

Autonomie des personnes âgées

*Synthèse documentaire réalisée dans le cadre
de la mise en place des plateformes de santé
publique à l'ARS de Poitou-Charentes*

Autonomie des personnes âgées

*Synthèse documentaire réalisée
dans le cadre de la mise en place des plateformes de santé publique
à l'ARS de Poitou-Charentes*

Les auteurs

Stéphane ROBIN (Chargé d'études ORS)

Julien GIRAUD (Directeur de l'ORS)

Fanny MOREAU (Interne de santé publique en stage à l'ORS)

Comité de pilotage

*Gilles GUIMARD – ARS (Inspecteur de l'action sanitaire et sociale ; responsable de projets de
Politique publique, de promotion de la santé et de prévention des risques – Plateforme autonomie
des personnes âgées)*

Sommaire

I. COMMANDE	7
II. OBJECTIF	7
III. METHODOLOGIE DE TRAVAIL	7
IV. CONTEXTE	7
V. ENJEUX DE LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES	8
V.1. Un enjeu de santé publique	8
V.2. Un enjeu économique	9
V.3. Un enjeu sociologique	9
V.3.1. La retraite	10
V.3.2. La personne âgée, élément essentiel de la famille et des politiques familiales	10
VI. CONCEPT ET TERMES ASSOCIES	11
VI.1. La vieillesse : une vérité relative et multiple	11
VI.2. Le vieillissement et l'avancée en âge	11
VI.2.1. Le discours du bien vieillir	12
VI.2.2. Autonomie et dépendance	13
VI.2.3. Fragilité	13
VI.2.4. Déclin et stratégies mises en place	14
VI.2.5. Syndrome du glissement	14
VII. LA PERTE D'AUTONOMIE : UN RISQUE	16
VII.1. La promotion de la santé et l'éducation à la santé	16
VII.2. Les stratégies préventives pour la préservation de l'autonomie	16
VII.3. L'éducation thérapeutique	17
VII.4. Les clés pour la préservation de l'autonomie	18
VII.4.1. Le plan national « Bien vieillir »	18
VII.4.2. Stratégie nationale de santé	18
VIII. LES DETERMINANTS ET LES INEGALITES DE SANTE	19
VIII.1. Des déterminants individuels, socio-économiques et socio-environnementaux (8)	19
VIII.2. Les inégalités de santé	19
VIII.3. Les facteurs de risques	20

VIII.4. Les facteurs de protection	21
IX. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE	22
IX.1. Les populations concernées	22
IX.2. Des éléments de fragilité liée à la perte d'autonomie dans la région Poitou-Charentes	22
IX.3. Nombre de personnes âgées dépendantes	22
IX.4. Nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	23
IX.5. Etat de santé des seniors et pathologies liées à la perte d'autonomie	25
IX.5.1. Etat de santé général	25
IX.5.2. Accidents de la vie courante	25
IX.5.3. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	27
IX.5.4. Dépression et suicide	27
IX.5.5. Les problèmes liés à l'alimentation	28
IX.5.6. Incontinence urinaire	29
IX.5.7. Troubles sensoriels	29
IX.5.8. Limitations physiques	30
IX.5.9. Iatrogénèse	31
IX.5.10. Les admissions en ALD	32
IX.5.11. Le diabète	32
IX.6. Le fardeau global des maladies (FGM) chez les seniors et les personnes âgées	33
IX.7. La santé des seniors en emploi	34
IX.8. La santé des aidants	36
X. LES POLITIQUES DE PREVENTION	37
X.1. Pour une loi « autonomie »	37
X.1.1. Les pistes pour la future loi	37
X.2. Plans et programmes existants	48
X.2.1. Plans et programmes nationaux	48
X.2.2. Plans et programmes mis en place dans la région	52
X.3. Synthèse : plans et programmes mis en place et acteurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées	68
XI. APPROCHE ECONOMIQUE	70
XI.1.1. Une population senior vecteur de croissance et d'emploi	70
XI.1.2. Le coût de la dépendance	71
XI.1.1. Le coût de la prévention	73
XI.1.1. Le rapport coût de la prévention/coût de la prise en charge	74
XII. BIBLIOGRAPHIE	75

Tables des tableaux

Tableau 1.	Les déterminants de la perte d'autonomie	20
Tableau 2.	Répartition de la population âgée de 60 ans et plus à l'horizon 2030 (en %).....	22
Tableau 3.	Nombre de bénéficiaires de l'APA dans la région et dans les départements de 2004 à 2011	23
Tableau 4.	Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance de la personne (en %)	24
Tableau 5.	Taux de mortalité standardisé par type d'accident de la vie courante, selon l'âge en France métropolitaine (pour 100 000 personnes)	25
Tableau 6.	Répartition des accidents de la vie courante selon l'activité (%).....	26
Tableau 7.	Les taux comparatifs d'admission en ALD en 2007-2009 (pour 100 000 habitants)	32
Tableau 8.	Taux de vaccination contre la grippe saisonnière pour les personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiaires du régime général (%)	52
Tableau 9.	Taux de participation aux dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal en Poitou-Charentes en 2011 et 2012 (%)	53
Tableau 10.	Orientations, objectifs et objectifs spécifiques en matière de prévention et promotion de la santé du schéma gérontologique de la Vienne	60
Tableau 11.	Orientations, objectifs et objectifs spécifiques en matière de prévention et promotion de la santé du schéma gérontologique des Deux-Sèvres.....	61
Tableau 12.	Orientations, objectifs et objectifs spécifiques en matière de prévention et promotion de la santé du schéma gérontologique de la Charente-Maritime.....	62
Tableau 13.	Orientations, objectifs et objectifs spécifiques en matière de prévention et promotion de la santé du schéma gérontologique de Charente	63
Tableau 14.	Les acteurs régionaux de la préservation de l'autonomie	69
Tableau 15.	Les dépenses liées à la perte d'autonomie selon le HCAAM.....	71
Tableau 16.	Les financements publics de la dépendance selon le rapport Rosso-Debord 2010	72
Tableau 17.	Les dépenses imputables à la prévention en 2010	74

Table des figures

Figure 1.	Schématisation du processus de vieillissement et de l'avancée en âge	15
Figure 2.	Le processus de vieillissement et les stratégies préventives	17
Figure 3.	Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2030	23
Figure 4.	Taux de bénéficiaires de l'APA en 2011 en Poitou-Charentes et dans ses départements (pour 1 000 personnes de 75 ans et plus)	24
Figure 5.	Taux de mortalité par chute accidentelle selon le sexe par tranche d'âge quinquennale en 2009 (pour 100 000 personnes)	26
Figure 6.	Taux brut de mortalité annuel moyen par suicide selon l'âge sur la période 2008-2010	28
Figure 7.	Prévalence des pertes involontaires d'urines déclarées en fonction de l'âge en 2006	29
Figure 8.	Taux comparatifs d'admission en ALD pour le diabète en 2010 en Poitou-Charentes selon le sexe et l'âge (pour 100 000 personnes)	32
Figure 9.	Répartition du Fardeau Global des Maladies chez les seniors et les personnes âgées par âge en France en 2010 (%)	34
Figure 10.	Eléments pour la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et plans/programmes correspondants mis en place	68

I. Commande

Dans le cadre de la réorganisation de la Direction de la santé publique et de la création de plateformes thématiques, l'ORS est chargé de produire des synthèses documentaires sur différents thèmes dont « Autonomie des personnes âgées ».

Ces synthèses documentaires s'appuieront sur une recherche bibliographique qui fera l'objet d'une analyse, puis d'une mise en forme spécifique. La recherche bibliographique ciblera la définition des thématiques, présentera les différents enjeux liés à la préservation de l'autonomie des personnes âgées, les sources et documents de référence. Enfin, ces synthèses documentaires feront l'objet d'une présentation aux membres des plateformes thématiques de l'ARS.

II. Objectif

Objectif général :

Apporter une connaissance fiable et actualisée aux membres de la plateforme thématique

Objectifs spécifiques :

- Définir les termes
- Décrire l'état de la connaissance épidémiologique : prévalence nationale et régionale, facteurs de risques et facteurs de protection
- Décrire les orientations stratégiques nationales et régionales en matière de promotion de la santé et de prévention
- Faire ressortir des éléments significatifs et pertinents intéressant l'économie de la santé

III. Méthodologie de travail

- Recueillir et analyser la littérature internationale, nationale et régionale

Les recherches bibliographiques ont été réalisées en septembre 2013. Cette recherche s'appuyait sur ces principaux mots clés : dépendance, fragilité, perte d'autonomie, personnes âgées, vieillesse et pour chacun d'eux des mots clés ont été associés : déterminants, facteurs de risques, coût, prévalence, morbidité, prévention, plans nationaux et régionaux ... Le recueil bibliographique a principalement été fait sur internet à l'aide de différentes bases de données : Doc'CISMeF, Pub Med, INPES, INSEE, InVS, OMS, Santé Gouv, Drees, INSERM, ARS Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes.

- Rédiger la synthèse documentaire
- Présenter les informations lors d'une réunion des membres de la plateforme

IV. Contexte

La France, comme d'autres pays, connaît une triple transition : une transition démographique avec le vieillissement de sa population, une transition épidémiologique avec l'émergence de maladies chroniques, et une transition sociologique avec l'évolution de la sphère familiale et des liens intergénérationnels. Dans ce contexte, il convient de conduire une politique adaptée, en réponse à ces besoins nouveaux, avec pour objectif la qualité de la vie de nos concitoyens.

Suite au plan « bien vieillir » 2007-2011, qui succédait lui-même au programme « bien vieillir » 2003-2007, et dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des seniors (50-70 ans), plusieurs constats et enseignements avaient pu être tirés : un défaut de coordination et de complémentarité des initiatives et réalisation en prévention, une nécessaire conception d'actions globales, intégrées, prenant en compte l'individu dans son environnement, l'implication des différents ministères concernés (santé, affaires sociales, logement, sports, habitat, transport, travail, culture ...), la nécessité de la mise en place d'actions de proximité (définir le territoire le mieux adapté). L'évaluation, réalisée par le Haut Comité à la Santé Publique (HCSP) avait conclu que les « actions [étaient] le plus souvent orientées vers les développements des outils, sans organiser l'accompagnement et leur utilisation ». Les recommandations étaient malgré tout de pérenniser le concept, d'adapter la méthode, d'inclure la problématique des inégalités sociales, d'intégrer la notion du « bien vieillir » dans une action politique à visée collective et individuelle.

Face à ces constats, le Comité national de coordination des politiques publiques de prévention de la perte d'autonomie a été créé (avril 2012), précédant l'actuel Comité « Avancée en Age » (octobre 2012). Ce comité doit remplir trois missions : formuler des préconisations relatives à l'anticipation et à la prévention, dans le cadre de la prochaine loi « Autonomie », élaborer un plan d'action et évaluer sa mise en œuvre, enfin coordonner les acteurs de la prévention.(1)

Ces missions doivent concourir à relever le défi de la préservation de l'autonomie des personnes âgées. Les enjeux sont nombreux : enjeux de santé publique mais également enjeux économique et sociologique.

V. Enjeux de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Les projections démographiques pour les décennies à venir sont désormais bien connues. Les personnes âgées de 65 ans ou plus seront plus nombreuses et leur part dans la population va augmenter de manière significative en France et dans les autres pays d'Europe. Les causes sont essentiellement l'allongement tendanciel de la durée de la vie et l'effet générationnel des baby-boomers. Ce qui est un peu moins connu et qui préoccupe les décideurs tient à l'évolution de la santé de ces populations vieillissantes. Les travaux les plus récents semblent en effet indiquer en France une expansion des incapacités sévères chez les 50-64 ans. Ce résultat, corroboré par des études en Suède et aux Etats-Unis, marque une inflexion dans les taux de progression de l'espérance de vie en bonne santé : en moyenne, les plus jeunes des aînés ont une espérance de vie plus élevée, mais leur temps passé en incapacité augmente (Cambois, Blachier et Robine, 2012). Le principal levier d'action envisagé pour infléchir les tendances évoquées ci-dessus consiste en grande partie à mettre en œuvre une politique de prévention efficace. La stratégie consiste d'une part à définir et mettre en œuvre des interventions au profit de personnes à risque de « dépendance » susceptibles d'être généralisées, d'autre part à cibler ces populations vulnérables suffisamment en amont du processus de perte d'autonomie et, enfin, à évaluer ces interventions sur le plan de l'efficacité et de l'efficience.

V.1. Un enjeu de santé publique

La connaissance du processus de perte d'autonomie constitue un objectif fondamental. Une meilleure compréhension des mécanismes qui conduisent à l'incapacité sévère pourrait permettre d'une part de détecter plus tôt les personnes à risque de dépendance, dans le système de soins autant qu'en population générale, d'autre part, de prendre en compte de nouveaux facteurs de risque. Enfin cela permettra d'élargir l'action au-delà du système de santé en analysant le rôle des déterminants socio-économiques dans le processus de perte d'autonomie. Le récent développement des travaux sur la fragilité des personnes âgées présente à ce titre un potentiel de recherche important(2).

En effet, l'approche par la fragilité fournit une passerelle entre la santé publique et la science économique. Elle permet de construire une analogie entre le concept de réserve physiologique des

personnes âgées et celui de « capital santé ». Dans le modèle de Grossman (1972), la santé d'un individu est pensée comme un actif qui se déprécie au fil du temps. Ce sont les « investissements » que réalise l'individu (réduction des comportements à risque, prévention, recours au système de soins, etc.) qui lui permettent de compenser le phénomène naturel de dépréciation et de se maintenir en bonne santé(2).

L'objectif est en effet d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité qui constitue le véritable enjeu de santé publique. Dans les années 80, elle progressait plus vite que l'espérance de vie globale mais depuis les années 2000 elle stagne autour de 61,5 ans pour les hommes comme pour les femmes, alors que l'espérance de vie globale continue de progresser (Diaporama Gilles Guimard – ARS Poitou-Charentes : Journée de préfiguration décembre 2013).

Il s'agit là d'un enjeu de santé publique mais cela s'inscrit également comme un enjeu économique : L'approche de la perte d'autonomie en économie de la santé s'intéresse aux causes et conséquences économiques et sociales du processus de fragilisation des personnes âgées tant en termes de protection sociale que d'efficacité du système de soins.

V.2. Un enjeu économique

L'enjeu consiste à assurer la soutenabilité du système de protection sociale dans son ensemble, aussi bien dans la dimension vieillesse et autonomie que du côté de l'Assurance maladie. Les besoins de connaissance sont doubles : il s'agit, d'un côté, de mieux connaître aujourd'hui le coût global de la perte d'autonomie et la contribution des différents financeurs (Assurance maladie, Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ménages, etc.). L'approche par les comptes macro-économiques (par postes de dépenses) mérite d'être complétée par une approche centrée sur les besoins des personnes afin d'adopter une vision plus proche de la situation vécue par les individus eux-mêmes. D'un autre côté, la recherche de sources d'efficacités dans le système de santé doit permettre de mieux affecter les ressources rares. L'attention se porte sur l'amélioration du parcours de santé (soins, médico-social et social) : « [...] une partie vraisemblablement importante de ce surcroît de dépense de soins pour les personnes « dépendantes » tient à ce que leur cheminement dans la succession de soins et des prises en charge s'éloignent de l'optimum, faute d'intervention au bon moment de la réponse la plus adaptée. » (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) 2011, p. 43.) Par ailleurs, la recherche de sources d'efficacités dans une logique de prévention globale peut se faire en dehors du système de soins, par exemple dans la meilleure articulation de l'ensemble des composantes du système de protection sociale (vieillesse, maladie, travail, famille) et des politiques sociales(2).

Le vieillissement de la population peut également avoir un effet de levier sur l'emploi, notamment dans le secteur du service à la personne. Entre 2010 et 2020, plus de 350 000 emplois d'aides à domicile, aides-soignants et infirmières devront être pourvus, selon les prévisions présentées dans le travail de M. Broussy (3), qui affirme par ailleurs qu'une campagne massive d'information et de revalorisation de ces carrières devient "une véritable exigence nationale". D'autre part, le vieillissement apparaît être une opportunité économique, notamment dans les domaines des "gérontechnologies" (domotique, télé-assistance).

V.3. Un enjeu sociologique

Plusieurs aspects sont à considérer comme des enjeux sociologiques liés au vieillissement. D'une part le passage du statut d'actif à celui de retraité vient constituer un moment de rupture de la trajectoire de vie pouvant être source de fragilisation. D'autre part, la personne âgée devient un élément essentiel de la famille et des politiques familiales. Il y a lieu de considérer l'évolution des liens intergénérationnels ainsi que la place et le rôle de la génération pivot.

V.3.1. La retraite

Si la retraite constitue pour une majorité de personnes une période libérée des contraintes professionnelles et de certaines responsabilités familiales, le passage de la vie active à la sortie du monde du travail n'en demeure pas moins une transition importante (4) : changement de statut, appauvrissement et perte de relations sociales liées au travail, changements financiers. La retraite coïncide souvent avec des changements familiaux : départ des enfants, expérience de la grand-parentalité, entrée dans le grand âge d'un parent.

La retraite est aussi une période à laquelle les possibilités de réaliser des projets toujours repoussés par manque de temps s'ouvrent, tout comme la possibilité de s'engager dans des activités nouvelles sur le plan associatif et social. Enfin la retraite est le temps du repos et l'arrêt des obligations professionnelles qui donne la possibilité d'organiser la journée à son rythme.

