plan contribuera à l'amélioration de la qualité des données recueillies, à une meilleure coordination des études de cohorte et optimisera leur exploitation ; des e-cohortes, avantageuses en termes de délai et de coût, seront développées (mesures 70, 71, 72).

Le plan prévoit la pérennisation et l'amélioration du recueil des données alimentant la banque nationale Alzheimer (BNA) en vue de son exploitation épidémiologique (mesure 16).

*** Mesure 28 :**

- Inciter les gérontopôles (ou d'autres dispositifs et leurs réseaux) à structurer leurs actions pour mieux asseoir et coordonner la recherche clinique en gériatrie et plus particulièrement la recherche sur la prévention de la perte d'autonomie. L'avantage de ces structurations devrait être la constitution de réseaux d'investigateurs.
- Inciter les équipes à mobiliser les financements de la recherche clinique sur la prévention de la perte d'autonomie

La recherche clinique sur la prévention de la perte d'autonomie rentre en 2015 et 2016 dans le champ des appels à projet du ministère des affaires sociales et de la santé sur les programmes de recherche, tant au titre de la recherche clinique classique que de la recherche médico-économique, la recherche sur la performance du système de soins et la recherche en soins paramédicaux. Conformément à la stratégie nationale de santé, la recherche en

soins primaires constitue une priorité de tous les programmes. Cette orientation prioritaire favorise la recherche relative au repérage et à la prise en charge précoce des problèmes de santé et leurs facteurs de risque en secteur ambulatoire, comme ce doit être le cas de la fragilité des personnes âgées.

- Evaluer l'impact médico-économique des projets pilotes PAERPA (pour mémoire : cette évaluation est incluse dans le cahier des charges PAERPA).

IV. Outils et bonnes pratiques

Pas d'outils spécifiques, hormis les « guidelines » de la recherche clinique pour tous les domaines et les bonnes pratiques en épidémiologie.

V. Métiers impactés

- Professionnels de santé
- Professionnels de la recherche

VI. Les opérateurs

- DGS, DGOS, DGRI, DREES
- ARS, établissements de santé et établissements et services médico-sociaux (ESMS)
- Alliances AVIESAN et ATHENA

VI bis. Le calendrier

- Déploiement des actions recherche du PMND sur 2014-2019
- Evaluation d'impact du PAERPA prévue pour 2016-2017

VII. Evaluation

Le PMND 2014-2019 fera l'objet d'une évaluation spécifique.

Références bibliographiques

- Journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) (<http://www.sfgg.fr/missions/sessions-scientifiques/fmc>).
- Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. INPES, 2014 (<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportements-sante-55-85/index.asp>).
- Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf).
- PAERPA (parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) (<http://www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>).

- Instruction n° DGOS/PF4/2014/349 relative au programme de recherche sur les soins et l'offre de soins, pour l'année 2015 (<http://www.sante.gouv.fr/l-innovation-et-la-recherche-clinique.html>)

Développer la recherche

Enjeu n° 12 : Renforcer le rôle d'interface et d'intermédiation du groupement de recherche longévité et vieillissement entre les chercheurs et entre les chercheurs et les instances décisionnelles

Mesure 29 : Valoriser le rôle d'interface et d'intermédiation du GDR longévité et vieillissement pour renforcer la communauté française des chercheurs en sciences humaines et sociales (SHS) sur les questions liées au vieillissement

I. Contexte et enjeux

Parmi les principaux défis auxquels la France et l'Union européenne ont à faire face aujourd'hui figurent les transitions démographiques en cours qui allongent la durée de la vie des adultes en ajoutant de plus en plus fréquemment un « quatrième » âge à la vie et modifient profondément la composition par âge de la population au profit des catégories les plus âgées.

Pour pouvoir mieux faire face aux défis associés à ces transitions et mieux profiter des opportunités qu'elles offrent, les travaux de recherche en Sciences Humaines et Sociales (SHS) sur le vieillissement sont nombreux en France, à l'initiative des chercheurs des universités, des Établissements Publics à caractère scientifique et technique (EPST), des organismes de protection sociale, d'associations ou de fondations. Un travail de recensement et de cartographie mené par la CNAV en 2012 permet d'avoir une vision exhaustive des centres de recherche.

Plus de 90 équipes de recherche investiguent la thématique du vieillissement dans différents cadres disciplinaires et sur des thèmes et des échelles variés.

Malgré leur qualité, la dispersion des travaux et le cloisonnement des équipes sont notables : sur les 480 chercheurs recensés en France entière, 75 % sont réunis dans des centres regroupant moins de 4 chercheurs travaillant sur les thématiques du vieillissement et peu en pluridisciplinarité.

La dispersion des équipes en SHS et le petit nombre de chercheurs au sein de chaque équipe réduisent la mutualisation et la capitalisation des connaissances d'une part, et, d'autre part, les capacités de réponse aux appels à projets en constituant des équipes pluridisciplinaires de taille suffisante, en particulier dans une perspective européenne.

Le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a demandé de mettre en place une coordination des équipes de recherche sur le vieillissement. C'est pourquoi le Groupement de recherche multi-organismes Longévité et vieillissements a été créé par le CNRS en janvier 2014 pour une période de 4 ans renouvelable.

II. Mesure

Le GDR joue un rôle d'interface et d'intermédiation, entre les chercheurs ainsi qu'entre les chercheurs et les instances décisionnelles. **Il convient de valoriser ce rôle de façon à :**

- renforcer la communauté française des chercheurs en SHS travaillant sur les questions liées au vieillissement, en favorisant les collaborations pluridisciplinaires entre les équipes et en créant des conditions pour des réponses plus adaptées aux futurs appels à projet nationaux et européens ;
- renforcer la participation des équipes françaises aux appels à projets nationaux et européens (notamment au nouveau programme européen Horizon 2020 et à la programmation commune More years, Better lives) ;
- développer l'utilisation et l'analyse des bases de données déjà existantes telles que celles de SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), GGP (Generations and Gender Programme), EHLEIS (European Health and Life Expectancy Information System)....

III. Actions

La mission de coordination de la recherche en SHS sur le vieillissement est mise en œuvre à partir d'un programme d'actions décliné en trois axes structurants : l'accès à une information ciblée, le soutien dans les réponses aux appels à projets, le partage et l'échange avec les différentes journées scientifiques du GDR (journées méthodes, données, thématiques et annuelles).

- Renforcer l'accès à une information ciblée

À partir d'activités de veille, le GDR fait circuler les informations sur les appels à projets, les événements scientifiques et les travaux de recherche.

Cette action s'appuie sur la lettre d'information du GDR « Recherche sur le vieillissement » et la mise en œuvre en cours d'un site internet dédié permettant d'accéder facilement aux ressources et aux travaux produits par les équipes SHS dans le champ « vieillesse et vieillissements ».

- Soutenir la réponse aux appels d'offres et aux appels à projets

Le GDR apporte un appui méthodologique par l'alimentation d'une base de données et la production de notes d'analyse et de synthèse des appels à projets nationaux et européens.

Il met également en place des séminaires de travail dédiés à un appel à projet spécifique (français ou européen) réunissant des équipes qui souhaitent déposer une réponse commune.