L'enjeu est de vivre pleinement sa retraite, de faire le deuil de son identité professionnelle pour s'inscrire dans une nouvelle dynamique identitaire.(4)

V.3.2. La personne âgée, élément essentiel de la famille et des politiques familiales

Trop souvent, la famille et la politique familiale n'ont été entendues que comme le lien entre parents adultes et enfants. Or les personnes âgées ont désormais une place essentielle à occuper dans la sphère familiale et donc dans les politiques de la famille (1). Grâce à l'allongement de l'espérance de vie, quatre générations peuvent maintenant se côtoyer. Le maintien ou le développement des liens intergénérationnels constituent un enjeu sociologique de premier ordre. « L'épanouissement individuel et la cohésion sociale reposent sur la découverte de la valeur de chacun des âges de la vie et sur l'apprivoisement du vieillissement, individuel et collectif. Après des aînés, les générations plus jeunes peuvent trouver un soutien affectif, une référence au passé et à un vécu, un apprentissage fondé sur l'expérience et l'expertise. Après des générations plus jeunes, les aînés retrouvent un sentiment d'utilité, une valorisation personnelle » (5).

Entre les deux générations plus jeunes et plus âgées, se trouvent la génération dite « pivot » composée des personnes âgées entre 50 et 70 ans. Elles offrent une aide à la fois aux enfants adolescents ou jeunes adultes encore à charge ou ayant des difficultés à accéder à l'autonomie, et aux parents en perte d'autonomie. Cette génération pivot est également la garante des liens intergénérationnels entre les plus jeunes et les plus âgés, et de la cohésion familiale. Elle fournit beaucoup d'effort et devrait être soutenue.

VI. Concept et termes associés

Cette partie est destinée à définir les concepts associés au vieillissement et à l'autonomie. Qu'est-ce que la vieillesse, un état ou un processus ? Qu'est-ce que bien vieillir ? La perte d'autonomie est-elle une fatalité et s'apparente-t-elle à de la dépendance ?

VI.1. La vieillesse : une vérité relative et multiple

La vieillesse est un âge relatif selon les époques. Les individus ne sont pas « vieux » aujourd'hui à 60 ou 65 ans comme il y a un siècle, ainsi que l'a très bien montré Patrice Bourdelais : « *Le principal écueil de la mesure traditionnelle du vieillissement provient de la fixité du seuil d'entrée dans la vieillesse. Car la réalité de l'âge a profondément changé*¹ ». L'âge d'entrée dans la vieillesse évolue au cours du temps : il était de 59,6 ans pour un homme et 60,4 ans pour une femme en 1825, 63,7 pour les hommes et 68 ans pour les femmes en 1947, puis 65,1 ans pour les hommes et 71,9 ans pour les femmes en 1975 pour être aujourd'hui de 70 ans pour un homme et 76,5 ans pour une femme.(6)

La vieillesse est comme la jeunesse : un concept qui n'a rien d'homogène.

La vieillesse s'est aujourd'hui considérablement diversifiée. L'augmentation de l'espérance de vie mais aussi l'individualisation des existences a entraîné une fragmentation considérable de la dernière phase de l'existence comme d'ailleurs de chacun des autres âges de la vie. A la triade traditionnelle — enfance, maturité, vieillesse — s'est substituée une multiplication et une complexification des étapes de l'existence : prime enfance, préadolescence, adolescence, jeunesse, senior, troisième âge, quatrième âge, ... La vieillesse n'est pas épargnée par ce phénomène et l'on peut aujourd'hui distinguer en son sein trois étapes ou plutôt trois processus : (7)

- l'âge où on est âgé sans être vieux (âge de la retraite et de la grand-parentalité (52 ans en moyenne aujourd'hui). C'est une phase inédite, qui ne marque pas un terme, mais l'amorce d'une nouvelle trajectoire, active et dynamique.
- L'âge de la vieillesse qui démarre au moment où les soucis de santé et le poids des ans limitent le dynamisme de la phase précédente. C'est aussi le moment où la solidarité familiale commence à s'inverser : d'aidants les personnes âgées deviennent de plus en plus les aidés, avec le sentiment d'une perte d'utilité et de sens.
- Enfin l'âge de la perte d'autonomie : cette troisième vieillesse ne concerne pas toutes les personnes, mais le risque augmente bien sûr avec l'âge. Au cours de cette période qui est un processus et non un état, le principal défi est de lutter contre la perte de lien. Les contraintes et la dépendance limitent les rapports interpersonnels et les appauvrissent.

Selon Vincent Caradec, il existe deux discours dominants : celui du déclin et celui du bien vieillir. Ces deux discours empruntent des mots et des formules chargés de sens et de représentation qu'il convient d'appréhender. Le sociologue propose une alternative à ces deux discours prenant en compte les épreuves de la vie.

VI.2. Le vieillissement et l'avancée en âge

Le **vieillissement** se définit par l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr (1). Il s'agit d'un processus lent, progressif et irréversible qui résulte des facteurs génétiques et environnementaux. Ce processus est également dépendant des événements de vie individuels (travail, deuil, traumatisme, affections aiguës, etc.) ou collectifs (guerres, crises économiques, migration, etc.). C'est pourquoi le vieillissement est dans son essence hétérogène et peut varier considérablement d'un individu à

¹ In Patrice Bourdelais, *L'âge de la vieillesse*, Odile Jacob, 1997.

l'autre. Il est complexe dans sa présentation et multifactoriel, dépendant à la fois de facteurs extrinsèques et intrinsèques, dans ses mécanismes. La résultante est une réduction des capacités d'adaptation de l'individu lors de tout événement, surtout ceux qui sont sources de stress et, de manière conséquente, une diminution de performances quelle que soit la fonction organique/biologique.(8)

On distingue trois types possibles de vieillissement² :

- le processus "réussi", sans pathologie, avec peu de risques d'en développer et une grande autonomie ;
- le processus "normal" sans pathologie mais avec des risques d'en développer ;
- le processus "pathologique" marqué par de nombreux facteurs de risques, des pathologies et/ou des incapacités installées très tôt.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) aborde le concept de "vieillesse active", qu'il définit comme le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie. De plus, le "vieillesse en santé", défini dans le plan européen du vieillissement³, est décrit comme "le processus d'optimisation de la santé physique, mentale et sociale afin de permettre aux personnes âgées d'être actives socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie". (5)

L'avancée en âge est une notion complémentaire à celle du vieillissement mais elle est moins réductrice et moins stigmatisante. Elle implique une dynamique tout au long de la vie. Elle entraîne des modifications importantes, évolutives et parfois définitives, mais contrairement au vieillissement, ces modifications ne sont pas uniquement négatives. Avec l'avancée en âge, la personne a de nouveaux besoins (aménagement et adaptations des rythmes ; prévention, dépistage, soins médicaux ; besoins affectifs et d'accompagnement) et de nouvelles aspirations/envies (nouvelle dynamique, nouveaux projets).

VI.2.1. Le discours du bien vieillir

La notion de « bien vieillir » est à rapprocher à la notion de bien-être qui se fonde sur différents critères :

- des possibilités comportementales (motrices, cognitives, sensibles) ;
- un état de satisfaction psychique (optimisme, conformité entre objectifs visés et situations atteintes) ;
- une qualité de vie appréhendée à travers une évaluation positive des relations familiales, amicales, des activités et entreprises menées, du logement, du voisinage, des revenus...

Si cette approche a le mérite d'introduire une dynamique dans le processus de vieillissement, une critique demeure cependant : qui dit "vieillesse réussie" sous-entend implicitement possibilité d'un vieillissement raté, de même, qui dit "bien vieillir" sous-entend la possibilité de "mal vieillir". Cette terminologie, intellectuellement satisfaisante, peut en pratique se révéler réductrice parce qu'elle schématise, encore de façon abusive, une réalité fonctionnelle complexe, mais rares sont les approches qui évitent cet écueil.

² Rowe JW. et Kahn RL. Successful aging. The Gerontologist, 1997, 37: 433-440.

³ Healthy aging - Draft report (2006).

VI.2.2. Autonomie et dépendance

L'**autonomie** est la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser, en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté. Les termes d'autonomie et de dépendance ne sont pas opposés car l'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide. Mais ces deux notions se complètent et sont à prendre en compte pour répondre au mieux au besoin de la personne âgée.

La **dépendance** est caractérisée par un état avancé de limitations physiques fonctionnelles, et est souvent irréversible (mais toute limitation physique fonctionnelle n'entraîne pas une dépendance). Elle est définie comme l'impossibilité de réaliser une ou plusieurs activités de vie quotidienne sans l'aide d'autrui (Wolff et al. 2005). Elle peut arriver de manière progressive et insidieuse, ou survenir de manière brutale. Elle se situe à l'extrême des déclin fonctionnels, augmente elle aussi avec l'âge et est associée au risque de mortalité (Fried et al. 1998). (9) La notion de dépendance en France a peu d'équivalent au niveau international. C'est un champ d'intervention publique délimité par un critère d'âge.

VI.2.3. Fragilité

Le concept de **fragilité** ne fait pas l'objet d'un consensus. Elle peut être considérée comme un syndrome. Elle correspond alors à une réduction multisystémique des aptitudes physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement (John Campbell, David Buchner, 1997). Elle peut être considérée comme un risque : « les fragiles sont des sujets ayant un risque, à un moment donné de leur vie, de développer ou d'aggraver des limitations touchant les fonctions physiologiques, le fonctionnement cellulaire, les capacités fonctionnelles ou les aptitudes relationnelles et sociales (Dramé et al, 2005) » (1). Il s'agit d'une approche holistique (approche qui consiste à considérer les phénomènes comme des totalités) et repose sur l'emploi d'un nombre très important de critères variés (physiologiques et cognitifs) dont certains sont assez imprécis. Cette approche permet de construire des indicateurs de fragilité qui prédisent assez bien la survie des individus âgés et leur institutionnalisation mais, en contrepartie, ne permet pas de distinguer les concepts de fragilité, de comorbidité et d'incapacité. A ce titre par exemple, le modèle de Rockwood est souvent considéré comme une « boîte noire épidémiologique » (2).

Un autre modèle, développé par Linda Fried (1998), repose sur une analyse des changements physiologiques chez certaines personnes, provoqués par la sénescence et les changements musculaires liés au vieillissement. Le phénotype de fragilité identifié par Fried comporte les cinq dimensions suivantes : fatigue ou mauvaise endurance, diminution de l'appétit, faiblesse musculaire, ralentissement de la vitesse de marche, sédentarité ou faible activité physique(2). La fragilité peut être considérée comme un état d'équilibre instable et intermédiaire, c'est-à-dire comme « un état d'équilibre dynamique précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie (mentale) et sa disparition, l'indépendance (physique) et sa perte, l'existence de ressources et leur épuisement, la présence d'un entourage affectif ou aidant et le total isolement » (Michel et al, 2002)(1).

L'approche par la fragilité paraît intéressante, à plusieurs titres, pour développer des stratégies de prévention en faveur des personnes âgées. D'abord, la fragilité est reconnue comme une mesure approchant l'âge biologique ; elle évite de recourir à l'âge chronologique qui décrit des situations de santé trop hétérogènes, et permet de discerner plus finement les populations à risque sans stigmatiser l'ensemble des personnes d'une même classe d'âge. Ensuite, alors que les critères de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles sont souvent relativement tardifs pour l'action, la fragilité décrit en revanche une situation précoce et progressive de la perte d'autonomie dont l'évolution peut être réversible. La fragilité permet ainsi d'envisager d'intervenir suffisamment en amont chez certaines personnes pour éviter l'incapacité, en retarder la survenue, ou en diminuer les conséquences néfastes (aménagement du logement, pratique d'une activité physique, etc.). Enfin, la

fragilité est un concept directement opérationnel. Des outils statistiques spécifiques sont déjà utilisés dans la pratique clinique (Romero-Ortuno *et al.*, 2010) et en population (Vermeulen *et al.*, 2011) pour détecter les personnes fragiles(2).

Cette fragilité est potentialisée par une **vulnérabilité** sociale (ni recevoir ni rendre visite, se sentir souvent seul, éprouver des difficultés dans au moins un geste de la vie quotidienne, utiliser une canne, difficultés pour se déplacer, estimer que son état de santé s'est dégradé, peur de faire un malaise ...).(1)

VI.2.4. Déclin et stratégies mises en place

Le processus normal de vieillissement, ou vieillissement physiologique (en absence de pathologie), entraîne des réductions des réserves physiologiques de tous les systèmes de l'organisme (par exemple, des réductions de la capacité cardio-respiratoire, de la force musculaire, de l'acuité visuelle et auditive) ; l'ampleur de tels **déclics** varie selon les individus, car soumise à l'influence de plusieurs facteurs. Ces facteurs sont divisés en facteurs immuables et en facteurs modifiables. Parmi les facteurs immuables, bien qu'il n'existe pas de gène spécifique responsable du vieillissement, on trouve la génétique. Les facteurs modifiables sont liés au style de vie (par exemple, la nutrition, l'exercice physique), et à l'environnement. Quand les pertes physiologiques sont importantes, l'organisme qui vieillit devient plus sensible à la fragilité, et peut avoir réduit sa capacité physique fonctionnelle, ce qui peut générer une condition de limitation physique fonctionnelle, et aboutir à la dépendance.(9)

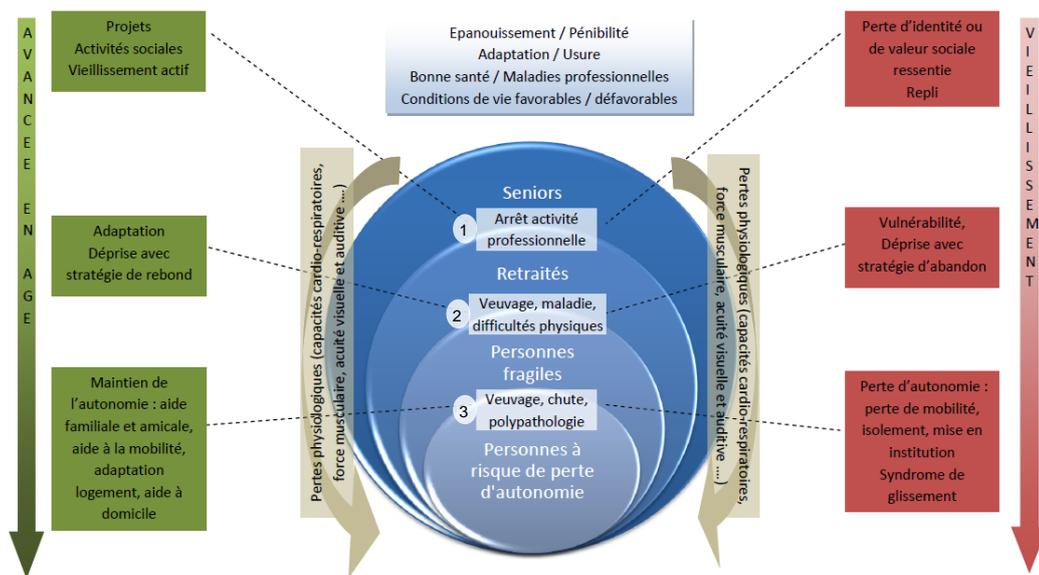
La **déprise** désigne le processus de réaménagement de l'existence qui se produit au fur et à mesure du vieillissement et qui conduit les individus à faire face à des circonstances nouvelles. Tout se passe comme si l'individu était pris dans un travail de négociation dont l'enjeu serait le maintien de son identité en dépit des éventuelles implications biologiques et sociales du passage du temps telles qu'une dégénérescence physiologique ou un veuvage. (10)

Le processus de « déprise » est caractérisé par un certain effritement des « prises » de l'individu sur le monde : il doit abandonner des activités ; certains de ces proches disparaissent ; le monde se transforme. Ce réaménagement de l'existence est marqué, en tendance, par l'**abandon** ou la baisse de l'intensité des activités. Cependant, les personnes qui vieillissent s'efforcent d'en garder d'autres et/ou en développent parfois de nouvelles. Ainsi, la déprise peut consister à poursuivre des activités antérieures sur une plus petite échelle ou de manière différente. A l'opposé, pour ceux qui conservent une bonne condition physique et des opportunités d'engagement (liées à leur environnement social, familial et/ou économique), la déprise prend davantage la forme d'une reconversion d'activités. Ils s'efforcent de maintenir certaines « prises » et même d'en recréer en s'engageant dans de nouvelles activités ou relations, dans une **stratégie de rebond**. La déprise est ainsi un processus actif à travers lequel les personnes qui vieillissent mettent en œuvre des stratégies d'adaptation, de manière à conserver aussi longtemps que possible des activités qui font sens pour elles. L'enjeu de la déprise consiste ainsi à maintenir des « prises » significatives sur le monde. (11)

VI.2.5. Syndrome du glissement

Le **syndrome du glissement** est un état de grande déstabilisation physique et psychique. Il touche les personnes âgées d'environ 70 ans, fragiles et polyopathologiques. Il fait suite, après un intervalle libre de quelques jours à un mois, à un facteur déclenchant qui peut être physique ou psychique comme une maladie aiguë, une intervention chirurgicale, une chute, une fracture, une perte, un deuil, une hospitalisation ou un placement. Il associe des signes physiques (l'anorexie, l'adipsie, la dénutrition, la déshydratation) et des signes psychiques marqués par le repli, la clinophilie, le refus alimentaire, le refus des soins ou le mutisme. Son évolution est très sévère, mais pas irréversible. Le décès survient dans 80 à 90 % des cas suivant les études, le plus souvent rapidement.(12)

Figure 1. Schématisation du processus de vieillissement et de l'avancée en âge



Note de lecture : les événements ① ② ③ sont donnés à titre d'exemple et ne prétendent pas être exhaustifs. Il s'agit des événements à l'origine de transitions qu'elles soient anticipées ou non (Cf. Nancy K. Schlossberg).