- Partager et échanger lors des journées scientifiques du GDR

Le GDR organise différents types de journées qui visent à constituer un espace de rencontre et d'échanges sur les questions fondamentales de la gestion des âges de la vie, des parcours de vie, des échanges intergénérationnels, des fins

de carrières, des retraites, du rôle des seniors dans la société, du déclin fonctionnel et de la perte d'autonomie, de l'aide, etc. en France et en Europe.

Des journées « Méthodes » présentent différents outils de recherche qualitatifs et quantitatifs de façon à diffuser la connaissance et l'utilisation ainsi qu'à capitaliser et mutualiser sur les expériences en termes d'avantages et d'inconvénients.

Des journées « Données » portent sur la présentation des grands outils d'enquêtes, de cohortes, etc. (tels que SHARE, PAQUID, 3C, EVA, Constances...) afin d'en faire connaître l'existence aux équipes françaises et de favoriser le développement de travaux sur la base de ces ressources.

Des journées scientifiques annuelles favorisent la confrontation des travaux et enseignements autour de thématiques d'actualité en dépassant les champs disciplinaires des participants.

IV. Outils et bonnes pratiques

Au sein du GDR, les parties prenantes mettent en place une gouvernance pluri-organismes et participative.

Le GDR est une structure opérationnelle dont les structures membres participent scientifiquement, financièrement et/ou en nature au programme d'action du GDR défini et mis en œuvre collectivement par elles. Ainsi, les membres du GDR :

- formulent des propositions de thèmes scientifiques,
- participent à la mise en œuvre des événements scientifiques,
- contribuent à l'alimentation du site du GDR,
- communiquent et échangent dans la lettre d'information et dans leurs propres lettres d'information, etc.

V. Métiers impactés

- Professionnels de la recherche en sciences humaines et sociales
- Professionnels de santé
- Universitaires
- Documentalistes

VI. Les opérateurs

Le GDR Longévité et vieillissements est codirigé par les Professeurs Jean-Marie ROBINE (CERMES3/UMR 8211/CNRS, Inserm, EHESS, Paris Descartes et Unité 710/Inserm, Université Montpellier 2, EPHE) et Marie-Eve JOËL (LEDA-LEGOS/Université Paris-Dauphine).

Il rassemble actuellement quatorze équipes mixtes appartenant à diverses universités, établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) (CNRS, INSERM, INED) et à des Caisses de protection sociale (CNAV),

dans différentes disciplines (économie, sociologie, démographie, épidémiologie, santé publique, etc.) des SHS dans le champ du vieillissement :

- Centre de Recherche « Individus, Épreuves, Sociétés », « CeRIES »/EA 3589/Université Lille 3,
- Centre de Recherche « Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société », « CERMES3 »/UMR 8211/CNRS, Université Paris Descartes, Inserm, EHESS,
- Centre de recherche en Épidémiologie, « CESP »/Équipe 11/Inserm,
- Centre de Recherches sur l'Action Politique en Europe, « CRAPE »/UMR 6051/CNRS, Université de Rennes 1, IEP de Rennes et EHESP,
- « Éthique, Politique, Santé »/EA 4569, Université Paris Descartes,
- Équipe « Modes, espaces et processus de socialisation », « MEPS »/Centre Max Weber, « CMW »/UMR 5283/CNRS, Université Lyon 2, Université Jean Monnet, ENS Lyon,
- Groupement de Recherche en Économie Quantitative d'Aix-Marseille, « GREQAM »/UMR 7316/ CNRS, Université Aix-Marseille, EHESS, École Centrale de Marseille,
- Institut national d'études démographiques, « INED »,
- Labex « Finance et Croissance durable »/Institut Louis,
- Laboratoire d'Économie et de Gestion des Organisations de Santé, « LEGOS »/EA 4404/Université Paris-Dauphine,
- Laboratoire Lorrain des Sciences Sociales, « 2L2S »/EA 3478/Université de Lorraine,
- « Sciences Économiques & Sociales de la Santé & Traitement de l'Information Médicale », « SESSTIM »/UMR 912/Inserm, IRD, Université Aix-Marseille,
- écanismes Moléculaires dans les Démences Neuro-dégénératives, « MMDN »/UMR S 710/Inserm, Université Montpellier 2, EPHE,
- Unité de recherche sur le vieillissement, « URV »/Direction Statistiques, Prospective et Recherche/CNAV.

Le GDR est une instance appelée à se développer avec d'autres partenaires universitaires et EPST d'une part, et, d'autre part, à être ouverte à d'autres disciplines des SHS dans le champ du vieillissement.

VI bis. Le calendrier

Calendrier 2014

- Juin 2014 : Diffusion Lettre d'information « Recherche sur le vieillissement » n° 1

- Juin 2014 : Journée « Méthodes » - La micro-simulation dans tous ses états
- Septembre 2014 : Séminaire - Programme Horizon 2020, Nouvelles technologies et empowerment
- Octobre 2014 : Journée « Données » - SHARE, comme outil d'aide à la décision publique
- Novembre 2014 : Diffusion Lettre d'information « Recherche sur le vieillissement » n°2
- Décembre 2014 : Journée scientifique annuelle - Vieillissements et transformations du marché du travail

Calendrier prévisionnel 2015

- Février 2015 : Diffusion Lettre d'information « Recherche sur le vieillissement » n°3
- Mai 2015 : Ouverture du site du GDR
- Mai 2015 : Diffusion Lettre d'information « Recherche sur le vieillissement » n°4
- Mai 2015 : Journée « Méthodes » - Les enquêtes biographiques
- Septembre 2015 : Séminaire sur un programme européen (programmation européenne en cours)
- Septembre 2015 : Diffusion lettre d'information n°5
- Octobre 2015 : Journée « Données » - Les cohortes épidémiologiques françaises (Constances, EVA, 3 Cités, Paquid, AMI)
- Novembre 2015 : Journée « Thématiques » - Sociologie et économie du vieillissement
- Décembre 2015 : Journée scientifique annuelle (thème à définir)

VII.. Evaluation

- Cinq types d'indicateurs de processus peuvent être énumérés :
 - Intensité et régularité des réunions des instances de gouvernance,
 - Programmation et réalisation des différentes journées scientifiques annuelles,
 - Diffusion des Lettres d'information,
 - Ouverture du mini-site Web,
 - Ouverture du portail Web.

- Trois catégories d'indicateurs de résultats peuvent être recensées :
 - Nombre d'équipes participant aux travaux du GDR et se coordonnant au sein du GDR,
 - - Nombre de participants aux journées scientifiques,
 - - Nombre d'équipes ayant répondu, en lien avec le GDR, à des appels à projets (ANR, Horizon 2020, JPI MYBL, etc.).

Références bibliographiques

- Agence nationale de la recherche (ANR) : Plan d'action 2015. <http://www.agence-nationale-recherche.fr/informations/actualites/detail/publication-du-plan-daction-2015-et-ouverture-de-lappel-a-projets-generique>
- Horizon 2020. http://ec.europa.eu/research/horizon2020/index_en.cfm
- More Years, Better Lives. <http://www.jp-demographic.eu>
- Active Healthy Ageing. http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing
- SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe). <http://www.share-project.org>
- EHLEIS (European Health and Life Expectancy Information System). <Http://www.eurohex.eu>

Glossaire des sigles utilisés

- ACS : aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
- ADF : Assemblée des départements de France
- AGGIR : Autonomie Gérontologie - Groupes Iso-Ressources ; la grille AGGIR permet de mesurer le degré de perte d'autonomie au travers de 6 groupes iso-ressources (GIR 1 à 6)
- AGIRC : Association générale des institutions de retraite des cadres
- AJ : accueil de jour
- ALD : affection de longue durée
- AMP : aide médico-psychologique
- AMF : Association des maires de France
- ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
- ANAH : Agence nationale de l'habitat
- ANAIS : Alimentation, état nutritionnel et santé mentale des personnes âgées en institution - étude pilotée par l'InVS
- ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ANC-CLIC : Association nationale des coordinateurs et directeurs de CLIC
- ANCV : Agence nationale pour les chèques-vacances
- ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ANIL : Agence nationale pour l'information sur le logement
- ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
- APA : Allocation personnalisée d'autonomie
- APF : Association des paralysés de France
- APS : activités physiques et sportives
- ARDH : aide au retour à domicile après hospitalisation (dispositif CNAV)
- ARRCO : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
- ARS : Agence régionale de santé
- AS : aide-soignant diplômé d'Etat
- ASH : agent de service hospitalier
- ASIP Santé : Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé
- ASPA : allocation de solidarité aux personnes âgées (ex-minimum vieillesse)
- AT/MP : accident du travail / maladie professionnelle
- AVS : auxiliaire de vie sociale (diplôme de niveau V)
- BNA : Banque nationale Alzheimer
- CAA : Comité Avancée en Age

- CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- CASA : contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
- CASA : cessation d'activité des salariés âgés
- CCAS : centre communal d'action sociale
- CCLIN : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
- CCI : Chambre de commerce et d'industrie
- CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
- CCP : coordination clinique de proximité (projets pilotes PAERPA)
- CDC : Caisse des dépôts et consignations
- CEREMH : Centre de ressources et d'innovation Mobilité Handicap
- CES : Centres d'Examens de Santé de la CNAMTS
- CG : conseil général
- CGSS : Caisse générale de sécurité sociale ; elle assure dans les DOM l'ensemble des missions de la sécurité sociale
- CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS - a remplacé la CIH en 2001)
- CIH : Classification Internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (OMS)
- CIL : correspondant informatique et libertés
- CIM : Classification internationale des maladies (OMS)
- CLIC : Centre local d'information et de coordination
- CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
- CMRR : Centre mémoire de ressources et de recherche
- CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
- CNDB : Comité national pour la bienveillance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées
- CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale
- CNRPA : Centre national des retraités et personnes âgées
- CNRS : Centre national de la recherche scientifique
- CNR Santé : Centre national de référence santé à domicile et autonomie
- CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- COG : Convention d'Objectifs et de Gestion
- CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie - remplacée par la CARSAT depuis la loi du 21 juillet 2009 ; seule la CRAM d'Ile-de-France (CRAMIF) a conservé l'appellation CRAM
- CREDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

- CSA : contribution solidarité autonomie ; instaurée en 2004 au titre de la journée de solidarité envers les personnes âgées et les personnes handicapées (jour férié travaillé)
- CTA : coordination territoriale d'appui (projets pilotes PAERPA)
- DEAL : Direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement
- DES : diplôme d'études spécialisées (médecine)
- DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires (médecine)
- DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
- DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- DGPR : Direction générale de la prévention des risques
- DGS : Direction générale de la santé
- DGT : Direction générale du travail
- DICOM : Délégation à l'information et à la communication
- DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
- DLU : dossier de liaison d'urgence ; dossier médical du résident en EHPAD accessible 24h/24 à tout médecin intervenant en urgence
- DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge
- DPC : développement professionnel continu
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale
- DSS : Direction de la sécurité sociale
- EBAD : évaluateur de besoin d'aide à domicile (caisses de retraite)
- EDEC : engagement de développement de l'emploi et des compétences
- EHPAD : établissement pour personnes âgées dépendantes
- EIR : entretien information retraite (CNAV)
- EMG : équipe mobile de gériatrie
- ES : établissement de santé
- ETP : éducation thérapeutique du patient
- FCSF : Fédération des centres sociaux et socioculturels de France
- FISAC : fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce
- FRAGIRE : grille d'évaluation de la fragilité des personnes âgées, complémentaire de la grille AGGIR, conçue par le Pôle gérontologique interrégional de Bourgogne - Franche-Comté
- GDR : Groupement de recherche
- GIR : Groupes Iso-Ressources
- HAD : hospitalisation à domicile
- HAS : Haute Autorité de santé
- HCSP : Haut Conseil de la santé publique
- HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

- HCFAV : Haut Conseil de la Famille et des Ages de la vie
- HID : Handicaps, incapacités et dépendance - enquête conduite par l'INSEE et la DREES
- DE : infirmier diplômé d'Etat
- DH2 : indicateur de développement humain
- INED : Institut national d'études démographiques
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- INVS : Institut national de veille sanitaire
- IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- JNA : Journée nationale de l'audition
- LAP : logiciel d'aide à la prescription
- LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
- LPM : liste préférentielle des médicaments
- MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- MobiQual : Mobilisation pour la qualité des soins
- MONALISA : Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées
- MSA : Mutualité sociale agricole
- NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels (système de cotation des actes médicaux)
- OAP : Orientations d'aménagement et de programmation
- OGDPC : Organisme gestionnaire du développement professionnel continu
- OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Observatoire national du suicide
- OPCA : organisme paritaire collecteur agréé (formation professionnelle)
- ORS : Observatoire régional de la santé
- PADD : Projets d'Aménagement et de Développement Durable
- PAERPA : parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- PAI : Plan d'aide à l'investissement (EHPAD et résidences autonomie)
- PAPA : plan préservation de l'autonomie des personnes âgées mis en œuvre par la CNAMTS et la CNAV
- PASS : Parcours d'Activités Santé Seniors
- PATHOS : référentiel d'évaluation des besoins en soins des résidents en EHPAD

- PAVE : Plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics
- PDA : préparation des doses à administrer
- PDU : Plan des déplacements urbains
- PHRC : programme hospitalier de recherche clinique
- PL-ASV : Projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement
- PLH : Programme local de l'habitat
- PLU : Plan local d'urbanisme
- PMND : Plan maladies neuro-dégénératives
- PNA : Plan national alimentation
- PNBV : Plan national « Bien vieillir »
- PNNS : Plan national nutrition santé
- P3A : plan proximité autonomie de l'avancée en âge (CNAMTS/CNAV - succède au plan PAPA)
- PPS : Plan personnalisé de santé
- PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (CNAMTS)
- PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
- PRS : programme régional de santé
- RFVAA : Réseau francophone des villes amies des aînés
- RSG : réseau de santé gérontologique
- RSI : régime social des indépendants
- SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile
- SCOT : schéma de cohérence territoriale
- SFDRMG : Société française de documentation et de recherche en médecine générale
- SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie
- SGMAS: Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
- SHS : sciences humaines et sociales
- SIG : systèmes d'information géographie (Observatoires des situations de fragilité)
- SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- SSBE : plan sport santé bien-être
- SSIAD : service de soins infirmiers à domicile,
- SST/SSTI : service de santé au travail / service de santé au travail interentreprises (médecine du travail)
- STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives
- UNCCAS : Union nationale des centres communaux d'action sociale
- UNR : Union nationale des réseaux
- URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie (les URCAM ont été dissoutes et transférées aux ARS le 1er avril 2010 en application de la loi hôpital, patients santé et territoires - HPST)

- USH : Union sociale pour l'habitat
- VSM : volet de synthèse médicale (synthèse annuelle du dossier médical du patient par son médecin traitant)

Actions du plan de prévention de la perte d'autonomie

Axe 1. Préservation de l'autonomie et prévention primaire : améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie

Enjeu n° 1 : Garantir la santé des seniors

Mesure 1 : Promouvoir une alimentation favorable à la santé

- Promouvoir l'accessibilité à une alimentation favorable à la santé ;
- Promouvoir l'accessibilité aux soins bucco-dentaires ;
- Développer et mutualiser les actions collectives inter-régimes (forums, conférences, ateliers) de prévention en faveur d'une alimentation équilibrée favorable à la santé et de la prévention de la dénutrition ;
- Proscrire les régimes alimentaires restrictifs, sauf exception.