VII. La perte d'autonomie : un risque

La perte d'autonomie est considérée comme un risque. Pour faire face au risque de perte d'autonomie, la « Plateforme Autonomie » de l'ARS Poitou-Charentes s'appuiera à la fois sur des stratégies de prévention qui seront précisées.

VII.1. La promotion de la santé et l'éducation à la santé

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. Pour cela, il faut s'appuyer sur l'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles, et la réorientation des services de santé.(13)

L'éducation à la santé est définie dans le plan national d'éducation pour la santé (2001). Elle est « une composante de l'éducation générale et considère l'être humain dans son unité, ne pouvant dissocier les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de la santé. Elle doit permettre au citoyen d'acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de protéger, voire d'améliorer sa santé et celle de la collectivité.» D'autres définitions renvoient également aux notions de longévité et de qualité de vie. L'éducation à la santé ne se limite pas à l'information sur les risques, même si elle est nécessaire, mais son objectif est de provoquer des modifications d'opinions et d'attitudes, voire des désirs de changement de comportements.(14)

VII.2. Les stratégies préventives pour la préservation de l'autonomie

L'objectif des politiques de prévention est « d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident » (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Plus précisément pour la prévention de la perte de l'autonomie, l'affirmation d'une politique de prévention plurielle (médicale, médico-sociale et sociale) de la perte d'autonomie, forte, visible, conduite dans la durée, évaluée, organisée, est essentielle : elle pourrait permettre à l'ensemble de la population de vieillir en meilleure santé, contenir l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie et limiter, le cas échéant, l'ampleur des incapacités, offrant ainsi un impact financier non négligeable.(7)

Il est important de souligner d'emblée que la prévention de la perte d'autonomie ne se limite pas aux risques du grand âge et que, s'agissant de celui-ci, il n'est pas question de prévenir le vieillissement lui-même, mais ses conséquences en terme de restriction de participation à la vie sociale qui peut en résulter pour les personnes concernées. Les auteurs rappellent en effet que 83 % des personnes âgées de 60 à 79 ans peuvent être considérées comme autonomes, 3,3 % pouvant à l'inverse être considérées comme dépendantes ou fortement dépendantes. Au-delà de 80 ans, près de six personnes sur dix sont encore relativement autonomes malgré quelques difficultés d'audition et de motricité générale (CIF-OMS 2001).(15)

Dans ce cadre, plusieurs types de prévention sont à distinguer :

- La prévention primaire qui recouvre l'ensemble des actions qui permettent de réduire la survenue d'un événement indésirable ou de retarder sa survenue : par exemple des mesures environnementales, ou de vaccination ;

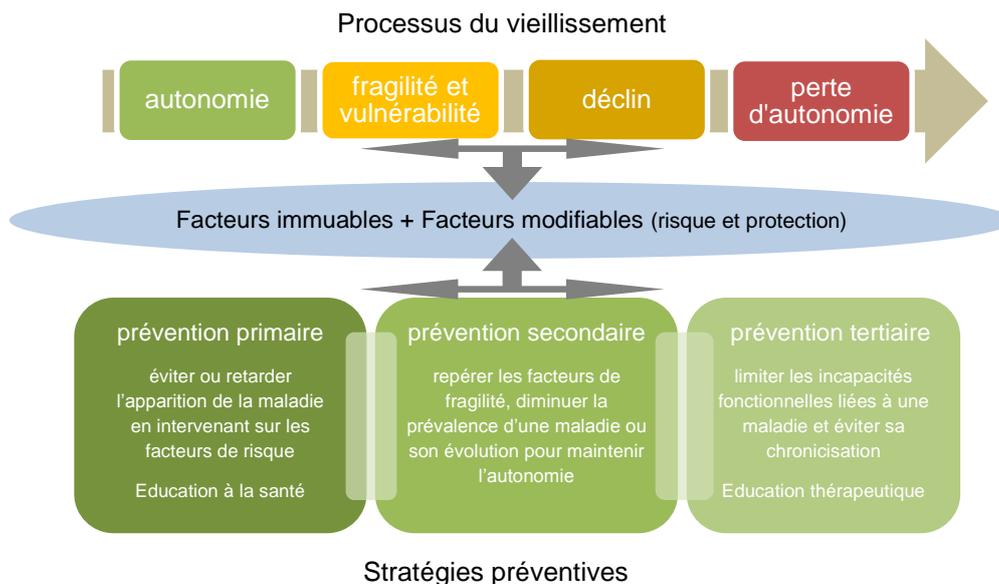
- La prévention secondaire qui a pour objectif de réduire les conséquences d'un risque déjà advenu, en le diagnostiquant et le traitant précocement. Il s'agit de repérer les facteurs de fragilité et d'intervenir à un moment où il est encore possible de limiter les conséquences d'une pathologie : par exemple le dépistage systématique du cancer du sein ;
- La prévention tertiaire qui cherche à amoindrir les conséquences, et notamment les limitations d'activité et restrictions de participation à la vie sociale associées par exemple à un accident ou à une maladie chronique. Il s'agit également d'éviter la chronicisation d'une maladie. (15)

VII.3. L'éducation thérapeutique

« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. ⁴» L'éducation thérapeutique se construit avec le patient et implique autant que possible les proches. La démarche éducative accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé. Du fait du public spécifique des personnes âgées et du type de pathologie rencontré, le rôle clé de l'entourage familial et des proches peut apparaître encore plus prégnant (cas des maladies neurodégénératives).

L'éducation thérapeutique répond à une demande de prévention tertiaire

Figure 2. Le processus de vieillissement et les stratégies préventives



Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Note :

" Certains chercheurs ont pu établir des typologies de trajectoires de vieillissement; ils différencient les trajectoires se déroulant sans incapacité ou perte d'autonomie, souvent résumées sous la notion de "vieillesse normale" ou de "vieillesse réussie" (successful aging), des trajectoires marquées par la survenue d'incapacités, ou "vieillesse pathologique". L'identification de chemins possibles permet également une exploration des facteurs de risque et de protection et une réflexion autour de politiques de santé publique, à l'instar du plan bien vieillir.⁵

⁴ Article L 1161-1 du code de la santé publique

⁵ Lalive d'Épinay C., Spini D. Les années fragiles. La vie au-delà de 80 ans. Presses de l'université de Laval, 2007. 378p.

VII.4. Les clés pour la préservation de l'autonomie

VII.4.1. Le plan national « Bien vieillir »

Dans ce qu'il définit comme étant « les clés du « bien vieillir », le plan « Bien vieillir » (Cf. IX. Politiques de prévention) recommande d'adopter des conduites favorables : (5)

- continuer à entretenir, voire améliorer son capital intellectuel, physique, social et psychique (promotion de la santé) ;
- prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adapté
- prendre en charge précocement les maladies ou les troubles qui sont susceptibles d'entraîner une incapacité
- avoir une activité physique ou sportive régulière
- adapter son alimentation selon les principes du Programme National Nutrition Santé (PNNS)
- adapter son environnement physique et social
- conserver une vie sociale riche et les liens intergénérationnels
- lutter contre l'isolement
- valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation au changement

VII.4.2. Stratégie nationale de santé

Une nouvelle stratégie de santé est en cours d'élaboration au niveau national. Son objectif est de refonder le système de santé jugé « performant mais inéquitable ». Outre le traitement des maladies aiguës, il doit s'attacher désormais à répondre au « déficit des maladies chroniques » tout en réduisant les inégalités de santé. La réorganisation proposée devrait permettre en outre de mieux répondre aux besoins des citoyens, notamment mais pas seulement, sur les thèmes du vieillissement, de la perte d'autonomie et des maladies chroniques. Le principe de la stratégie repose sur « la prise en charge globale des déterminants de santé donnant toute sa place à la prévention dans le cadre de parcours de soins coordonnés ». De plus elle doit permettre de répondre « aux crises sanitaires de manière plus efficiente » et contribuer « à la promotion de la santé comme filière d'avenir ». (16)

La loi de santé publique de 2014 fixera des priorités et définira des objectifs chiffrés d'amélioration de la santé des Français qui seront déclinés localement pour s'adapter à la spécificité des territoires. Le médecin traitant sera le pivot de cette politique de prévention et l'évaluation et la gestion des risques sanitaires seront améliorés : réorganisation des vigilances sanitaires et surveillance et promotion du bon usage des médicaments.

Les trois axes prioritaires de la stratégie nationale de santé sont donc les suivants :

- 1 - Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé
- 2 - Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : la révolution du premier recours
- 3 - Approfondir la démocratie sanitaire et miser sur la déconcentration

Afin de préparer cette loi de santé et mobiliser tous les acteurs, citoyens, élus, partenaires sociaux et professionnels de santé, des débats sont organisés par les ARS dans chaque région jusqu'en février 2014.

VIII. Les déterminants et les inégalités de santé

Les trajectoires suivies ne sont pas identiques selon les personnes âgées. Schématiquement, 40 % des personnes âgées passent d'une étape de fragilisation à une perte d'autonomie, 40 % passent par une étape de fragilisation et décèdent sans perte d'autonomie préalable, 15 % ne subissent ni fragilisation, ni perte d'autonomie jusqu'à quelques mois de leur décès, et enfin 5 % passent de l'autonomie directement à une perte d'autonomie. Ces différentes trajectoires sont influencées par des déterminants, qui peuvent être de différentes natures. Les facteurs de risque et les facteurs de protection sont à considérer. Ces différents déterminants constituent également des inégalités de santé. (17)

VIII.1. Des déterminants individuels, socio-économiques et socio-environnementaux (8)

Le premier d'entre eux est l'état de santé de la personne, puis son âge, même si des variations importantes sont observées et qu'à tout âge les différents statuts de santé se côtoient. Le sexe joue un rôle important, les femmes ayant moins de chance de suivre une trajectoire d'indépendance et plus de risque de subir une fragilisation sévère.

Des déterminants sociaux ont également été identifiés : les carrières socio professionnelles jouent un rôle sur le statut de santé, les personnes âgées des milieux populaires ayant plus de risque de passer par une étape terminale de dépendance lourde. Outre ces déterminants, la pratique de certaines activités a une influence sur les trajectoires notamment sur la fragilisation : les travaux manuels, la lecture et la pratique des médias, les activités sociales, la pratique religieuse. Enfin l'environnement relationnel (présence de la famille et d'amis, densité des échanges), mais également les compétences psychosociales jouent un rôle.

Dans le cadre du programme franco-québécois 2009-2011, ont été étudiés plus particulièrement les déterminants socio-environnementaux [3]. Il est admis que la participation sociale est un déterminant important de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées. Or certains travaux démontrent que l'environnement résidentiel joue un rôle dans cette participation. Ainsi, les « voisinages riches en ressources accessibles favorisent la qualité de vie, notamment par un impact sur la marche, la fréquentation des ressources et la convivialité ». De plus, le niveau socio-économique du quartier et le réseau social ont également été identifiés comme facteurs associés à la santé et à la qualité de vie des aînés.

Ainsi, non seulement les déterminants individuels (sexe, âge, niveau socio-économique, comportements de santé...) sont importants mais ils ne peuvent être dissociés de l'environnement, qu'il s'agisse du réseau social (relation familiale, relations amicales, implication dans la vie locale ...) ou de la qualité du voisinage (ressources disponibles et accessibilité, solutions de transport adaptées, aménagement de lieux collectifs et d'espaces publics, commerces. Il s'agit donc de créer, de développer ou de maintenir un environnement favorable, et cela passe non seulement par l'implication de l'entourage des personnes âgées, mais également par celle des pouvoirs publics.

VIII.2. Les inégalités de santé

Le rapport Aquino (1) reprend dans sa fiche 5 des constats concernant les inégalités de santé territoriales et sociales :

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

Il fait le constat que la mortalité évitable était beaucoup plus élevée dans le Nord-Pas-de-Calais, en Basse-Normandie, Bretagne et Poitou-Charentes que dans les autres régions métropolitaines.

Les inégalités de santé s'expliquent essentiellement par la composition sociale des territoires. Schématiquement, plus la position sociale est élevée, plus l'état de santé est favorable.

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

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

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

VIII.3. Les facteurs de risques

La perte d'autonomie des personnes âgées résulte d'une déficience liée à une ou plusieurs pathologies et, en même temps, de la dynamique positive ou négative entre cette déficience et l'environnement qui peut la réduire ou la compenser (15). Différentes causes de la perte d'autonomie ont été identifiées :

- **Les causes médicales** : Toutes les maladies peuvent entraîner une perte d'autonomie en particulier toutes celles dites « liées à l'âge », maladies cardiovasculaires, démences, cancers, arthrose et ostéoporose, troubles sensoriels (en particulier la diminution de l'audition), troubles de l'équilibre, altération de l'état nutritionnel, troubles psycho-comportementaux (états anxio-dépressifs), incontinence urinaire...
- **Les causes environnementales** : isolement social, chutes, cadre de vie inadapté, inactivité, perte du référent (famille, voisin...), hospitalisation (18).
- **Les causes socio-économiques** : les résultats de deux enquêtes SHARE (2004-2011) et ESPS 2012 (2) indiquent que le processus de fragilisation des personnes âgées s'accompagne de difficultés financières et suggèrent également que les difficultés financières au cours de la vie favoriseraient la fragilité aux âges avancés.

Selon André Trillard, la première cause de dépendance serait les maladies « liées à l'âge », en second viendrait la « fragilité ». La troisième de ces causes serait l'inactivité ou, de façon plus générale, le mode de vie et la quatrième regroupe la maladie d'Alzheimer et les troubles cognitifs apparentés (19).

Les déterminants de la perte d'autonomie peuvent également être classés en trois catégories : Les facteurs structurels, les facteurs facultatifs et les facteurs déclenchant.

Tableau 1. *Les déterminants de la perte d'autonomie*

Facteurs	Organiques	Sociaux	Psychologiques
Structurels	Vieillesse physiologique	Fragilisation du lien social	Pertes multiples Proximité de la mort
Facultatifs	Pathologies chroniques Incapacités chroniques	Précarité sociale Crise familiale Maltraitance	Déficit cognitif Bilan de vie amer Personnalité fragile
Déclenchant	Pathologie aiguë Traumatisme Incapacité récente Douleur	Déménagement Agression Conflit familial Placement ou hospitalisation	Chute Deuil récent Eloignement d'un proche Evènement stressant

Source : Appareillages et aides techniques aux personnes âgées, Dr Boudokhane (20)

VIII.4. Les facteurs de protection

Une promotion de l'ensemble des déterminants du style de vie, nutrition équilibrée, activité physique modérée et prolongée, prolongation de l'activité professionnelle (lorsqu'elle est choisie et que la qualité de vie au travail est satisfaisante) ou bénévole, activité intellectuelle, activités de loisirs, permettrait de gagner plusieurs années de vie en bonne santé.

L'activité physique est fondamentale puisqu'elle réduit le déclin de l'aptitude physique, qu'elle participe au maintien de l'équilibre nutritionnel et améliore les capacités cognitives (dynamisme, efficacité, sentiment de bien-être). Le **maintien des activités sociales** à tout âge (par le bénévolat, par exemple) est reconnu pour son efficacité sur le processus de stimulation mentale en permettant d'améliorer l'estime de soi, l'autonomie et le sentiment d'appartenance et d'accomplissement. La pratique de loisirs comme la musique, la danse ou les jeux de société est également corrélée à un risque réduit de déclin intellectuel et notamment à la prévention de la maladie d'Alzheimer.

Enfin faire bénéficier les patients âgés d'une bonne prise en charge médicale et de tous les progrès médicaux permet de réduire la dépendance à son plus bas niveau (19).

L'isolement des personnes âgées : Les conclusions de l'étude qualitative du CREDOC sur les effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie (21)

Les situations d'isolement et de perte d'autonomie qui ont pu être observées dans le cadre de cette étude révèlent à quel point les incapacités croissantes à « faire par soi-même », associées au délitement plus ou moins progressif ou brutal du tissu relationnel, modifient en profondeur la relation au monde (l'habitus) des personnes âgées, ainsi que les repères et relais structurants qui leur permettent d'affronter au quotidien la vie à domicile. La perspective de ne plus pouvoir vivre chez soi impacte l'état physique, psychologique et émotionnel des personnes âgées et fait émerger un besoin croissant de disposer d'un réseau relationnel pour y trouver soutien et appui.

Dans ce contexte, la pluralité des formes d'interventions bénévoles observée auprès des personnes âgées, selon des modalités d'interventions propres à chaque bénévole et à chaque association, permet de saisir de manière circonstanciée les différentes fonctions et rôles possibles des bénévoles, et leur impact sur la situation des personnes âgées auprès desquelles ils interviennent.