Mesure 2 : Développer la pratique d'activités physiques et sportives

- Promouvoir, impulser et valoriser les offres d'activités physiques et sportives accessibles et adaptées à tous pour une pratique quotidienne régulière suffisante, dans l'environnement de proximité et une pratique encadrée. Ces offres tiendront compte de l'hétérogénéité du public de plus de 50 ans ;
- Promouvoir la pratique d'une activité physique ou sportive en milieu professionnel ;
- Favoriser une coordination entre les organismes responsables de la santé (Agence régionale de santé), du sport (Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale), les acteurs de la santé, les collectivités locales et les associations ;
- Sensibiliser les collectivités à la nécessité d'un environnement favorable et accessible à la pratique d'activités physiques. En effet, les facteurs environnementaux sont des éléments clés pouvant interférer ou favoriser la pratique d'une activité physique chez les personnes âgées. L'éloignement des lieux de pratique (clubs, associations, parcs), les difficultés de transport, les risques liés aux aménagements urbains constituent des barrières à l'engagement. Les aménagements urbains, tels que le potentiel piétonnier, sont des

facteurs essentiels pour une pratique régulière d'activités physiques ;

- 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). Faciliter l'accès à ces activités des personnes âgées du quartier, de la commune et intégrer les APS dans le projet d'établissement comme déclinaison d'une action prioritaire à inscrire dans la convention tripartite ou le CPOM. Organiser les échanges d'expériences et de bonnes pratiques relatives aux mesures efficaces pour atteindre les publics cibles et augmenter leur niveau d'activité physique, afin de faciliter la mise en œuvre et l'évaluation de ces mesures

Mesures 3 et 4 : Maintenir les seniors en activité dans le cadre de l'allongement des carrières et favoriser leur entrée en retraite sans inaptitude

* **Maintien des seniors en activité dans le cadre de l'allongement des carrières :**

- Renforcer le partenariat entre les CARSAT, les DIRECTE et les services de santé au travail (SST et SSTI) qui sont les trois principaux acteurs de la santé au travail.
- Recenser et évaluer les accords d'entreprise et plans d'action au travers des rapports annuels réalisés par les entreprises pour leur mise en œuvre.
- 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)

* **Entrée en retraite sans inaptitude ou incapacité permanente :**

- Impliquer les médecins du travail dans la reconstitution du parcours professionnel des salariés entre 55 et 59 ans et organiser le transfert de ces informations vers les médecins traitants.
- Sensibiliser les médecins traitants au développement de la surveillance post-professionnelle des personnes ayant été exposées, durant leur carrière professionnelle, à des risques à effet différé ; visite des délégués de l'assurance maladie (DAM) auprès des médecins traitants.

Mesure 5 : Adopter des mesures en faveur de la santé des aidants

- Mieux définir le rôle et la place du médecin traitant de l'aidant dans le suivi médical de cette personne, promouvoir auprès des médecins traitants des outils de repérage de l'épuisement de l'aidant et d'information sur les ressources à mobiliser sur les territoires dans le cadre de l'action d'accompagnement des médecins traitants ;

- Rappeler aux médecins traitants la possibilité d'effectuer une fois par an (et/ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement) une visite longue au domicile des patients atteints d'une maladie neuro-dégénérative en présence du proche aidant et en concertation avec d'autres professionnels participant à l'accompagnement de la personne malade (infirmières, CLIC, CCAS...); évaluer l'impact de cette mesure dans la perspective d'un éventuel élargissement à d'autres situations ;
- Mieux repérer les proches aidants susceptibles de développer des troubles liés au fardeau ressenti, à la fatigue et à l'impact de l'aide qu'ils apportent à un proche sur leur vie quotidienne (isolement, gestion du temps, etc.) :
 - chez le médecin traitant ;
 - dans les consultations mémoire lors des consultations des malades d'Alzheimer et maladies apparentées ;
 - dans le cadre de la mission « Écoute, Conseil, Orientation » des caisses AGIRC-ARRCO ;
 - lors de l'entretien information retraite dans les caisses de retraite ou grâce aux autres outils mis en place par la branche retraite pour prévenir la perte d'autonomie et détecter les publics prioritaires ;
 - lors de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) renouvelée de la personne aidée, en identifiant les besoins de l'aidant dans l'évaluation des situations pour développer une action préventive (un référentiel d'évaluation sera rédigé à cet effet) ;
 - dans les plateformes d'accompagnement et de répit, les CLIC mais aussi les structures médico-sociales telles que l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, les services d'aide et de soins à domicile ou les EHPAD (via le médecin coordonnateur).
- Adresser aux proches aidants de personnes malades repérés une invitation pour une rencontre avec leur médecin traitant ou un examen périodique de santé dans les centres d'examen de santé des CPAM, en priorité pour les personnes en situation de précarité ;
- Mieux orienter les aidants vers les intervenants pouvant évaluer leur situation, les soutenir, leur apporter des soins ; les accompagner dans l'acceptation d'une aide et organiser un suivi pour s'assurer que leur situation ne s'aggrave pas ;
- Promouvoir les approches non médicamenteuses des troubles et symptômes chez les aidants (participation à des groupes de pairs, des cafés des aidants, soutien psychologique, formation....) ;
- Assurer un suivi des aidants identifiés comme ayant un besoin d'aide ou à risque afin de s'assurer que leur situation ne s'aggrave pas ;

- Elaborer un plan d'action départemental coordonné en direction des aidants, sous l'égide du département, sur la base d'un diagnostic partagé, dans le cadre de la conférence des financeurs instituée par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

Enjeu n° 2 : Préparer le passage à la retraite

Mesure 6 : La préparation et le passage à la retraite : favoriser l'émergence d'un nouveau projet de vie par le biais des sessions de préparation à la retraite

- Augmenter le nombre de jeunes retraités participant aux sessions et stages de préparation au passage à la retraite, que ceux-ci soient organisés par les caisses de retraite, des mutuelles générales ou spécialisées dans une catégorie socioprofessionnelle particulière ;
- Permettre aux jeunes retraités (depuis moins d'un an) de réfléchir, lors de ces sessions, sur leur projet de vie et les informer sur les diverses structures ou associations proposant des activités près de leur domicile ;
- Promouvoir le développement d'espaces pour réunir, informer, favoriser les échanges d'idées entre retraités pour leur apporter des éléments de réflexion supplémentaires et leur permettre de tisser des liens avec des personnes confrontées à des situations similaires.