Le rôle du bénévole se situe dans une forme d'altérité qui permet de combler un vide potentiel sur le plan affectif, dans la mesure où il s'engage dans une relation interpersonnelle investie de part et d'autre. Cet engagement, libre par nature car reposant sur la volonté de chacun et dépendant du sens que chaque bénévole souhaite donner à cette démarche, peut cependant être renforcé dans un contexte « engageant » : un contexte à la fois structurant, encourageant, porteur de sens et de solutions concrètes que le cadre associatif doit être en capacité d'offrir aux bénévoles pour soutenir leur action.

Le rôle de l'institution, à savoir l'association de rattachement du bénévole, apparaît ici comme essentiel dans la dynamique de l'intervention bénévole : c'est en effet elle qui va pouvoir investir l'action bénévole d'une mission spécifique (de vigie et de lanceur d'alertes), et lui donner ainsi un sens et une valeur bien identifiés. Le rôle structurant des associations pourrait ainsi être renforcé afin de guider le bénévole dans la construction d'une relation de confiance et de réciprocité indispensable pour pouvoir jouer ce rôle.

IX. Situation épidémiologique

IX.1. Les populations concernées

La région Poitou-Charentes devrait compter près de 690 000 personnes de 60 ans et plus à l'horizon 2030, ce qui représente une **augmentation de 42 %** par rapport à 2010 (contre 39 % au niveau national). Si aujourd'hui, les personnes âgées d'au moins 60 ans ne représentent que 26 % de la population de Poitou-Charentes, elles seront 35 % en 2030. Le nombre de picto-charentais très âgés, ayant atteint ou dépassé 80 ans, devrait dépasser 182 000, soit 50 % de plus qu'en 2010. Quant au nombre de centenaires, il devrait tripler d'ici 2030, passant de 1 000 à 3 000 en 20 ans (22).

Tableau 2. Répartition de la population âgée de 60 ans et plus à l'horizon 2030 (en %)

	Années	60 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus	Ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus
Charente	2010	6.8	9.4	8.3	3.3	27.7
	2020	7.5	13.7	7.6	4.4	33.1
	2030	7.2	14.5	11.7	4.4	37.7
Charente-Maritime	2010	7.3	10.1	8.4	3.3	29.1
	2020	7.5	14.4	7.8	4.2	33.8
	2030	7.2	14.5	11.7	4.2	37.6
Deux-Sèvres	2010	6.6	9.1	7.9	3.3	26.9
	2020	7.1	13.0	7.3	4.4	31.8
	2030	7.0	14.0	11.0	4.4	36.4
Vienne	2010	6.0	7.9	6.8	2.9	23.5
	2020	6.3	11.2	5.9	3.4	26.8
	2030	5.9	11.2	8.8	3.3	29.2
Poitou-Charentes	2010	6.7	9.2	7.9	3.2	27.0
	2020	7.1	13.2	7.2	4.1	31.5
	2030	6.8	13.6	10.8	4.1	35.2
France métropolitaine	2010	6.0	7.9	6.3	2.5	22.7
	2020	6.1	11.0	5.9	3.2	26.2
	2030	6.1	11.2	8.7	3.3	29.3

Source: INSEE, projections de population (23)

IX.2. Des éléments de fragilité liée à la perte d'autonomie dans la région Poitou-Charentes

Une étude de la DREAL (Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du Logement) Poitou-Charentes de 2010 a étudié certains facteurs de fragilité face au vieillissement de la population dans le cadre de la lutte contre la perte d'autonomie.

Au niveau des logements, 9,8 % des personnes de plus de 75 ans vivent dans des logements sans confort (sans douches, baignoires et wc) et cette proportion atteint 12,8 % en milieu rural contre 4,6 % en milieu urbain.

Dans la région, 17,6 % des plus de 75 ans déclarent un revenu annuel inférieur à 5 000 €. Cette proportion atteint 20,6 % en milieu rural et 12,5 % en milieu urbain.

Enfin, 52 % d'entre eux vivent seuls, 50,7 % en milieu rural et 54,5 % en milieu urbain.

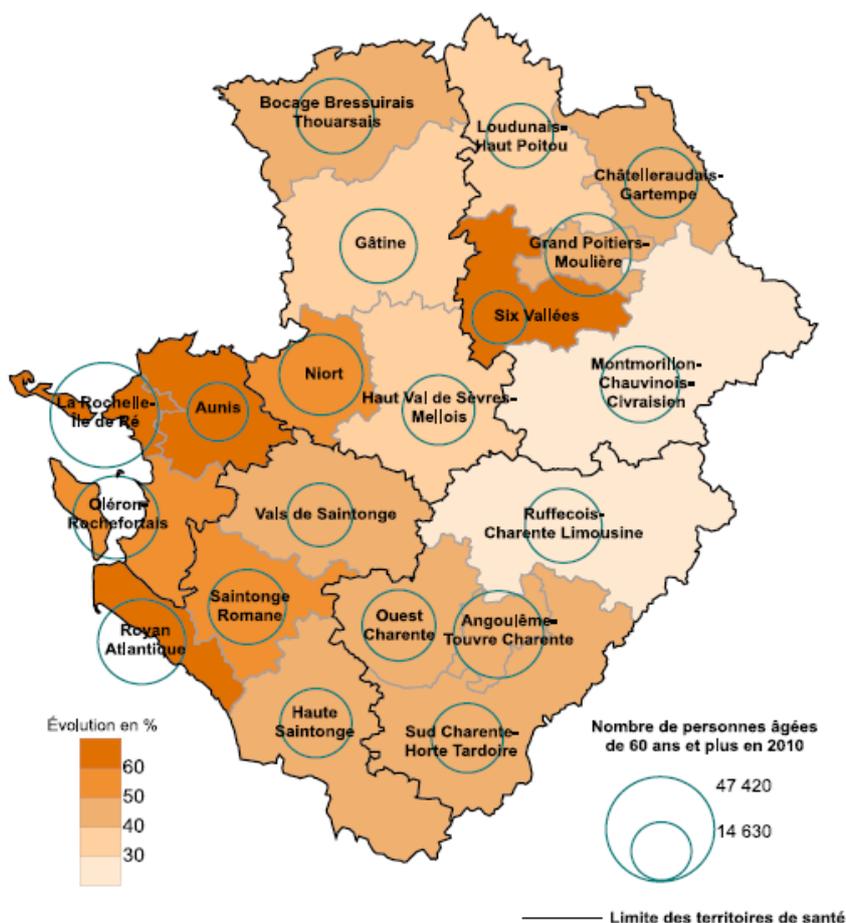
IX.3. Nombre de personnes âgées dépendantes

En 2010, le Poitou-Charentes comptait **44 000** personnes âgées dépendantes, avec un nombre de femmes dépendantes largement supérieur à celui des hommes (28 000 vs 16 000). Les personnes de 90 ans et plus représentaient un cinquième des individus dépendants (22).

En 2030 ils seraient **61 000** personnes âgées dépendantes soit une augmentation de **38 %** (40 % au niveau national (24)), la Charente-Maritime serait le territoire le plus marqué par cette évolution avec

un accroissement de 46 %. L'augmentation du nombre de personnes dépendantes atteindrait 34 % dans la Vienne et 32 % dans les Deux-Sèvres et la Charente. La réduction de l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes devrait s'accompagner d'une diminution des disparités en matière de dépendances. Ainsi si le nombre d'hommes s'accroît de 43 % entre 2010 et 2030, le nombre de femmes dépendantes ne devrait augmenter que de 35 % sur la même période. Toutefois le nombre de femmes dépendantes demeurera largement supérieur à celui des hommes (38 000 vs 23 000). Enfin les personnes dépendantes seraient de plus en plus âgées, les personnes de 90 ans et plus représenteraient près d'un tiers des personnes dépendantes (22).

Figure 3. Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2030



Source : IGN, Insee 2011 (22)

IX.4. Nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

En 2011, plus de 37 000 personnes bénéficiaient de l'APA dans la région Poitou-Charentes. C'est en Charente-Maritime que ce nombre était le plus élevé.

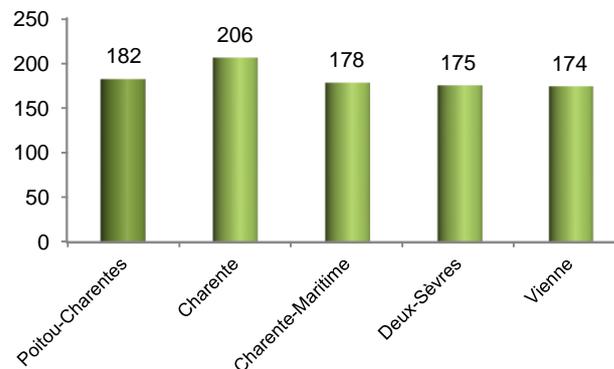
Tableau 3. Nombre de bénéficiaires de l'APA dans la région et dans les départements de 2004 à 2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Poitou-Charentes	31 657	34 196	35 946	37 184	37 381	38 025	36 955	37 474
Charente	8 232	8 936	9 169	9 129	9 445	9 167	8 710	8 710
Charente-Maritime	9 985	10 977	11 830	12 541	12 786	13 297	12 997	13 611
Deux-Sèvres	6 645	7 141	7 436	7 781	7 320	7 375	7 438	7 426
Vienne	6 795	7 142	7 511	7 733	7 830	8 186	7 810	7 727

Source : Score-Santé - FNORS (DREES)

Le taux national de bénéficiaires de l'APA s'élevait en France en 2011 à 205 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, contre 182 dans la région Poitou-Charentes. C'est en Charente que le taux est le plus élevé avec 206 bénéficiaires pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

Figure 4. Taux de bénéficiaires de l'APA en 2011 en Poitou-Charentes et dans ses départements (pour 1 000 personnes de 75 ans et plus)



Source : Score-Santé - FNORS (DREES)

En 2008, dans la région, 58 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile ; la part s'élevait à 65 % en Charente-Maritime, département où le taux d'équipement en places d'hébergement est relativement faible. La majorité des bénéficiaires de l'APA en établissement sont fortement dépendants et classés selon la grille AGGIR en GIR 1 ou 2 (56 %) ; à domicile, un allocataire sur 5 est évalué en GIR 1 ou 2. Au niveau régional, la progression des allocataires de l'APA marque le pas contrairement à l'échelon métropolitain après 4 années d'augmentation des effectifs. En Charente-Maritime et dans la Vienne, la croissance est plus modérée mais se poursuit en 2008. Dans les Deux-Sèvres, le nombre d'allocataires diminue en 2008 après 3 années de hausse des effectifs (23).

Tableau 4. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance de la personne (en %)

	GIR 1-2	GIR 3-4	Ensemble
En établissement			
Charente	59.3	40.7	100.0
Charente-Maritime	57.7	42.3	100.0
Deux-Sèvres	52.3	47.7	100.0
Vienne	52.3	47.7	100.0
Poitou-Charentes	55.6	44.4	100.0
France métropolitaine	59.0	41.0	100.0
A domicile			
Charente	22.0	78.0	100.0
Charente-Maritime	22.1	77.9	100.0
Deux-Sèvres	19.7	80.3	100.0
Vienne	17.6	82.4	100.0
Poitou-Charentes	20.7	79.3	100.0
France métropolitaine	21.0	79.0	100.0
Ensemble			
Charente	37.5	62.5	100.0
Charente-Maritime	34.5	65.5	100.0
Deux-Sèvres	35.8	64.2	100.0
Vienne	33.3	66.7	100.0
Poitou-Charentes	35.2	64.8	100.0
France métropolitaine	35.0	65.0	100.0

Source : Drees/Drass, enquête auprès des Conseils généraux au 31 décembre 2008 (23)

L'attribution de l'**APA**, créée par la loi du 20 juillet 2001 et modifiée par la loi du 31 mars 2003, n'est pas soumise à conditions de ressources ; en revanche, ces dernières sont prises en compte pour déterminer le montant de l'APA pris en charge par le département. Cette prestation est attribuée sous conditions de résidence (stable et régulière), d'âge (60 ans et plus) et de perte d'autonomie évaluée à partir de la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources).

La **grille AGGIR** classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie à partir d'une évaluation de leurs capacités à effectuer ou non les gestes de la vie quotidienne. Ces 6 niveaux, les Groupes Iso-Ressources (GIR), permettent de classer les personnes les plus dépendantes (GIR1, GIR2), aux moyennement dépendantes (GIR3, GIR4) aux peu, voire aux non dépendantes (GIR5, GIR6).

IX.5. Etat de santé des seniors et pathologies liées à la perte d'autonomie

Avertissement : Les données issues de l'enquête Baromètre santé Poitou-Charentes 2010 concernant l'état de santé des personnes âgées est à prendre avec précaution. En effet, l'enquête a été menée auprès de personnes vivant à leur domicile (sont exclues les personnes hospitalisées ou vivant en institution). Les personnes répondaient à un questionnaire au cours d'un entretien téléphonique.

IX.5.1. Etat de santé général

D'après les données du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, les 56-65 ans sont proportionnellement plus nombreux à juger leur santé comme « bonne » 67 % contre 54 % des 66-75 ans. La proportion de personnes interrogées percevant leur santé comme « médiocre » augmente avec l'âge passant de 10 % des 56-65 ans à 19 % des 66-75 ans. Près de la moitié des 66-75 ans ont ainsi été en mauvais état de santé physique au moins un jour au cours des trente derniers jours, et un sur cinq au moins 8 jours sur cette période. Ces proportions sont respectivement de 40 % et 14 % chez les 56-65 ans.

Une maladie chronique (« maladie qui dure au moins six mois et qui peut nécessiter des soins réguliers ») a été déclarée par 22 % des hommes de 56-65 ans (29 % des femmes), 45 % des hommes de 66-75 ans (34 % des femmes), et 51 % des hommes e 76-85 ans (42 % des femmes).

Concernant le sommeil, la proportion de femmes pas du tout satisfaites de leur sommeil passe de 7 % chez les 56-65 ans à 14 % chez les 76-85 ans. (25)

IX.5.2. Accidents de la vie courante

Un accident de la vie courante est un traumatisme non intentionnel subi par une personne, qui n'est ni un accident de la route, ni un accident du travail. Les effets secondaires des médicaments ne sont pas considérés comme accidents de la vie courante. Les accidents de la vie courante (près de 19 000 décès par an en France) constituent un fléau qui a de lourdes incidences physiques et morales pour les victimes elles-mêmes, leurs familles ainsi que pour la collectivité qui doit en assurer le coût social. Ils tuent quatre à cinq fois plus que la route. Il s'agit donc d'un sujet essentiel, tant individuel que collectif, qui nécessite la mise en place d'une politique active de prévention.

Les principales causes de mortalité liées à un accident de la vie courante sont chez les personnes âgées de 65 ans et plus les chutes devant les suffocations.

Tableau 5. *Taux de mortalité standardisé par type d'accident de la vie courante, selon l'âge en France métropolitaine (pour 100 000 personnes)*

	45-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Taux tout âge
Chutes	4,7	15,8	71,6	44,2	11,9
Suffocations	2,3	6,4	20,1	99,2	3,6
Noyades	2	3,4	3,7	4,2	1,5
Incendie	0,9	0,9	2	6	0,7
Intoxications	2,5	1,8	5,5	14	1,3

Source : BEH thématique 37-38 / 2 octobre 2007

Chez les personnes âgées, c'est la marche qui est l'activité qui provoquent le plus d'accident, devant l'activité domestique.

Tableau 6. Répartition des accidents de la vie courante selon l'activité (%)

Activité	personnes âgées	population entière
Autres (dont la marche)	65,3	30,1
Activité domestique	12,1	7,6
Activité vitale	10,3	6,8
Loisirs/jeux	7,3	34,9
Sports	0,9	17,2
Bricolage	4,1	3,4

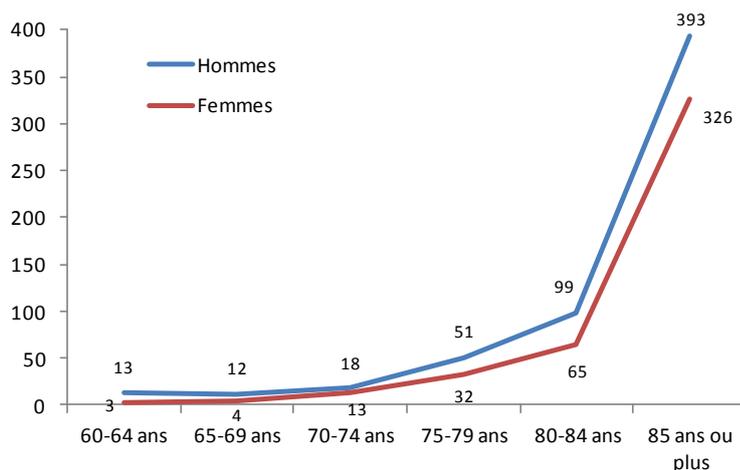
Source : Enquête EPAC – résultats 2007, InVS

IX.5.2.1. Les chutes

Les chutes représentent **80 % des accidents de la vie courante** chez les personnes âgées de plus de 65 ans (18). Parmi les personnes de plus de 65 ans, 30 à 50 % font une chute dans l'année. Cette proportion atteint plus de 50 % après 85 ans. Une personne qui chute a **20 fois** plus de risque de retomber après une première chute. Une personne âgée qui tombe a sa vie qui change totalement, elle va avoir peur de se déplacer, de sortir et petit à petit son périmètre d'activité va se réduire. Sa vie sociale étant diminuée, cela va jouer sur son moral et ses capacités cognitives qui vont au fur et à mesure entraîner une régression psychomotrice. Dans **40 %** des cas, une chute compromettra l'autonomie future de la personne âgée (26).