Enjeu n°3 : Lutter contre l'isolement et favoriser le lien social, l'intergénération et les activités cognitives

Mesure 7 : Prévenir, repérer, prendre en charge les facteurs de risque de rupture du lien social et les effets de la situation d'isolement sur l'état de santé et la vie sociale de la personne âgée

* Mobilisation des citoyens, associations, acteurs publics et établissements autour de la lutte contre l'isolement (MONALISA)

- Organiser un déploiement d'actions de lutte contre l'isolement sur l'ensemble du territoire, avec une mise en œuvre individuelle ou collective dans la dynamique impulsée par MONALISA (animer la coopération entre les organismes contributeurs, déployer les « équipes citoyennes ») ;
- Mettre en place au moins une action par département mobilisant les jeunes engagés dans le cadre du service civique pour une médiation auprès des personnes âgées isolées et un appui aux actions initiées par les équipes citoyennes.

* Lien social

- Améliorer le repérage des personnes âgées socialement fragiles confrontées à une situation d'isolement (social, géographique, familial) par la mise en place d'une veille des acteurs/intervenants de proximité (facteurs, gardiens d'immeubles, commerçants, pharmaciens, CCAS, associations de proximité...) et par la réalisation d'une cartographie des personnes isolées (personnes sans présence familiale ou amicale géographiquement proche, bénéficiaires de l'ASPA, retraités issus de l'immigration, mal logés...) ;
- Développer ou maintenir une offre adaptée d'aides au maintien à domicile, de services ou de formules d'hébergement de proximité ;
- Promouvoir les démarches participatives et partenariales qui mobilisent les retraités eux-mêmes et les différents acteurs impliqués, selon les approches du développement social local, notamment au sein d'associations ;
- Développer des actions intergénérationnelles favorisant les rencontres et la mixité des générations, tout en valorisant l'engagement des retraités (marches bleues intergénérationnelles dans le cadre de la Semaine bleue) ;
- Développer et soutenir le dispositif de cohabitation intergénérationnelle consistant à ce qu'une personne âgée accueille un jeune chez elle afin de lutter contre l'isolement de la personne âgée et de développer la mixité intergénérationnelle.

* Activation cognitive

- Partager les bonnes pratiques des ateliers collectifs à destination des seniors au niveau des opérateurs locaux;
- Analyser les actions innovantes répondant aux besoins en matière d'activation cognitive et évaluer leur impact.

Mesure 8 : Maintien du lien social et conseils en prévention : développer l'expérimentation des paniers de services, offre diversifiée à domicile

- Concevoir un dispositif national, intégrant des prestations diversifiées favorisant le maintien du lien social et des informations et conseils en prévention, qui pourra s'étendre progressivement à l'ensemble du territoire et des acteurs du maintien à domicile ;
- Accompagner le secteur de l'aide à domicile dans la professionnalisation des personnels chargés de porter des messages de prévention ;
- Se doter d'une architecture nationale (système d'information) partageable avec l'ensemble des acteurs concernés et permettant le

suivi des actions et le développement des possibilités de signalements.

Enjeu n°4 : Favoriser le maintien à domicile en logement individuel ou collectif et adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement

Mesure 9 : Promouvoir les « résidences autonomie » et favoriser la préservation de l'autonomie de leurs résidents et adapter leur environnement

- Mettre en place des plans d'actions collectives de prévention dans les résidences autonomie pour les départements non couverts par cette offre ;
- Produire des préconisations avec l'INPES et l'inter-régimes pour permettre aux professionnels de développer et d'organiser des actions de vie sociale et de prévention de la santé dans les résidences autonomie et autres lieux de vie collectifs, en lien avec les différents acteurs territoriaux ;
- Développer l'accès aux aides techniques au sein du domicile des personnes âgées dans le cadre des résidences autonomie.
- Encourager l'ouverture sur l'extérieur de la restauration, des activités de prévention et de loisirs des résidences autonomie en orientant les financements qui leur sont destinés vers les projets qui s'inscrivent résolument dans une démarche de prévention et d'ouverture sur la cité ;
- Soutenir la coordination gérontologique au sein des résidences autonomie ainsi que leur inscription dans la coordination gérontologique locale.

Enjeu n°5 : Adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement

Mesure 10 : Promouvoir la démarche globale « Villes amies des aînés » en France

- Communiquer sur les actions réalisées dans les huit thématiques clés de l'OMS pour encourager la mise en œuvre du programme « Villes amies des aînés » dans le plus grand nombre de villes possible ;
- Organiser des événements locaux et nationaux pour diffuser la démarche ;

- Mettre en place sous l'égide de l'Etat/RFVAA/Caisse des dépôts et consignations d'un label visant à récompenser les villes les plus engagées dans la démarche ;

Mesure 11 : Intégrer les enjeux du vieillissement dans les documents d'urbanisme

- Inciter chaque collectivité à cartographier des « zones favorables », existantes ou à développer, en lien avec la démarche globale de planification urbaine (secteurs correspondant au croisement, dans un rayon de 200 et 300 mètres, des polarités de quartier - commerces et services de proximité - et des transports en commun autour des stations de métro et des arrêts de bus des lignes majeures. Les cartes prennent en compte les équipements publics, les hôpitaux, les cliniques, les établissements pour personnes âgées ainsi que les parcs et espaces verts.)
- Analyser chaque secteur pour repérer les possibilités d'évolution du parc social existant par voie de réhabilitation en lien avec le recensement des bâtiments adaptés, adaptables et non-adaptables, réalisé par les bailleurs sociaux ; Réaliser des programmes neufs dans les opérations d'aménagement, d'une part, et dans les secteurs diffus selon les potentialités de renouvellement urbain, d'autre part, avec des dimensions de projets variables, les possibilités d'évolution du parc privé ;
- Transposer dans les PLH et PLU les « zones favorables » avec la mise en place d'un zonage spécifique permettant le développement d'une offre adaptée.

Mesure 12 : Garantir la mobilité et l'accessibilité dans les quartiers

- Dans le plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE), identifier et développer les actions favorisant l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite.
- Définir l'évolution de l'offre de transports en commun dans les secteurs à forte densité.
- Etudier la faisabilité, la viabilité de circuits adaptés, bien identifiés, permettant une souplesse d'utilisation (parcs, marchés, maisons de retraite).
- Lancer un programme français du véhicule autonome (sans chauffeur).

Enjeu n°6 : Soutenir les dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours et de repérage de la perte d'autonomie et des fragilités

Mesure 13 : Assurer aux personnes âgées une information, une orientation, un accès aux droits et un accompagnement rapide et pertinent vers les aides, les professionnels, les services et dispositifs adaptés à leur situation

- Assurer la couverture territoriale, l'accessibilité, la bonne articulation et la cohérence des actions et des découpages territoriaux mis en œuvre respectivement par les organismes et les professionnels qui assurent des missions d'information, d'évaluation, d'orientation et de coordination des interventions en direction des personnes âgées.

Mesure 14 : Assurer le repérage et la prise en charge des facteurs de risque de la perte d'autonomie et des fragilités

- Former les professionnels de premier recours au repérage des personnes âgées fragiles (DPC, formation). Action répertoriée dans la mesure 25 relative à l'amélioration des pratiques professionnelles.
- Encourager l'organisation de dispositifs territoriaux gradués de repérage et de prise en charge de la fragilité alliant les services d'aide à domicile, la médecine libérale, les centres de santé, les hôpitaux de jour gériatriques.
- Développer une logique de paniers de services personnalisés entre les offres de l'inter-régimes et le secteur de l'aide à domicile, adaptée au degré de fragilité des retraités, en s'appuyant sur des expérimentations locales (en facteur commun avec les mesures 8 (paniers de services) et 14bis (observatoires des situations de fragilité)).
- Repérer les états dépressifs.

Mesure 14 bis : Assurer le repérage et la prise en charge des facteurs de risque de la perte d'autonomie et des fragilités - Les observatoires des situations de fragilité

- Développer une logique de paniers de services personnalisés entre les offres de l'inter-régimes et le secteur de l'aide à domicile, adaptée au degré de fragilité des retraités, en s'appuyant sur des expérimentations locales (en facteur commun avec les mesures 8 (paniers de services) et 14 (repérage et prise en charge des facteurs de risque de la fragilité)).

- Mettre en place des contrats de territoire destinés au développement d'actions collectives de prévention sur les territoires prioritaires d'intervention ;
- Réaliser un support d'information pour les publics âgés en situation de précarité (inter-régimes/INPES).

Axe 2. Prévention secondaire : Prévenir les pertes d'autonomie évitables

Enjeu n°7 : Retarder l'entrée dans la dépendance par des interventions préventives et coordonnées

Mesure 15 : Améliorer et coordonner les pratiques en matière d'octroi des aides techniques, de diagnostic habitat et d'adaptation du logement

- Expérimenter puis développer des dispositifs dont l'objectif serait de diminuer le temps d'instruction des demandes d'adaptation des logements : financement direct des OPAH, absence de GIRage, fléchage des sorties d'hospitalisation ;
- Mettre en œuvre un diagnostic habitat commun en lien avec l'ANAH, les prestataires habitat et les ergothérapeutes (référentiel commun permettant d'objectiver un diagnostic partagé des logements ainsi qu'un dossier d'aire unifié ANAH/CNAV) ;
- Faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements CNAV en lien avec la prorogation jusqu'en 2017 du crédit d'impôt pour l'adaptation du logement ;
- Accompagner les bailleurs sociaux dans leur stratégie d'adaptation des logements et dans le recensement des logements déjà adaptés, en lien avec l'Union sociale pour l'habitat ;
- Expérimenter de nouvelles conditions de financement des lieux de vie collectifs ;
- Produire des préconisations avec l'INPES et l'inter-régimes pour permettre aux professionnels de développer et d'organiser des actions de vie sociale et de prévention de la santé dans les lieux de vie collectifs adaptés aux retraités, en lien avec les différents acteurs territoriaux.

Mesure 16 : Lutter contre la sédentarité, conforter le maintien de la mobilité : équilibre, marche, prévention des chutes

* Actions pour rendre accessible et généraliser l'information concernant les bienfaits de l'activité physique sur la santé et la prévention des chutes :

- Sensibiliser l'ensemble des acteurs à travers des supports d'information et de formation - professionnels de santé et du sport, professionnels des services à la personne, professionnels des établissements hébergeant des personnes âgées, collectivités locales... - et diffuser ceux-ci dans les lieux fréquentés au quotidien (cabinets médicaux, pharmacies, transports, mairies/CCAS, CLIC, bureaux de poste...).
- Sensibiliser davantage la population aux facteurs de risque et aux mesures efficaces pour améliorer l'équilibre et prévenir les chutes accidentelles.
- La prévention primaire repose sur le repérage des risques : ainsi, en consultation ou lors d'une visite à domicile, quel qu'en soit le motif, il y a lieu de demander à la personne âgée si elle est tombée l'année précédente ; le simple fait de poser la question permet de parler de prévention voire de réaliser des tests simples de repérage.

* Actions pour promouvoir les activités physiques qui s'inscrivent au quotidien dans les espaces et temps de déplacement et dans les activités de la vie de tous les jours :

- Valoriser et encourager des modes de transport actifs, une mobilité active dans l'enchaînement des déplacements : éviter la voiture pour les déplacements courts, préférer les escaliers à l'ascenseur, descendre du bus une ou deux stations avant la destination...

* Actions pour promouvoir, impulser et valoriser, à l'échelon de chaque territoire, les offres d'activités physiques adaptées et encadrées ciblées sur le public âgé et visant à inciter ces personnes à pratiquer une activité physique régulière :

- Développer et généraliser l'offre d'activités physiques adaptées et encadrées dans les logements-foyers ou résidences pour personnes âgées et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes âgées dépendantes (EHPA ou EHPAD). Les activités physiques adaptées doivent être intégrées dans le projet d'établissement en généralisant la présence d'éducateurs sportifs dont les modalités de financement restent à établir. Cette offre est ouverte aux personnes âgées du quartier, de la commune.

* Actions pour harmoniser et optimiser les programmes visant à prévenir les chutes et mettre en place une stratégie bien identifiée :

- Développer l'offre d'« ateliers équilibre » (programme d'exercices de rééducation à l'équilibre, à la marche complétés par des conseils sur l'alimentation, la gestion des médicaments, etc....). Lorsqu'ils sont organisés en EHPA ou en EHPAD, ces ateliers sont ouverts aux personnes âgées du quartier.

Mesure 17 : Prévenir les risques de dépression pour lutter contre ses effets sur l'autonomie

- Former les professionnels - des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat, des professionnels intervenant auprès des personnes âgées au repérage de la crise suicidaire et des écoutants téléphoniques - et sensibiliser le public aux étapes du processus suicidaire (pour mémoire : action formation qui figure à la mesure 25 sur le renouvellement des pratiques professionnelles).
- Diffuser en primaires des outils d'aide au diagnostic précoce de la dépression des personnes âgées et la recherche d'un risque de suicide (par exemple : la Geriatric Depression Scale (GDS). Développer l'organisation de collaborations interdisciplinaires (médecine générale, gériatrie, psychiatrie, infirmiers) pour une meilleure prise en charge de la dépression du repérage à l'accompagnement

Mesure 18 : Prévenir et accompagner les troubles sensoriels

- Développer des espaces de sociabilité, tels que des lieux de convivialité entre pairs, visant à stimuler les personnes et à les soutenir moralement,
- Participer et diffuser l'information relative à la journée nationale de l'audition (une information sur l'audition comme levier pour bien vieillir chez les seniors a été conduite lors de l'édition 2015),
- Mettre en place des dépistages précoces (le dépistage de la surdité doit se faire dans la tranche d'âge des 55/65 ans si l'on veut augmenter la proportion des personnes de plus de 70 ans qui portent régulièrement leur appareil auditif ; il en va de même pour les déficiences visuelles.) en ciblant prioritairement les publics sur les populations bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et/ou non couvertes par une complémentaire santé lors des sessions de préparation à la retraite mises en place par les caisses de retraite et lors des bilans de santé dans les centres d'examen de santé (CES) de l'Assurance Maladie et les centres de prévention de l'AGIRC-ARRCO,
- Rédiger, à l'intention des professionnels de santé qui sont les premiers pourvoyeurs d'informations sur la santé, et des acteurs de la prévention de la perte d'autonomie un « kit d'information » sur les déficiences auditives afin de les sensibiliser et de faciliter la communication,
- Développer l'accès aux aides techniques et aux aménagements du domicile : adaptation du logement, mains courantes, éclairage adapté du domicile pour les malvoyants (variateurs de lumière,

balisage lumineux), aides optiques grossissantes... Cibler prioritairement les personnes âgées à bas revenus.