D'après les données du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, tout type d'accident confondu, les hommes ont plus fréquemment eu un accident dans l'année que les femmes dans la classe d'âge des 56-65 ans (8 % contre 4 %). Dans les tranches d'âge qui suivent, l'inverse est observé : 3 % chez les hommes de 66-75 ans contre 6 % chez les femmes du même âge, et 4 % chez les hommes de 76-85 ans contre 8 % chez les femmes du même âge.(25)

Figure 5. Taux de mortalité par chute accidentelle selon le sexe par tranche d'âge quinquennale en 2009 en Poitou-Charentes (pour 100 000 personnes)



Source : Score santé – FNORS

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les chutes accidentelles constituent une cause importante de mortalité chez les personnes âgées, notamment à partir de 85 ans. En 2009, dans la région, les taux observés pour 100 000 personnes sont plus importants chez les hommes que chez les femmes : chez les 85 ans ou plus, pour 100 000 hommes, 393 sont décédés suite à une chute accidentelle. Cela représente pour cette tranche d'âge, 62 décès masculins et 138 décès féminins.

IX.5.2.2. Les suffocations

Depuis le début des années 80, le nombre de décès par suffocation de personnes âgées de plus de 65 ans a été multiplié par près de 3. Les maladies du système nerveux (démence, troubles mentaux, maladies vasculaires cérébrales...) sont des facteurs d'accroissement important du risque de suffocation chez la personne âgée. Les deux tiers des décès par suffocation tous âges confondus sont survenus chez des personnes âgées de plus de 75 ans.

IX.5.2.3. Les intoxications

Le nombre d'intoxications de personnes âgées à presque doublé entre 1982 et 1999, celles-ci sont principalement des intoxications médicamenteuses résultant de surdosages et d'erreur d'administration.

IX.5.3. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

En 2007 en Poitou-Charentes, près de 34 000 personnes étaient atteintes de démences dans la région, dont 25 000 de la maladie d'Alzheimer. Plus de 35 % des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer avaient 80 ans ou plus et ils étaient près de 9 500 personnes à être reconnus en ALD au titre de la maladie d'Alzheimer.

En extrapolant la population régionale de plus de 65 ans au taux d'incidence constaté, il y aurait chaque année entre **4 500 et 4 900** Poitou-Charentais de 65 ans ou plus nouvellement atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Dans l'hypothèse où le taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées resterait constants par sexe et par âge, le Poitou-Charentes pourrait compter à l'horizon 2030 plus de **71 000** personnes souffrant d'une démence (27).

IX.5.4. Dépression et suicide

La dépression est l'un des problèmes de santé mentale les plus communs chez le sujet âgé et pourtant elle est négligée, méconnue ou mal traitée (40 à 60 %). Elle concerne, à des degrés divers, **15 à 20 %** des plus de 65 ans, 40 % en institution, dont 15 % dans la première année suivant l'admission. La dépression est sous diagnostiquée et insuffisamment traitée, en raison de la difficulté à reconnaître la dépression comme pathologie curable. Non ou mal traités, les troubles dépressifs diminuent la durée de vie, augmentent le risque somatique, le recours aux soins et à l'hospitalisation. La dépression est une cause importante de perte d'autonomie et d'institutionnalisation. Elle est associée à un risque important de passage à l'acte suicidaire, y compris en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). (1)

Selon les données du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, 30 % des 66-85 ans ressentent un sentiment de tristesse ou de déprime toute la journée ou presque (contre 51 % des 15-35 ans). De plus, environ 40 % des femmes de 56-75 ans déclarent un mauvais état de santé mentale au moins un jour au cours des 30 derniers jours (14 % chez les hommes de 56-65 ans et 24 % chez les hommes 66-75 ans).(25)

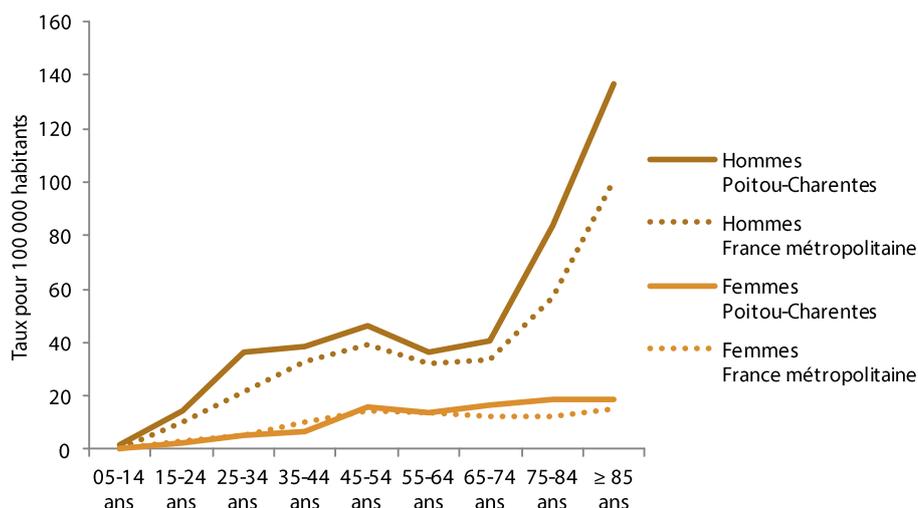
Le lien entre dépression et suicide a été mis en évidence dans plusieurs études. « La maladie physique et la perte d'autonomie apparaissent dans la littérature comme des facteurs de risques majeurs du suicide chez les personnes âgées » (28). « Selon les chiffres du CepiDc-Inserm, 28% des suicides survenus en France en 2010 ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux de suicide des personnes âgées reste donc très élevé en France, malgré plusieurs plans nationaux successifs de prévention du suicide portant sur l'ensemble de la population » (29).

Dans la région, en 2011, le nombre de personnes de 65 ans et plus hospitalisées au moins 48 heures suite à une tentative de suicide, s'élève à 207. D'autres données montrent que le pronostic

vital est plus fréquemment engagé chez les 60 ans et plus lors de leur venue aux urgences suite à une tentative de suicide : dans 8,1 % le pronostic vital est engagé contre 7,4 % chez les 30-59 ans, et 5 % chez les moins de 30 ans. (30)

De plus, selon les données de ce tableau de bord, sur la période 2008-2010, chaque année, en moyenne, 142 personnes de 65 ans et plus sont mortes par suicide, soit 35 % des 298 décès masculins par suicide (105/298), et 42 % des décès féminins (37/88). Sur cette même période, dans la région, le taux brut de mortalité par suicide a augmenté fortement avec l'âge, surtout chez les hommes, passant de plus de 36 décès pour 100 000 hommes âgés de 55-64 ans à plus de 136 décès pour 100 000 hommes de 85 ans et plus.

Figure 6. Taux brut de mortalité annuel moyen par suicide selon l'âge sur la période 2008-2010



Source : INSERM Cépidc, INSEE – ORS Poitou-Charentes

IX.5.5. Les problèmes liés à l'alimentation

- Le **surpoids et l'obésité** sont fréquents. De nombreuses maladies chroniques y sont associées (arthrose, maladies cardio-neuro-vasculaires et métaboliques, cancers, diabète...). La prévalence de l'obésité passe par un maximum à 55-64 ans (19,5% versus 15% en moyenne chez les adultes) puis diminue avec l'âge (18,7% chez les plus de 65 ans), elle est de 21,8% chez les 65-69 ans. L'augmentation de l'obésité est corrélée, comme chez l'adulte plus jeune, aux inégalités sociales de santé. (1)

Selon les données du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, le pourcentage de personnes en surpoids augmente avec l'âge passant de 36 % des 56-65 ans à 50 % des 76-85 ans.(25)

- La **dénutrition** est définie comme l'inadéquation entre apports et besoins en macro et/ou micronutriments avec des conséquences biologiques puis cliniques. Chez la personne âgée, cette situation représente un véritable problème de santé publique en raison de sa fréquence et des conséquences négatives sur les pathologies chroniques préexistantes et sur l'autonomie (31).

En France, elle atteint 4 à 10 % des personnes âgées vivant à domicile, 15 à 38 % des personnes vivant en institution et 30 à 70 % des personnes âgées hospitalisées. Au moment de leur admission à l'hôpital, 40% des personnes sont dénutries.(1)

D'après les données du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, les femmes de 56-65 ans sont 5 % à ne pas avoir assez à manger parfois ou souvent (contre 2 % des hommes). Elles sont 6 % dans ce cas entre 66 et 75 ans (1 % chez les hommes) et cette proportion atteint 8 % entre 86 et 85 ans (8 % également chez les hommes).(25)

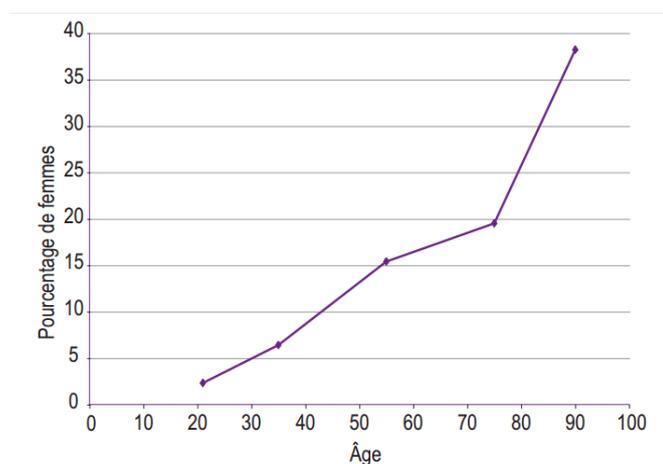
IX.5.6. Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est définie par l'International Continence Society (ICS) comme étant « toute perte involontaire d'urine dont se plaint le patient ».

Les fuites d'urine ou l'incontinence concernent directement plus de **2,6 millions de personnes de plus de 65 ans**, en France ; en particulier 60 % des personnes âgées en institution et 90 % des patients atteints de démence sénile. L'incontinence entraîne une altération de la qualité de vie, des conduites d'évitement et de désocialisation et une perte d'autonomie (32).

En 2009, dans son rapport sur la santé des femmes, la DREES faisait référence à l'étude ESPS 2006. Selon cette étude, les prévalences augmentent fortement avec l'âge pour dépasser 20 % après 65 ans (Cf. figure ci-dessous). La DREES précisait encore que ces prévalences étaient probablement sous-estimées. Des analyses complémentaires avaient montré l'existence de disparités : en tenant compte de l'âge, les taux de prévalence sont plus élevés chez les femmes vivant dans un ménage d'ouvriers non qualifiés, de faible niveau d'éducation, habitant dans une commune rurale, ainsi que chez les femmes vivant dans les ménages de taille importante, chez les femmes obèses, et chez celles qui déclarent une limitation fonctionnelle importante. (33)

Figure 7. *Prévalence des pertes involontaires d'urines déclarées en fonction de l'âge en 2006*



Source : Enquête ESPS 2006 in La santé des femmes en France (DREES - 2009)

Dans la région, selon les données du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, 20 % des femmes de 40-85 ans ont des pertes d'urines au moins une fois par semaine (6 % en ont quotidiennement). Avec l'âge la proportion de femmes concernées augmente, passant de 10 % chez les 40-45 ans à 36 % chez les 76-85 ans. Pour environ 70 % d'entre elles, les fuites interviennent le plus souvent suite à un éternuement.

IX.5.7. Troubles sensoriels

Bien qu'avec une forte variabilité interpersonnelle, les déficits sensoriels sont corrélés à l'âge. On observe chez les personnes âgées : (34)

- Une baisse de la vision jusqu'à la cécité : glaucome, DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge), rétinopathie diabétique, cataracte, etc. Les altérations fonctionnelles concernent non seulement l'acuité visuelle, mais aussi le seuil de vision crépusculaire et la perception de l'axe bleu-jaune-vert. Seulement 65% des 85 ans vivant à domicile sont capables à la fois de lire le journal et de reconnaître quelqu'un de l'autre côté de la rue.
- Une dégradation de l'audition jusqu'à la surdité : presbycusie (gêne à la compréhension en milieu bruyant), surdité de transmission (atteinte de la transmission des sons à l'oreille externe ou moyenne), etc. Il y a en général altération préférentielle des sons aigus. A partir de la soixantaine, le problème n'est pas tant de percevoir les sons que de comprendre le

langage parlé (brouillage des voix, acouphènes, chevauchement de sens...). La moitié des personnes âgées de plus de 80 ans sont sourdes ou malentendantes.

- Une légère altération du goût (les saveurs fondamentales sont : sucré, salé, acide, amer, et peut-être glutamate, qui reste controversée). L'involution gustative paraît particulièrement hétérogène. La discrimination sucré/salé peut s'altérer en cas de diminution des sécrétions salivaires. Il semble qu'après 75 ans certaines personnes voient leur seuil de sensibilité gustative augmenter. Le goût des personnes âgées pour le sucré peut s'expliquer aussi par des facteurs psycho-affectifs (le lait maternel est sucré, ce qui confère au sucre une forte valeur affective).
- Une altération de l'odorat, également controversée. Les cellules sensorielles de l'olfaction (qui interviennent aussi dans la reconnaissance des aliments) sont semble-t-il renouvelées de manière importante tout au long de la vie. Certaines études réfutent une hyposmie liée à l'âge, alors que d'autres mettent en avant une plus faible intensité de perception des odeurs et une baisse de la capacité d'identification d'une odeur après 50 ans. Dans le domaine de l'odorat, l'influence du mode de vie est plus que jamais déterminante (tabagisme, pollution...).
- Une diminution légère des sensations tactiles, liées à la pression et à la température, ainsi que de la perception de la douleur (intensité, siège) ou des vibrations : perte des récepteurs cutanés, kératose, ralentissement de la conduction des fibres nerveuses...

Les déficits sensoriels peuvent être liés au vieillissement des organes sensoriels, mais aussi à celui du système nerveux qui transmet et traite les informations captées par ces organes.

La vue et l'ouïe sont les sens qui se dégradent le plus avec l'âge, et également ceux qui sont les plus importants dans nos activités supérieures et en particulier dans la communication.

IX.5.8. Limitations physiques

D'après l'enquête Handicap-Santé 2008, réalisée par le DREES et l'INSEE (35), 25 % des 60 ans ou plus déclarent au moins une limitation physique absolue (contre 5 % des 20-59 ans). Les plus fréquentes sont liées à la motricité générale (se baisser ; porter un sac de provisions et monter ; descendre un escalier) puis à l'ouïe, même après compensation par un appareillage. Les limitations cognitives graves concernent 14 % des 60 ans et plus. Les restrictions absolues dans les activités essentielles du quotidien (comme assurer seul les fonctions d'élimination ou se nourrir) concernent 4 % des 60 ans et plus. Les restrictions absolues dans les activités instrumentales du quotidien sont plus fréquentes : 18 % des 60 ans et plus. Elles résultent le plus souvent d'une ou plusieurs altérations des fonctions physiques.

Des analyses complémentaires compilant les différentes limitations ont permis de distinguer différents groupes en fonction des difficultés face à l'autonomie. (35)

Il en résulte que pour les 60-79 ans, 17 % sont en perte d'autonomie : la perte d'autonomie modérée touche 13,7 % des 60-79 ans, soit 1,4 millions de personnes, et plus fréquemment les femmes. Dans ce groupe, 62 % connaissent une limitation physique absolue, 41 % des restrictions pour des activités instrumentales et 23 % au moins une limitation cognitive grave. De plus, 3 % sont en situation de dépendance (soit 273 000 personnes). Enfin, 0,6 % des 60-79 ans (soit 61 000 personnes) sont fortement dépendantes. La totalité d'entre elles citent des limitations motrices absolues, un tiers environ des problèmes de motricité fine et la moitié des problèmes d'incontinence difficiles à gérer sans aide et 80 % des problèmes cognitifs graves.

Chez les 80 ans ou plus, six personnes sur dix vivant à domicile sont relativement autonomes, malgré quelques difficultés d'audition et de motricité générale (soit 1,5 millions de personnes). Près d'un quart souffre d'une perte d'autonomie modérée (soit 661 000 personnes), plus fréquemment les femmes. Les personnes dépendantes représentent 11,2 % des 80 ans et plus (soit 277 000 personnes). Enfin, la forte dépendance touche 2,5 % des 80 ans et plus vivant à domicile (62 000 personnes). Parmi elles, près des deux tiers sont confinés au lit ou au fauteuil. (35)

D'après les données du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010 (25), la proportion d'hommes de 56-65 ans, limités fortement par une maladie ou un handicap atteint 6 % chez les 56-65 ans (7 % chez les femmes), 9 % chez les 66-75 ans (6 % chez les femmes), et 16 % chez les 76-85 ans (9 % chez les femmes).(25)

IX.5.9. Iatrogénèse

Le Haut comité de la santé publique considère comme iatrogène « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé ». Il peut donc s'agir de l'intervention d'un médecin ou autre professionnel de la santé, ou de l'utilisation d'un médicament.

La polymédication est fréquente et souvent légitime chez la personne âgée poly pathologique, majorant ainsi le risque iatrogénique. La iatrogénie serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires (36).

Selon les éléments présentés dans le rapport Aquino (1), « 20 à 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées seraient concernées par une perte d'autonomie induite, d'après diverses publications. De nombreux travaux scientifiques et les professionnels de terrain soulignent le risque de dégradation de l'autonomie que peut entraîner l'hospitalisation d'une personne atteinte de troubles cognitifs. [...] Outre la maladie ou l'accident qui a motivé l'hospitalisation du sujet âgé provoquant une perte d'autonomie, les modalités de prise en charge durant le séjour, le retour à domicile et le suivi du patient après la sortie peuvent conduire à une dépendance iatrogène.

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

Trois composantes explicatives entrent en jeu : la fragilité, la pathologie en cause et l'organisation de la structure hospitalière ». (1)

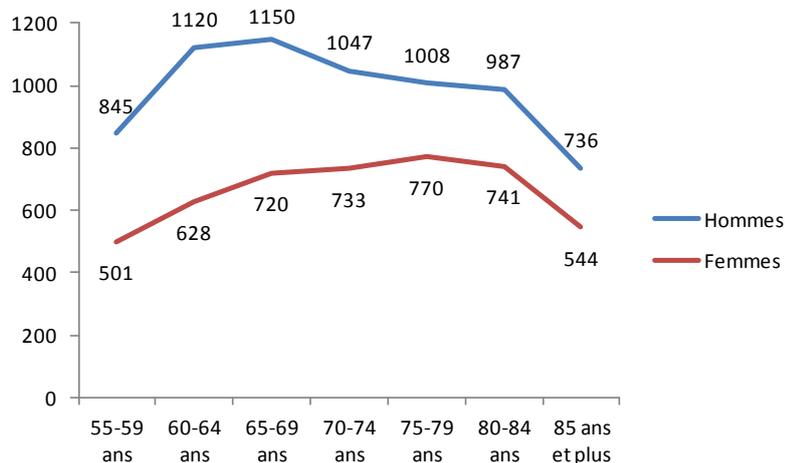
Une étude menée en 2000 par l'URCAM Poitou-Charentes, a évalué l'incidence des « Effets Indésirables Médicamenteux » (EIM) graves qui conduisent des personnes âgées de plus de 70 ans à une hospitalisation. Elle portait sur 18 établissements publics du Poitou-Charentes auprès de 719 personnes de plus de 70 ans. Il s'est avéré que 90 sujets ont présenté un EIM grave soit 12,5 % des cas étudiés. La moitié des EIM étant provoqué par des médicaments cardiovasculaires, les thérapeutiques à visée neurologique étant impliquées dans ¼ des admissions. **Cette étude a permis d'estimer à 20 % la part des accidents évitables.**

IX.5.10. Les admissions en ALD

Les données qui sont présentées ci-après concernent les Affections Longue Durée (ALD) les plus fréquentes.

IX.5.11. Le diabète

Figure 8. Taux comparatifs d'admission en ALD pour le diabète en 2010 en Poitou-Charentes selon le sexe et l'âge (pour 100 000 personnes)



Source : Score Santé (FNORS)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les admissions pour diabète sont plus importantes chez les hommes quel que soit la tranche d'âge. Ils sont presque deux fois plus importants chez les hommes pour la tranche d'âge 60-64 ans. Chez les hommes, les taux comparatifs augmentent jusqu'à 65-69 ans pour atteindre 1 150 admissions en ALD pour 100 000 hommes. Chez les femmes, le taux d'admission augmente jusqu'à la tranche d'âge 75-79 ans pour atteindre 770 admissions pour 100 000 femmes.

Tableau 7. Les taux comparatifs d'admission en ALD en 2007-2009 (pour 100 000 habitants)

	Poitou-Charentes		France	
	65-74 ans	75 ans et plus	65-74 ans	75 ans et plus
Cancers	1 461	1 549	1 520	1 509
Maladies cardio-vasculaires	1 177	3 134	2 099	3 672
Maladies respiratoires	101	178	164	247
Démences et maladie d'Alzheimer	104	796	126	972

Source : Bulletin d'Observation Santé Personnes âgées – ORS Poitou-Charentes 2011(17)

IX.5.11.1. Les cancers

En 2007-2009, chez les 65-74 ans, les cancers constituent la deuxième cause d'admission en affection de longue durée (ALD) avec en moyenne 2 453 admissions par an (31 % de l'ensemble des admissions). Le taux comparatif d'admission (TCA) en ALD est inférieur à celui de la France métropolitaine. Chez les 75 ans et plus, avec 645 admissions en moyenne par an, les cancers constituent la seconde cause d'admission en ALD (23 % de l'ensemble des admissions). Le TCA observé est inférieur à celui de la France, sauf en Charente-Maritime sud-est pour les femmes, et dans les Deux-Sèvres pour les hommes, territoire sur lesquels les TCA observés sont plus importants qu'au niveau national.(17)

IX.5.11.2. Les maladies cardiovasculaires

En 2007-2009, les maladies cardiovasculaires constituent la première cause d'admission en ALD (2 990 admissions en moyenne par an), avec malgré tout un TCA inférieur au TCA national. C'est également le cas chez les 75 ans et plus avec 1 313 admissions en moyenne par an.(17)

IX.5.11.3. Les maladies respiratoires

En 2007-2009, la région enregistre en moyenne 170 admissions en ALD par an pour un TCA également inférieur au niveau national. Sur ces mêmes périodes, pour les 75 ans et plus, la région enregistre 341 admissions en ALD par an en moyenne pour un TCA encore inférieur au niveau national.(17)

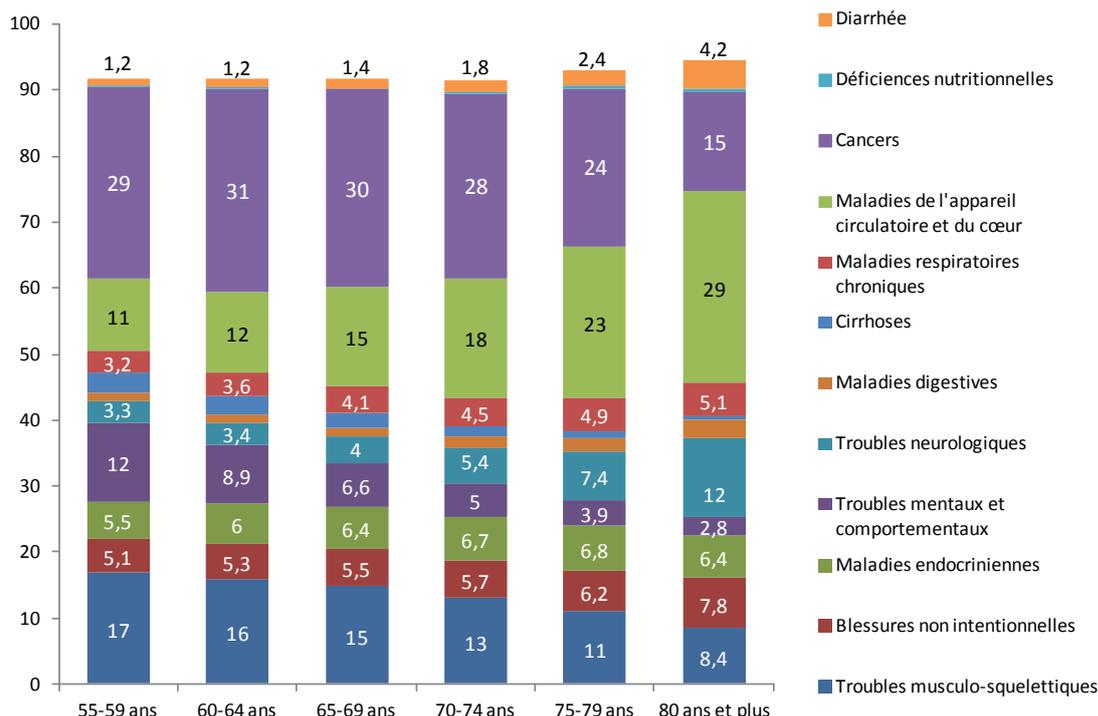
IX.6. Le fardeau global des maladies (FGM) chez les seniors et les personnes âgées

Le fardeau global de la maladie (FGM) est une méthode qui permet d'estimer et de hiérarchiser les répercussions des maladies ou des risques sur la santé des populations. Il permet d'estimer le poids de la maladie ou d'un risque sur l'état de santé en prenant en compte à la fois la mortalité en nombre d'années de vie perdue et la morbidité en nombre d'années de vie avec incapacité.

La somme des deux composantes s'exprime en années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI ou DALY en anglais). Cet indicateur a été créé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1994, en collaboration avec la Banque Mondiale dans le cadre du projet « Global Burden of Disease » (GDB).

En France, selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), les maladies ayant le plus de poids dans le fardeau global des maladies diffèrent selon la classe d'âge. Chez les plus jeunes (55-59 ans), ce sont les cancers qui ont le plus gros poids (29 %) devant les troubles musculo-squelettiques (17 %), les troubles mentaux et du comportement (12 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (11 %). Peu à peu avec l'avancée en âge, il semble que le poids des maladies de l'appareil circulatoire prenne un poids de plus en plus important pour représenter 29 % de l'ensemble du fardeau global des maladies. C'est également le cas des troubles neurologiques qui passe de 3,3 % de l'ensemble du fardeau global chez les 55-59 ans à 12 % chez les 80 ans et plus. *A contrario*, les cancers ne représentent plus que 15 % du fardeau global des maladies. Le même constat est à faire pour ce qui concerne les troubles mentaux et les troubles musculo-squelettiques.

Figure 9. Répartition du Fardeau Global des Maladies chez les seniors et les personnes âgées par âge en France en 2010 (%)



Source : IHME (GBD 2010)

Exploitation ORS Poitou-Charentes

Ces indicateurs sont issus du Global Burden of Diseases 2010 (GBD 2010) publié par l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de l'Université de Washington. Les résultats présentés concernent la France et combinent les années de vie perdues du fait de la mortalité et les années de vie perdues en bonne santé du fait des maladies. L'ORS est actuellement en train de travailler sur des estimations régionales des poids des facteurs de risques liés aux troubles mentaux et du comportement à partir de ces résultats.

<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns> (site visité le 2 décembre 2013)

IX.7. La santé des seniors en emploi

Alors que le taux d'emploi des 55-64 ans était faible en France ces dernières années, il a tendance actuellement à rejoindre la moyenne européenne. Le recul de l'âge de la retraite, suite aux différentes réformes, concomitamment à la suppression progressive de l'ensemble des dispositifs de cessation anticipée d'activité a contribué à une augmentation du taux d'emploi des seniors. Désormais, avec un taux d'emploi de 64 % pour les 55-59 ans, la France se situe dans la moyenne européenne, et même au-dessus pour les femmes âgées de 55 à 59 ans. En revanche, le taux d'emploi des plus de 60 ans reste très en retrait de celui de l'Union européenne, quasiment deux fois moindre. (IGAS 2013 – Christine Daniel, Laurence Eslous, Anousheh Karvar).

L'enquête européenne SHARE souligne la survenue de risques de fragilité pendant la dernière période de l'activité professionnelle : ils devraient être pris en compte (1). Les résultats de cette enquête montrent que l'état de santé des seniors en emploi est lié aux caractéristiques du travail retenues. Un niveau de pression ressentie peu élevé mais surtout un niveau de récompense reçue important sont associés à un bon état de santé, pour les hommes comme pour les femmes. La latitude décisionnelle qui renvoie à la liberté d'action et aux possibilités de développer de nouvelles compétences aurait une influence sur l'état de santé, notamment chez les femmes. Les résultats révèlent enfin l'importance du manque de soutien au travail et le sentiment d'insécurité vis-à-vis de

l'emploi ; quel que soit le sexe, ces deux facteurs sont notamment corrélés au risque de souffrir de dépression (37).

Selon l'enquête Santé et itinéraire professionnel de 2007 (38), 35 % des personnes de 50 à 59 ans ayant travaillé au moins dix ans déclarent avoir été exposées pendant quinze ans ou plus à l'une au moins des quatre pénibilités suivantes : travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant, produits nocifs ou toxiques.

Les personnes de 50 à 59 ans, qui ont été durablement exposées à des pénibilités physiques, sont moins souvent en bonne santé : 24 % se déclarent limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé contre 17 % des autres seniors. Elles sont également moins souvent en emploi après 50 ans, notamment après un cumul de pénibilités physiques : 68 % des personnes exposées à au moins une pénibilité sont en emploi après 50 ans contre 75 % de celles qui n'ont pas été exposées ou qui l'ont été moins de quinze ans.

En Poitou-Charentes, les plus de 50 ans représentent 25% des actifs « occupés », et 18% des demandeurs d'emploi. En 2009, 34 % des personnes âgées de 55 à 64 ans avaient un emploi en Poitou-Charentes (39). Le taux d'emploi des picto-charentais commence à diminuer à partir de 50 ans. Mais c'est surtout après 55 ans qu'il s'effondre. Entre 60 et 64 ans, seul un picto-charentais sur dix est en emploi (40).

La surreprésentation des ouvriers en Poitou-Charentes rend plus difficile l'objectif du maintien en emploi des seniors. En effet les ouvriers sont souvent confrontés, dès 55 ans, à des problèmes de santé les obligeant à des départs précoces, en particulier dans les métiers du bâtiment, de la mécanique ou de la manutention. Le travail de nuit, les efforts violents et répétés ou encore l'exposition à des produits toxiques peuvent nuire à l'allongement de la vie active. Les ouvriers de plus de 55 ans sont deux fois moins nombreux que ceux de 50 à 54 ans. Plus d'un cinquième des ouvriers seniors travaillent dans les métiers de la construction et des transports où les conditions d'emploi sont parmi les plus pénibles. Chez les hommes, la part des ouvriers dans l'ensemble des actifs passe de 43% pour les moins de 50 ans à 30 % pour leurs aînés. Chez les femmes, quel que soit l'âge, la répartition par catégorie socioprofessionnelle varie peu. La part des employées avoisine les 50 %. Les 37000 employées de plus de 50 ans se concentrent principalement dans les métiers de services à la personne et les métiers administratifs. Chez les hommes de plus de 60 ans, les cadres deviennent proportionnellement plus nombreux que les ouvriers. Les cadres de 50-64 ans sont plus nombreux en proportion que les moins de 50 ans: 14% contre 9% (40).

Selon le baromètre santé Poitou-Charentes 2010, 9 % des travailleurs de 56-65 ans travaillent au moins de temps en temps la nuit (entre minuit et 5 heures du matin). Cette proportion atteint 15 % chez les hommes de cette tranche d'âge. De plus, 20 % des femmes et hommes de cette tranche d'âge ont un travail posté ou avec des horaires alternants. Selon leur déclaration, ils sont 15 % à travailler plus de 48 heures par semaine. Chez les 56-65 ans les femmes sont plus nombreuses à considérer que leur travail est fatigant nerveusement (76 % et 58 % pour les hommes). La proportion de personnes qui déclarent que le travail les empêche de dormir augmente avec l'âge passant de 17 % chez les 26-35 ans à 31 % chez les 56-65 ans. (25)

Les données issues de la surveillance des Maladies à Caractère Professionnel (MCP) Poitou-Charentes (41) montrent que chez les salariés de 55 ans et plus, la prévalence des affections de l'appareil locomoteur dans la population salariée ayant bénéficié d'une visite médicale s'élève à 5,7 %. Cette proportion est comparable selon le sexe. Chez les moins de 35 ans, cette proportion est de 1,2 % chez les hommes et 2,3 % chez les femmes.

Selon cette étude, la souffrance psychique concernerait 2,1 % des salariés de 55 ans et plus ayant bénéficié d'une visite médicale. Cette estimation s'élève à 2,9 % chez les femmes du même âge.

La **cessation d'activité** est vécue très différemment selon les individus et selon la fin de leur parcours professionnel. D'après des témoignages recueillis auprès des retraités, les 18 premiers mois de retraite sont souvent vécus par les intéressés comme une "lune de miel". Il succède souvent à cette période de relative euphorie, une phase de vide et d'ennui, qui correspond à la prise de conscience de la disparition du rôle social et de la perte du statut que conférait le travail. Cette période survient au moment où le corps exprime des signes de vieillissement, où les enfants s'éloignent, et où certains amis ou proches commencent à disparaître (5). **Ces situations de rupture sont souvent la source d'une accélération de la perte d'autonomie.** Le passage à la retraite constitue l'un de ces moments de césure dans la vie des personnes qu'il convient d'accompagner en amont et en aval (1).

IX.8. La santé des aidants

L'accompagnement et le soutien des personnes âgées en perte d'autonomie par un proche aidant sont soulignés dans la littérature comme étant à risque de conséquences néfastes sur la santé des aidants. Le stress, les troubles cardio-vasculaires, la fatigue, les troubles du sommeil, la dépression, l'alcoolisme, la consommation de psychotropes en sont les principales caractéristiques (1).