- Inciter les EHPAD à prendre en compte les besoins des résidents déficients visuels ou auditifs.

Mesure 19 : Préserver la plus grande autonomie possible des résidents pour les activités de la vie quotidienne en EHPAD

- Développer une politique de maintien des liens avec les proches, famille, amis, voisins.
- Favoriser l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur, les activités intergénérationnelles et la participation des résidents à la vie de la cité et de la communauté (lien social, citoyenneté) ; le faire fonctionner comme un pôle de services et un centre de ressources pour les personnes âgées vivant à domicile à proximité de l'établissement. L'objectif, en partenariat avec un service de soins et/ou d'aide à domicile, est de proposer une offre de service la plus complète possible (téléassistance, accueil de jour, offre de répit, intervention d'une infirmière en dehors des heures ouvrables notamment).
- Inciter à faire et non pas faire à la place de... : développer la stimulation par le personnel soignant afin que le résident maintienne son autonomie ou la récupère dans les actes de la vie ordinaire.

Axe 3. Prévention tertiaire : Eviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité

Enjeu n°8 : Prévenir et limiter l'aggravation de la perte d'autonomie
Dépister, prendre en charge et réduire

Mesure 20 : Réduire la dénutrition chez les personnes âgées et améliorer sa prise en charge

* La dénutrition des personnes âgées

- Prêter attention très tôt et de façon proactive à toute modification de l'appétit et de l'alimentation chez un sujet âgé ;
- Prendre en compte une anorexie qui passe trop souvent inaperçue, avant que la perte de poids soit constatée ;
- Dépister précocement une perte de poids involontaire au cours de l'avancée en âge pour limiter la dénutrition des personnes âgées.

*** Réduire l'obésité et le surpoids des personnes âgées**

- Pratiquer une activité physique régulière et améliorer l'hygiène de vie.)

Mesure 21 : Améliorer le parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie

- Capitaliser au fur et à mesure de leurs enseignements sur les expérimentations PAERPA pour réduire le risque de perte d'autonomie des personnes âgées, notamment en mettant à disposition des équipes de soins primaires les outils PARPA pour le repérage et la prévention du risque de perte d'autonomie des personnes âgées

Mesure 22 : Mobiliser les structures hospitalières autour du risque de perte d'autonomie des personnes âgées pendant une hospitalisation et autour de l'accompagnement de leur retour à domicile après hospitalisation

- Promouvoir le déploiement coordonné des procédures relatives à l'accompagnement de la sortie d'hospitalisation des différents dispositifs existants, en lien avec les expérimentations PAERPA :
 - L'ARDH, aide au retour à domicile après hospitalisation
 - PRADO, programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés
 - Coordination ARDH-PRADO
 - L'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
- Suivre et évaluer la pertinence du recours aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) fonctionnant sur un modèle d'organisation intégrée pour les retours à domicile après hospitalisation.

Mesure 23 : Informer, sensibiliser et former l'ensemble des professionnels intervenant en EHPAD à la prévention des risques liés à la santé des résidents inhérents à leur vulnérabilité pour optimiser leur potentiel restant

- Prévenir la dénutrition et organiser les soins bucco-dentaires :
 - Développer les actions pour conserver le plaisir de manger qui reste la meilleure prévention des risques de dénutrition ;
 - Généraliser la pesée mensuelle des résidents et suivre l'évolution de la courbe de poids ;

- Développer le bilan bucco-dentaire des résidents lors de l'admission en EHPAD ;
- Généraliser la toilette buccale quotidienne.
- Prévenir les chutes et généraliser l'offre d'activités physiques adaptées dans les EHPAD :
 - Repérer les sujets à risque et leur prescrire un bilan global et des séances de rééducation à l'équilibre et à la marche ;
 - Développer les ateliers d'activités physiques adaptées au sein de l'EHPAD et les ouvrir aux personnes âgées du quartier ou de la commune ;
 - Inscrire les ateliers d'activités physiques adaptées dans le projet d'établissement de l'EHPAD en généralisant la présence d'éducateurs sportifs qui travailleront en lien étroit avec l'équipe soignante, en particulier le médecin coordonnateur et le cadre de santé ou l'infirmier coordonnateur et en complémentarité avec le masseur-kinésithérapeute et en identifiant les actions prioritaires à inscrire dans les conventions pluriannuelles (expérience PASS - parcours activité santé seniors - en Bretagne développée en 2013 dans 34 des 50 EHPAD qui emploient des éducateurs sportifs).
 - Prévenir et prendre en charge la dépression des résidents : diagnostiquer et traiter :
 - Apprécier la sévérité de la dépression ;
 - En fonction des cas, repérer les symptômes et développer une prise en charge non médicamenteuse en favorisant le soin relationnel et en maintenant les liens familiaux et un environnement convivial ;
- Prévenir la iatrogénie médicamenteuse : Le plan national d'actions pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées, annexé à la loi, comporte un axe EHPAD qui pour objectif de renforcer la politique du médicament dans l'établissement.
 - Dans le cadre de la gestion du risque en EHPAD (GDR) : organiser et généraliser une démarche d'alerte sur les neuroleptiques chez les malades d'Alzheimer ; repérer les prescriptions inadaptées et accompagner leurs auteurs ;
 - Promouvoir des études permettant d'améliorer les connaissances sur l'usage, les bénéfices et les risques en vie réelle des médicaments chez les personnes âgées, à domicile et en EHPAD.
- Inscrire et rendre visible l'EHPAD dans la filière gériatrique pour développer des actions de prévention :

- Actualiser la convention de coopération avec l'établissement de santé référent (protocole entrée/sortie d'hôpital des résidents, permanence infirmière de nuit, télémedecine, formation aux soins palliatifs...) ;
- Conventionner avec les acteurs du territoire : équipe mobile gériatrique, HAD, logements foyers, accueil de jour, SSIAD, SAD ou SPASAD ... ;
- Développer un projet d'hébergement temporaire.

Axe 4 : Réduire les inégalités sociales de santé

- Améliorer le repérage des personnes âgées socialement fragiles confrontées à une situation d'isolement (social, géographique, familial) par la mise en place d'une veille des acteurs/intervenants de proximité (facteurs, gardiens d'immeubles, commerçants, pharmaciens, CCAS, associations de proximité...) et par la réalisation d'une cartographie des personnes isolées (personnes sans présence familiale ou amicale géographiquement proche, bénéficiaires de l'ASPA, retraités issus de l'immigration, mal logés...) Mesure 7 ;
- Déployer les observatoires des situations de fragilité, optimiser la programmation de leurs actions d'accès aux droits et de prévention auprès des personnes en situation d'isolement (veuvage, personnes seules), de précarité économique (bénéficiaires de l'ASPA ou exonérées de CSG ou sans complémentaire santé) ou nécessitant des parcours de soins attentionnés (ALD, absence de médecin traitant, non recours aux soins...) Mesures 14 et 14 bis ;
- Développer des actions de médiation sanitaire auprès des personnes âgées particulièrement vulnérables ;
- Réaliser des supports et des campagnes d'information pour les publics âgés en situation de précarité et/ou les plus éloignés de l'accès aux droits et aux services - Mesure 14 bis ;
- Améliorer et développer l'accès aux aides techniques et aux appareillages en ciblant les aides sur les personnes âgées à bas revenus - Mesure 18 ;
- Développer la recherche et mieux comprendre son lien avec l'action : étude pour mieux comprendre la dimension économique des inégalités sociales de santé ; étude d'un état des lieux sur l'impact des inégalités sociales sur la santé des personnes âgées - pour mémoire : action figurant Mesure 27.