Selon une étude de la Drees publiée en mars 2012 (42) et réalisée à partir de l'enquête Handicap santé auprès des aidants informels (2008), en France, 3,4 millions de personnes aident un proche de 60 ans ou plus, à domicile, dans les tâches de la vie quotidienne. L'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières ressenties par les aidants définit « la charge ressentie ». Agés en moyenne de 59 ans, 53 % des aidants sont des femmes. La moitié de ces aidants sont les enfants de la personne âgée et un tiers sont leur conjoint. **Deux aidants sur dix ressentent une charge importante, synonyme de fatigue morale ou physique.**

- **L'aide apportée est source de stress.** Trois quarts des aidants ressentant une charge lourde et la moitié de ceux ressentant une charge moyenne déclarent se sentir anxieux, stressés ou surmenés.
- **La santé des aidants est affectée par l'aide apportée.** 56 % de ceux qui ressentent une charge importante accomplissent parfois leur activité d'aide au détriment de leur santé. Ils sont 18 % à déclarer avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois alors qu'ils en ressentaient le besoin.
- **La lourdeur de la charge est proportionnelle à la lourdeur de la « dépendance ».** La moitié des aidants (48 %) auprès d'une personne âgée en sévère perte d'autonomie (GIR 1-2) déclare ressentir une charge importante, alors que c'est le cas d'un tiers des aidants (31 %) auprès d'une personne âgée en perte d'autonomie modérée (GIR 3-4) et de 14 % des aidants auprès d'une personne âgée en perte d'autonomie légère ou sans perte d'autonomie (GIR 5-6).
- **L'intensité de la charge ressentie est également liée à l'aspect psychique de la dépendance :** un quart des aidants en charge importante soutient une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, contre 10 % des aidants ressentant une charge tout au plus légère.
- **La diversité de l'aide est un facteur important de la charge ressentie :** l'intervention de professionnels auprès de la personne aidée ajoute à la charge ressentie, car impliquant de nouveaux acteurs, elle entraîne une gestion accrue de l'organisation de l'aide pour l'aidant.

X. Les politiques de prévention

X.1. Pour une loi « autonomie »

La ministre déléguée aux personnes âgées Michèle Delaunay a créé le comité « Avancée en âge » qui doit contribuer à l'élaboration du futur projet de loi. Il comprendra 3 grands volets : « anticipation-prévention », « adaptation de notre société au vieillissement » et « accompagnement de la perte d'autonomie ».

Sur le volet « anticipation-prévention », le comité « Avancée en âge : prévention et qualité de vie » a procédé à un état des lieux et à une synthèse des bonnes pratiques en matière de prévention afin de favoriser leur diffusion et formulé des propositions pour mieux coordonner les acteurs, tant au niveau local que national.

Sur le volet « adaptation de notre société au vieillissement », une mission parlementaire de comparaison internationale a été confiée à Martine PINVILLE, députée de Charente et secrétaire de la commission des Affaires sociales. Son objectif est d'identifier les bonnes pratiques qui ont cours dans certains pays de l'OCDE. Parallèlement, Luc BROUSSY s'est vu confier une mission portant sur « l'adaptation de la société au vieillissement ». Cette mission a déjà commencé à travailler sur trois axes : Habitat, urbanisme et mobilité ; Croissance économique et emplois ; Education, communication, culture et lien intergénérationnel.

Enfin, sur le volet, accompagnement de la perte d'autonomie, c'est le cabinet de la Ministre, en lien étroit avec l'administration qui en a la charge, la perte d'autonomie ayant fait l'objet de nombreux rapports, la Ministre n'a pas souhaité en commander un de plus.

En décembre 2013, le Premier ministre a lancé les concertations préalables à l'élaboration de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, qui sera votée fin 2014. La concertation prendra fin en février 2014, afin de permettre une saisine du Conseil économique, social et environnemental au premier trimestre 2014 et une présentation en Conseil des ministres au printemps 2014.

Dans la seconde partie du quinquennat, la deuxième étape de la réforme portera sur l'accompagnement et la prise en charge en établissement. Elle intégrera des mesures permettant de réduire le reste à charge des résidents en EHPAD.

X.1.1. Les pistes pour la future loi

La future loi Autonomie devrait prendre en compte les conclusions issues des différents travaux des comités mis en place.

X.1.1.1. Le volet « anticipation-prévention »

Le plan d'actions proposé par la Comité Avancée en âge a pour objectif de conduire à une avancée en âge « harmonieuse, tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales » et s'appuie sur « une démarche de développement durable impliquant tous les acteurs de notre société dans une gouvernance partagée ». Les principes du plan : (1)

- Une démarche multisectorielle et multidisciplinaire ciblant les trois niveaux du « modèle socio-écologique » du comportement : l'individu, son environnement social, et son environnement organisationnel et structurel
- L'implication directe de différents secteurs comme l'aménagement urbain, les transports, le travail, le logement, les sports, la cohésion sociale et la santé
- Les actions transversales, multidimensionnelles, coordonnées au niveau national, régional et territorial
- La prise en compte des inégalités sociales de santé en accordant une place privilégiée pour les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques

- Un équilibre entre les mesures individuelles et les mesures collectives, afin de contribuer à la réduction des inégalités socio-sanitaires
- La mise en cohérence avec les autres programmes et plans de santé publique (Programme national nutrition santé - PNNS, plan Alzheimer...), mais aussi avec les préconisations issues des rapports sur la dépendance (Ministère des Solidarités, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, CNSA...)
- L'importance de la recherche
- Les liens avec la stratégie européenne

Au-delà de ces principes, le rapport Aquino décrit les actions à mettre en place par un ensemble de 35 fiches action réparties en plusieurs thématiques. Seules les fiches en total lien avec le périmètre d'action de la future Plateforme de santé publique dédiée à l'autonomie des personnes âgées ont été ici reproduites. Les actions de prévention tertiaire menées en EHPAD et établissements ont donc été écartées afin de ne pas créer de confusion avec les actions financées par des crédits d'assurance maladie dont la supervision est assurée par la Direction de l'Offre de soins..

• **Fiche action 5 : la réduction des inégalités de santé (Principes généraux et gouvernance)**

Les mesures proposées sont :

- Diffuser les constats, convaincre les partenaires institutionnels et les collectivités que leur action, (si éloignée semble-t-elle de la santé), pourrait avoir des bénéfices sur les déterminants socio-environnementaux dans une perspective d'amélioration des conditions de vie.
- Recueillir les expériences innovantes et reproductibles qui donnent des résultats, les diffuser.
- Mieux connaître les inégalités par la production régulière de données sur les inégalités sociales de santé, notamment concernant les personnes âgées. Indicateurs : espérance de vie par catégorie socio-économique, espérance de vie sans incapacité par catégorie socio-économique, consommation de soins, renoncement aux soins (soins dentaires, lunettes, prothèses auditives), abandon volontaire de la cotisation à une mutuelle.
- Faire connaître les possibilités d'aide au financement de la couverture maladie complémentaire (ACS).
- S'agissant des inégalités territoriales d'accès aux soins : mise en œuvre du pacte territoire-santé annoncée par la ministre des Affaires sociales et de la santé, le 13 décembre dernier.
- Promouvoir, notamment pour les personnes avançant en âge, une logique de parcours de vie et de santé, minimisant les risques de ruptures pour l'ensemble de cette population et particulièrement préjudiciables aux plus fragiles.
- Mettre en place des plans d'actions au plus près du cadre de vie des individus, en partenariat avec les collectivités territoriales, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS).
- Prendre en compte les personnes avançant en âge dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.

• **Fiche 6 : la promotion de la santé (Actions individuelles et collectives)**

Les mesures proposées sont :

- Une volonté politique forte et une stratégie s'appuyant sur l'ensemble des acteurs impliqués : niveau national, régional, départemental, territorial de solidarité et de proximité ;
- Une approche pluridimensionnelle et écologique intégrant les dimensions médicales, médico-sociales, sociales, environnementales ;

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

- **Fiche 7 : la santé des seniors en emploi (Actions individuelles et collectives)**

Il s'agit de permettre non seulement aux seniors qui travaillent de concrétiser leur projet dans les meilleures conditions mais également de repérer les signes annonciateurs d'une déséquilibre ultérieur.

Les mesures proposées sont :

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

- **Fiche 8 : la préparation à la retraite (Actions individuelles et collectives)**

La retraite est une étape importante de la vie. Elle entraîne souvent un resserrement des activités, des relations sociales et un remaniement des priorités de vie. Il s'agit d'un moment clé de la vie pour lequel les personnes peuvent être sensibilisées sur les enjeux d'une avancée en âge réussie.

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

Les mesures proposées sont :

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

• **Fiche 9 : le passage à la retraite (Actions individuelles et collectives)**

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

Il s'agit donc de systématiser les démarches d'information au moment du passage à la retraite, de systématiser les logiques de repérage et d'accompagnement des personnes déjà fragilisées, de mettre la personne et son autonomie au cœur des échanges entre l'utilisateur et le service public dans l'année du passage à la retraite.

Les mesures proposées sont :

- Définir les messages clés à divulguer sur les enjeux du maintien de l'autonomie aux jeunes retraités et organiser leur divulgation par l'ensemble des acteurs ;
- S'appuyer sur les travaux d'ores et déjà réalisés par l'INPES autour du « bienvenue à la retraite » pour systématiser la mise en place d'offres d'information autour des enjeux du « bien vivre sa retraite » ;
- Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles des acteurs pour leur permettre d'informer et de repérer les personnes en situation de fragilité ;
- Concevoir un dispositif national homogène d'information et de formation qui pourrait être décliné par l'ensemble des acteurs ;
- Envisager de manière coordonnée l'information sur les enjeux du vieillissement à chaque âge, en profitant des différentes portes d'entrée (informations sur les droits, présentation des offres de service, etc.) et des différents canaux d'information ;
- Trouver des mécanismes d'incitation pour s'assurer de la diffusion de messages sur le bien vieillir par l'ensemble des acteurs du service public et pour s'assurer qu'ils le fassent en coordination ;
- Standardiser les outils de repérage et d'accompagnement des jeunes retraités fragilisés et/ou déjà en situation de perte d'autonomie ;

- Mobiliser l'ensemble des acteurs associatifs pour les inciter à investir le champ des jeunes retraités (bénévolat, utilisation des nouvelles technologies, etc.) et fédérer leurs initiatives pour proposer aux jeunes retraités de s'investir dans la vie sociale de proximité.

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

La maltraitance des personnes âgées vulnérables est une réalité complexe et multiforme, familiale et institutionnelle, insuffisamment révélée et difficile à appréhender, tant par son ampleur que par la nature des violences qui la caractérisent. Elle renvoie à une diversité des situations allant de la négligence aux mauvais traitements ou encore aux abus de faiblesse ou de protection et recouvre des formes multiples.

Deux axes complémentaires visent d'une part à renforcer la lutte contre la maltraitance, et d'autre part à développer une dynamique de bientraitance dans le secteur social et médico-social.

Les mesures proposées sont :

- Améliorer le repérage et la connaissance des faits ou situations de maltraitance en développant la connaissance du phénomène, et en renforçant les dispositifs et actions à destination des publics
- Renforcer l'accompagnement des établissements, la qualité des services ainsi que le contrôle et l'évaluation
- Diffuser toutes les recommandations, de l'ANESM et l'HAS
- Evaluer le programme MOBIQUAL

• Fiche 11 : une alimentation favorable à la santé (Actions individuelles et collectives)

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. Il s'agit à la fois de prévenir les situations de surpoids/obésité, et les situations de dénutrition, et pour cela promouvoir l'accessibilité à une alimentation appétissante et satisfaisante pour la santé, et repérer précocement les pertes de poids involontaires au cours de l'avancée en âge.

Les mesures proposées sont :

- Utiliser les supports de communication de l'INPES
- Améliorer les pratiques professionnelles par la diffusion et la mise en œuvre des recommandations du PNNS (volet nutrition santé), du PNA (volet offre alimentaire) et de la HAS ;
- Diffuser les guides nutrition INPES pour les professionnels et les proches aidants des personnes âgées ;
- Améliorer la connaissance des inégalités de santé : exploitation de l'expertise collective INSERM « Inégalités sociales en matière de nutrition et d'activité physique » (colloque et publication prévus en fin de premier semestre 2013) ;
- Encourager les études visant à mieux connaître la situation nutritionnelle des personnes vivant à leur domicile ;
- Mettre en œuvre l'étude ANAIS (Alimentation, état nutritionnel et santé mentale des personnes âgées en institution, INVS) ;
- Mettre en œuvre des mesures de réduction de la prévalence de la dénutrition prévues dans le PNNS et le PNA ;

- Poursuivre les actions de sensibilisation et de formation des EHPAD à la prévention de la dénutrition, notamment en poursuivant le déploiement du programme MobiQual ;
- Promouvoir la santé bucco-dentaire

• **Fiche 12 : la promotion et le développement de la pratique d'activités physiques et sportives (Actions individuelles et collectives)**

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

Pour pouvoir en tirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, la personne devrait augmenter la durée de son activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. Des exercices de renforcement musculaire (travail contre résistance) faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours non consécutifs, par semaine.

Des exercices de souplesse (cou, épaule, taille, hanche...) devraient être pratiqués tous les jours de la semaine pour maintenir l'amplitude articulaire et la souplesse nécessaire aux activités de la vie quotidienne. Les personnes âgées de 65 ans et plus devraient, en plus des recommandations précédentes, pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.

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

Les mesures proposées sont : (certaines sont inscrites dans le PNNS 2011-2015)

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

• **Fiche 13 : la prévention et santé bucco-dentaire (Actions individuelles et collectives)**

La santé bucco-dentaire des personnes âgées revêt des aspects médicaux psychologiques et sociaux. Elle est insuffisamment prise en compte en particulier en établissement d'hébergement.

Ainsi, 80 % des résidents en EHPAD n'ont pas bénéficié d'une consultation dentaire depuis 5 ans. Une action ciblée sur ce sujet doit permettre de prévenir certaines pathologies dont, notamment, la dénutrition mais aussi, de restaurer l'estime de soi.

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

Les mesures proposées sont :

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

• **Fiche 14 : l'isolement (Actions individuelles et collectives)**

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

Il s'agit de favoriser l'émergence et la pérennité d'un bénévolat d'initiative et d'implication citoyennes, dans la proximité, associatif, en vue d'un maillage à la hauteur des enjeux.

Les mesures proposées sont :

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

(lien avec le groupe MONALISA)

• **Action 15 : dépression et prévention du risque suicidaire chez la personne âgée (Actions individuelles et collectives)**

La dépression est une cause importante de perte d'autonomie et d'institutionnalisation. Il s'agit donc d'améliorer la prévention, l'identification et la prise en soins de la dépression et plus largement de la souffrance psychique chez les personnes âgées.

Les mesures proposées pour lutter contre la dépression des personnes âgées sont :

- Sensibiliser les personnes âgées et leur entourage sur la dépression
- Favoriser le lien social des personnes âgées : lutter contre l'isolement et le sentiment de solitude
- Mettre en œuvre les expérimentations sur le parcours de santé de la personne âgée en perte d'autonomie ou en risque de perte d'autonomie avec la mobilisation des professionnels de proximité autour du médecin traitant : la dépression est l'un des quatre facteurs identifiés d'hospitalisation évitable des personnes âgées.

- S'appuyer sur les professionnels, y compris libéraux, intervenant en EHPAD et établissements de santé pour mieux repérer, diagnostiquer, prendre en soins et prévenir la dépression et le risque suicidaire chez la personne âgée
- Renforcer les liens de coopération entre les services de soins et d'aide à domicile, les médecins traitants, les EHPAD et les structures, compétences spécialisées (gériatrie, psychiatrie, géronto-psychiatrie, équipes mobiles), afin d'optimiser le parcours de soin du patient et prévenir la dépendance induite par des soins inappropriés.
- Inscrire cette thématique dans le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé relevant de cette obligation.
- Renforcer la formation initiale des acteurs de santé sur cette thématique.
- Promouvoir la recherche épidémiologique afin de mieux identifier la réalité de la dépression et du suicide chez la personne âgée, à domicile, en établissements.
- Promouvoir la recherche transdisciplinaire afin de mieux identifier les facteurs contribuant à la difficulté du diagnostic de dépression et les spécificités chez la personne âgée.
- Promouvoir la recherche thérapeutique et notamment les thérapies de soutien et psychothérapies.

• **Fiche 16 : la santé des proches aidants (Actions individuelles et collectives)**

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

Ces mesures sont donc à étendre à l'ensemble des proches aidants impliqués dans l'accompagnement des personnes devenues dépendantes.

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

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

• **Fiche 17 : la conduite automobile (Actions individuelles et collectives)**

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

- Connaître les aptitudes nécessaires à la conduite
- Savoir adapter sa conduite à son état de santé

- Savoir prévenir, repérer, compenser les problèmes de santé tout au long de la vie
- Pour préserver l'autonomie, travailler à la mobilité de chacun
- La route, un espace partagé entre générations

- **Fiche 18 : la consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de 65 ans (prévention graduée et organisée)**

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

Il pourrait être envisagé d'élaborer un cahier des charges fixant des objectifs communs aux trois régimes afin d'améliorer les dispositifs existants. Ce cahier des charges, auxquels les conventions d'objectifs et de gestion (COG) avec les régimes d'assurance maladie pourraient renvoyer, préciserait notamment : la population à cibler ; les moyens de repérage à mettre en œuvre ; le contenu de la consultation ; le lien à établir avec le médecin traitant ; les modalités de prise en charge de la consultation ; les modalités d'évaluation de la consultation ; le lien avec les actions de suivi.