Axe 5 : Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie

Enjeu n°9 : Faire de la formation des professionnels un levier transversal pour la mise en œuvre des autres mesures du plan de prévention

Mesures 24, 25 et 26 : Améliorer les compétences, renouveler les pratiques professionnelles, faire connaître les bonnes pratiques et les expérimentations en matière de formation dans les différents champs de la prévention de la perte d'autonomie

* Mesure 24 :

- Intégrer la problématique de la préservation de l'autonomie et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie dans le nouveau diplôme d'accompagnant (niveau V) en cours de définition (mise en œuvre : année scolaire 2015-2016) ;
- Intégrer cette problématique chaque fois que pertinent à l'occasion de la révision des référentiels des autres formations en travail social ;
- Intégrer cette problématique dans le référentiel d'activités-compétences-formation au cours de la réingénierie des diplômes AS/AP ;
- Etendre aux métiers de rééducation mesure prévue dans le projet de loi de santé pour développer les stages en ambulatoire des étudiants infirmiers ;
- Préconiser, dans les unités optionnelles prévues pour les formations paramédicales, des thématiques sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ;
- Sensibiliser les directeurs d'unité de formation et de recherche de médecine à cette problématique afin qu'ils renforcent les enseignements qui lui sont dédiés au cours du deuxième cycle des études ;
- Sensibiliser les directeurs d'unité de formation et de recherche de médecine et les coordonnateurs nationaux du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale et du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de gériatrie afin de prévoir ou de renforcer les enseignements théoriques sur cette thématique ;

* Mesure 25 :

- Développer les formations continues en intégrant les thématiques de la préservation de l'autonomie et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie dans les priorités nationales des politiques de formation professionnelle et en soutenant

financièrement la politique de formation continue (convention section IV de la CNSA, EDEC) ;

- Faire figurer dans les orientations du DPC au titre de la politique de santé publique la formation des professionnels au repérage et à la prévention de la perte d'autonomie
- Prendre en compte la problématique de suivi des aidants dans le développement professionnel continu (DPC) ;
- Intégrer dans les priorités de la formation continue des professionnels le développement des formations interprofessionnelles / interinstitutionnelles, ainsi que les co-formations avec les personnes concernées et leurs familles ;
- Développer dans les priorités de formation continue des professionnels de santé, l'approche coordonnée et systémique de la prise en charge des personnes âgées au sein des établissements de santé, visant à prévenir la perte d'autonomie à l'issue de l'hospitalisation ;
- Développer la formation des cadres intermédiaires sur les thématiques de la prévention de perte d'autonomie ;
- Former les soignants à promouvoir, dans le parcours de santé, une pratique d'activité physique des seniors adaptée à leur état de santé (programme de travail 2015 de la HAS) ;
- Former les professionnels de premier recours au repérage des personnes âgées fragiles (DPC, formation continue) ;
- Renforcer la formation des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat ; renforcer la formation des écoutants téléphoniques ;
- Former les acteurs locaux à la démarche « Ville amie des aînés » ;
- Sensibiliser et former les personnels de «premier rang» intervenant à domicile et en établissement (IDE, MK, diététiciens, AS, ASH, AVS, AMP et aides à domicile) :
 - à la prévention de la dénutrition
 - au repérage des personnes âgées fragiles
 - à une meilleure appréhension des questions liées à la dépression et à la fin de vie
 - à la prévention de l'accompagnement des troubles sensoriels
 - aux bienfaits de l'activité physique sur la santé et la prévention des chutes.

*** Mesure 26 :**

- Expérimenter des ingénieries de formation complémentaire pour contribuer à l'évolution des pratiques professionnelles (accompagnement pour capitaliser et déployer des contenus pédagogiques) ;
- Expérimenter des techniques innovantes pour la transmission des savoirs au sein des structures ;
- Développer des parcours de formation pour favoriser les passerelles intersectorielles.

Axe 6 : Développer la recherche et l'évaluation des stratégies

Enjeu n°10 : Développer la recherche sur les facteurs de risque fragilité et dépendance et donner un nouvel élan à la recherche sur la prévention du risque de démence

Mesures 27 et 28 : Développer la recherche sur les facteurs de risque fragilité dépendance en vue de construire les actions et les organisations optimales pour leur prise en charge et donner un nouvel élan à la recherche sur la perte d'autonomie et les démences

*** Mesure 27 :**

- Favoriser les recherches sur les facteurs de risque de perte d'autonomie, l'efficacité du repérage de la fragilité et l'efficacité des interventions multi-domaines pour le maintien de l'autonomie, à partir notamment de la cohorte de l'hôpital de jour de la fragilité du gérontopôle de Toulouse ou d'autres cohortes existantes ;
- Développer les programmes de recherche sur l'activité physique et la personne avançant en âge (études médico-économiques, évaluation des protocoles de bonnes pratiques d'APS, APS et fragilité...) ;
- Participer à l'évaluation et à la diffusion des nouvelles aides techniques en intégrant le CNR Santé désormais dénommé FRANCE SILVER ÉCO et en s'associant à ses travaux ;
- Promouvoir le développement de la recherche sur la dépression et ses risques chez les personnes âgées;
- Développer la recherche sur les inégalités sociales de santé : étude pour mieux comprendre leur dimension économique / étude état des lieux sur l'impact des inégalités sociales sur la santé des personnes âgées;
- Mise en œuvre des mesures portant sur la recherche du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (PMND 2014-2019)

*** Mesure 28 :**

- Inciter les gérontopôles (ou d'autres dispositifs et leurs réseaux) à structurer leurs actions pour mieux asseoir et coordonner la recherche clinique en gériatrie et plus particulièrement la recherche sur la prévention de la perte d'autonomie. L'avantage de ces structurations devrait être la constitution de réseaux d'investigateurs.
- Inciter les équipes à mobiliser les financements de la recherche clinique sur la prévention de la perte d'autonomie
- Evaluer l'impact médico-économique des projets pilotes PAERPA (pour mémoire : cette évaluation est incluse dans le cahier des charges PAERPA).

Enjeu n° 12 : Renforcer le rôle d'interface et d'intermédiation du groupement de recherche longévité et vieillissement entre les chercheurs et entre les chercheurs et les instances décisionnelles

Mesure 29 : Valoriser le rôle d'interface et d'intermédiation du GDR longévité et vieillissement pour renforcer la communauté française des chercheurs en sciences humaines et sociales (SHS) sur les questions liées au vieillissement

- Renforcer l'accès à une information ciblée
- Soutenir la réponse aux appels d'offres et aux appels à projets
- Partager et échanger lors des journées scientifiques du GDR