- **Fiche 19 : le repérage et le traitement de la fragilité (prévention graduée et organisée)**

- Cibler les personnes fragiles
- Rechercher les causes de fragilité et définir des interventions personnalisées
- Mettre en place des interventions prolongées et soutenues

- **Fiche 20 : les centres de prévention AGIRC et ARRCO (prévention graduée et organisée)**

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

Les mesures proposées sont :

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

- **Fiche 25 : la perte d'autonomie évitable à domicile (actions à mener à domicile et dans les structures)**

Il s'agit de prévenir la perte d'autonomie et de préserver les capacités le plus longtemps possible ; d'éviter les hospitalisations évitables et souvent délétères en termes d'autonomie ; de raccourcir les hospitalisations en facilitant le retour à domicile ; et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Les mesures proposées sont :

- Développer le rôle de repérage, d'alerte des situations de rupture et de suivi par les professionnels de proximité notamment des SAD et des SSIAD ;
- Elaborer des recommandations de bonne pratique sur le repérage et la prise en charge de la fragilité ; valider un outil de repérage pour les professionnels de santé libéraux intervenant au domicile de la personne puis les y former;

- Déployer les Observatoires de la fragilité pour mieux connaître les populations concernées ;
- Cibler les personnes fragiles lors de période de rupture (retraite, veuvage, hospitalisation...) : croisement des informations médicales (caisses d'assurance maladie) et sociales (CNAV, MSA, RSI...) et adaptation des examens périodiques de santé proposés dans les Centres d'examens de santé (CES) ou les bilans « santé » de la MSA et du RSI ;
- Sensibilisation des médecins traitants et formation des travailleurs sociaux et des professionnels du domicile au pré-repérage et repérage de la fragilité, ainsi qu'au repérage des troubles cognitifs
- Cibler en priorité les personnes en situation de précarité ;
- Proposer un bilan de fragilité approfondi en fonction de critères de ciblage à définir ;
- Adapter l'accompagnement au contexte familial, social, médical et environnemental ;
- Poursuivre le développement de modalités d'accueil et d'accompagnement temporaires ou alternatives, tant pour les personnes âgées en perte d'autonomie que pour leurs proches aidants.

• **Fiche 26 : les logements-foyers et l'habitat intermédiaire (actions à mener à domicile et dans les structures)**

Il s'agit d'apporter une réponse pertinente au besoin de diversification des modes d'hébergement et promouvoir une offre intermédiaire de logement social accompagné dans une logique de maintien de l'autonomie ; et faire évoluer ce parc de logements vers une réelle résidence sociale ouverte sur l'environnement local.

Les mesures proposées sont :

- Publier et diffuser le « recueil des références applicables aux logements-foyers et aux établissements d'hébergement pour personnes âgées » ;
- Organiser une large campagne d'information pour sa présentation et sa promotion dans les régions, sous l'égide de la DGCS, de la CNAV et de l'UNCCAS ;
- Clarifier le statut juridique des logements-foyers et des autres formules d'habitat intermédiaire, en particulier harmoniser les règles entre le code de l'action sociale et des familles et le code de la construction et de l'habitation ;
- Organiser une campagne de communication sur les logements-foyers et les autres formes d'habitat intermédiaire, en partenariat avec les trois régimes de retraite MSA, RSI et CNAV ;
- Engager une réflexion, voir expérimenter un « forfait pour l'autonomie », complétant les forfaits soins courants quand ils existent, qui permettrait des activités collectives à visée préventive et une offre d'accompagnement renforcé pour les plus fragiles, visant à rompre les situations d'isolement ;
- Expertiser une plus grande ouverture sur les publics accueillis dans les logements-foyers en liaison avec l'ensemble des acteurs et ministères intéressés ;
- Rénover et moderniser le cadre bâti des logements-foyers et le cadre de vie des résidents en mobilisant, voire en renforçant, les moyens inscrits à cet effet dans le budget de la CNAV (convention d'objectifs et de gestion 2009-2013), au titre de son action sociale immobilière ;
- Recenser dans les plans régionaux de santé (PRS - volet prévention) les besoins, l'offre et les projets de développement de l'habitat intermédiaire.

D'autres mesures du rapport Aquino sont également à prendre en compte, notamment sur le bon usage des médicaments (fiches 31 et 32), sur la recherche (fiches 33 et 34), et sur la dimension européenne (fiche 35).

D'autre part, dans le rapport Pinville (43), qui a pour objet de rendre compte les actions mises en place dans les pays de l'OCDE, des axes d'intervention publique sur lesquels la future loi devrait concentrer son action sont décrits :

- Les moments de rupture dans les trajectoires individuelles, qui peuvent déclencher ou rendre manifestes les premières fragilités
- L'accès à la prévention pour les populations âgées fragiles ou vulnérables, dans une logique de lutte contre les inégalités sociales de santé
- La promotion de l'activité physique et sportive pour permettre une avancée en âge en bonne santé
- L'encouragement à la participation sociale des aînés et la lutte contre les discriminations et la maltraitance.

X.1.1.2. Le volet « adaptation de la société au vieillissement »

Le rapport Broussy définit dix priorités dans le cadre de l'adaptation de la société au vieillissement.

- L'adaptation des logements
- Le développement dans les quartiers de formules d'hébergement intermédiaires situés entre le domicile et l'Ehpad
- L'adaptation des villes en s'appuyant sur des « commissions communales d'accessibilité et d'adaptation de la ville aux personnes handicapées et aux personnes âgées »
- L'adaptation des transports pour pouvoir se déplacer de façon autonome
- L'adaptation des territoires
- Le vieillissement au service du redressement productif, de la croissance et de l'emploi
- L'organisation d'une vraie filière industrielle et de services autour des gerontechnologies
- L'intégration de la personne âgée dans le périmètre familial
- la nécessaire vigilance par rapport aux discriminations liées à l'âge
- La création de guichets uniques permettant un accès simple et lisible pour les usagers

Selon les conclusions issues du rapport Pinville (43), au vu de ce qui est réalisé dans d'autres pays de l'OCDE, Il semble crucial de rendre les biens et services accessibles à tous afin que les personnes âgées en particulier puissent vivre de façon digne et autonome, participer activement à la société et jouir de l'ensemble de leurs droits en tant que citoyens.

Pour cela quatre axes stratégiques sont proposés :

- adapter l'habitat, afin de garantir à chacun la possibilité de rester le plus longtemps possible dans un logement indépendant
- faire en sorte que chacun puisse avoir accès à des services de proximité (en matière sanitaire bien sûr, mais aussi plus largement des commerces, des services publics, des lieux de socialisation et de loisirs ouverts aux personnes âgées)
- rendre l'espace public plus convivial et accueillant (ce qui inclut aussi bien la présence de toilettes publiques, de bancs, de dispositifs facilitant la traversée de la chaussée qu'un travail sur les parcs et jardins, avec des parcours de santé adaptés par exemple) ;
- faciliter la mobilité en adaptant les réseaux de transports existants, voire en proposant des formules « hybrides », à la carte (entre le collectif et l'individuel)

Ces différents axes de développement pourraient être portés par les collectivités locales, avec néanmoins un « un rôle d'incitation et d'organisation » qui reviendrait au niveau central.

X.1.1.3. L'accompagnement de la perte d'autonomie

En 2011, un groupe de travail a été constitué par la ministre en charge des solidarités et de la cohésion sociale, afin qu'il réfléchisse aux modalités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce groupe était composé de parlementaires, d'élus locaux, d'organisations et de structures représentatives du secteur, des partenaires sociaux, d'experts et de représentants de l'Etat.

Les 24 recommandations formulées au terme de ce travail sont regroupées sous cinq grands chapitres :(44)

- Améliorer l'offre de services
- Organiser l'offre autour d'un objectif prioritaire : la coordination des réponses autour de la personne âgée
- Favoriser la qualité de l'offre de services
- Réduire le reste à charge

X.1.1.4. La souffrance psychique des personnes âgées : prévenir, repérer et accompagner

En 2013, au programme de travail de l'Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) figure l'élaboration d'une recommandation des bonnes pratiques professionnelles concernant le repérage et l'accompagnement des situations de souffrance psychique et la prévention du passage à l'acte suicidaire des personnes âgées accompagnées par des services d'aide et de soins à domicile ou par des professionnels d'établissement d'hébergement.

L'objectif est d'aider au repérage des situations de souffrance psychique des personnes âgées accueillies en établissement ou aidées au domicile, d'aider à la prévention du passage à l'acte suicidaire, et d'aider à la coordination des professionnels intervenant dans la prise en charge et l'accompagnement interdisciplinaire des personnes en situation de souffrance psychique.

X.2. Plans et programmes existants

X.2.1. Plans et programmes nationaux

X.2.1.1. Le plan « bien vieillir » 2009-2011 (5)

Après avoir défini les clés du « bien vieillir » (Cf. VI. Concepts et termes associés), le plan « bien vieillir » définit des objectifs généraux :

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

Pour atteindre ces objectifs, des mesures sont ensuite définies selon neuf axes :

- Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risque au vieillissement (axe 1) : consultations médicales lors du départ en retraite ou de la cessation d'activité, favoriser les sessions de préparation à la retraite et créer des outils pour les animer, mettre à disposition un passeport pour une retraite active, transmission du dossier de la médecine du travail
- Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans (axe 2) : guide nutrition à partir de 55 ans, campagne de communication, livret pour les professionnels
- Promouvoir une activité physique et sportive (axe 3) : création d'un annuaire des associations sportives proposant des activités spécifiques pour les seniors, renforcer le soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors, agir sur la formation des professionnels, évaluer les aptitudes physiques des seniors, renforcer la communication par une journée « portes ouvertes » pour les seniors des fédérations sportives et de loisirs
- Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie (axe 4) : promotion et diffusion du référentiel sur les accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre, prévention de l'ostéoporose, améliorer la prise en charge de la presbycusie, améliorer la précocité du dépistage des déficits visuels, prévenir les cancers chez les seniors, améliorer la santé buccodentaire des seniors, campagne de communication et d'éducation multi-thématique
- Promouvoir le bon usage des médicaments (axe 5) : réglementation des médicaments et substances anti-âges, programmes de Bonnes pratiques sur la Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
- Promouvoir la solidarité entre les générations (axe 6) : contribuer au développement de la semaine bleue, favoriser les expériences d'habitat intergénérationnel
- Développer le « bien vieillir » au niveau local (axe 7) : appels à projets annuels de la CNSA-DGAS-DGS, création d'un label « Bien vieillir-vivre ensemble »
- Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du « Bien vieillir » (axe 8) : identifier les innovations les plus pertinentes, mieux connaître les interactions entre vieillesse et précarité, mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées (personnes sans domicile fixe vieillissantes, migrants âgés)
- Inscrire la démarche française dans la dimension européenne (axe 9) : permettre à des experts français de participer à l'élaboration de recommandations européennes dans le cadre du programme européen the « healthy ageing » EU project pour 2004-2007,

X.2.1.2. Éléments d'évaluation de l'application du plan et perspectives

La thématique du «vieillesse réussie» visée par le PNBV est éminemment pertinente compte tenu du contexte démographique français. Elle est également ambitieuse car elle s'adresse à une partie large de la population française et elle se fonde sur une approche préventive.

Cependant, malgré l'ambition et la pertinence de la thématique et des objectifs, on peut déplorer un déficit de gouvernance, de structuration et de moyens. Ce déficit s'explique par l'historique d'élaboration du plan, démarche agrégeant des idées pertinentes plutôt que structurant logiquement une problématique. En ce sens, il s'agit davantage d'un ensemble de mesures que d'un plan *stricto sensu*. Les actions définies sont le plus souvent orientées sur le développement d'outils, sans que soient organisés l'accompagnement et l'utilisation de ceux-ci. Cette lacune initiale impacte ensuite la définition et l'attribution des responsabilités, la mise en œuvre de mesures au niveau régional, l'allocation des moyens, et l'évaluation. Cela est renforcé par l'absence de réel responsable du plan au niveau administratif. (45)

Le caractère interministériel et intersectoriel de la problématique d'accompagnement efficiente du «bien vieillir», combinée au manque de gouvernance, a rendu dans ces conditions le pilotage et le suivi du plan quasiment impossibles, malgré le professionnalisme d'acteurs investis dans les projets dont ils ont la charge. (45)

X.2.1.3. Le plan national nutrition-santé (PNNS) 2011-2015

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

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

(PNNS : axe 2) Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité

Il s'agit pour les personnes âgées de promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les personnes de plus de 50 ans et les personnes en perte d'autonomie par :

- La création et la diffusion d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour les personnes âgées de plus de 50 ans
- Le développement de l'offre d'activités physiques dans les EHPAD et les foyers ou résidences pour les personnes âgées
- L'harmonisation des programmes visant à prévenir les chutes par les APS et la mise en place d'un dispositif national bien identifié

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

Objectif

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

Améliorer la nutrition des personnes âgées par :

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

Sensibiliser les professionnels de santé par :

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

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

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

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

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

X.2.1.4. Le programme national pour l'alimentation de 2011 (PNA) (46)

L'objectif étant de faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité, il s'agit pour les personnes âgées :

- **Mieux manger en établissements de santé et médico-sociaux :**
 - en améliorant le bien-être des personnes âgées fragilisées en y associant les familles grâce à une offre alimentaire labellisée, adaptée à leurs besoins, alliant nutrition et plaisir;
 - en mobilisant les établissements de santé et médico-sociaux pour apporter des améliorations pratiques aux menus et aux conditions de prise des repas ;
 - en évaluant le programme « corbeilles de fruits et légumes frais à l'hôpital ».
- Améliorer l'alimentation des séniors
 - Adapter l'alimentation des aînés à de nouveaux besoins en améliorant le respect des règles nutritionnelles dans les maisons de retraite ;
 - Aider les personnes âgées à conserver leur autonomie le plus longtemps possible en améliorant les prestations de portage des repas à domicile, en leur permettant de bénéficier de paniers fermiers et en développant l'information sur l'alimentation des plus de 55 ans.

X.2.1.5. Préconisations pour une MOBilisation NAtionale contre l'ISolement social des Agés (MONALISA)

Dans son rapport du 12 juillet 2013 remis à la Ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie (47), le groupe de travail Monalisa, animé par Jean-François Serres fait des préconisations à trois niveaux :

- Au niveau local : promouvoir des « équipes citoyennes » qui agissent au plus près des personnes isolées, en animant un réseau, en suscitant la création de nouvelles équipes et en leur apportant des soutiens
- Au niveau départemental : s'organiser pour agir jusque dans les « zones blanches » et auprès de publics sensibles en animant la coopération entre les différentes parties prenantes
- Au niveau national : promouvoir une « charte MONALISA » pour favoriser les initiatives et sécuriser les partenariats. Créer une association MONALISA et un comité national au printemps 2014 pour animer la mobilisation dans la durée.

X.2.2. Plans et programmes mis en place dans la région

X.2.2.1. PRS et schéma régional de prévention

Dans son Projet Régional de Santé adopté pour 5 ans le 15 décembre 2011, l'ARS a défini six domaines d'actions, dont le vieillissement, au même titre que le handicap, les risques sanitaires, de la périnatalité à l'adolescence, les cancers, maladies chroniques et maladies rares, la santé mentale et les morts violentes.

Dans le domaine du vieillissement, il s'agit de prévenir, prendre en charge les soins, et accompagner de manière pluridisciplinaire les situations de perte d'autonomie, tout au long de la vie. L'objectif stratégique est de consolider un dispositif de prise en charge des soins et d'accompagnement pluridisciplinaire adapté et coordonné pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Les priorités définies doivent aller dans le sens de la promotion du « bien vieillir » en Poitou-Charentes. Ce domaine est fortement lié aux autres domaines stratégiques dégagés, et concerne l'ensemble de la population. Trois priorités ont été dégagées :

- L'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant les choix de la personne âgée pour son lieu de vie
- Les maladies neuro-dégénératives
- La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé

Le **Schéma Régional de Prévention** (SRP) constitue une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et des financements. Les champs qu'il recouvre sont : la prévention, la promotion de la santé, la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires. Il vise à organiser les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendances... Il cherche également à améliorer la qualité et l'efficacité des actions par une professionnalisation du travail de prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas et politiques portées par l'Etat, l'assurance maladie ou les collectivités.

• Les risques identifiés dans le SRP pour les populations âgées :

- la vaccination notamment la vaccination contre la grippe doit faire l'objet d'une promotion au niveau régional. Des risques de formes graves de grippe et de décès chez des sujets de moins de 65 ans ayant des facteurs de risque sont à prendre en compte.

Tableau 8. *Taux de vaccination contre la grippe saisonnière pour les personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiaires du régime général (%)*

	Campagne 2009-2010	Campagne 2010-2011	Evolution
Charente	62,7	58,3	-4,4
Charente-Maritime	62,5	59,0	-3,4
Deux-Sèvres	61,2	53,9	-7,3
Vienne	64,6	57,5	-7,1
Poitou-Charentes	62,7	57,6	-5,1

Source : Schéma région de prévention – ARS Poitou-Charentes

- Les comportements à risque seront différents selon l'âge et sont parfois source de mortalité évitable importante. Pour les personnes âgées, il s'agit notamment des médicaments et de la iatrogénie ; des troubles du sommeil et de la vigilance, de la mémoire ; de la prévention des conséquences liées à certaines maladies chroniques.

- **Les efforts de prévention du SRP**

Par rapport à l'ensemble des actions régionales, en 2010 sur les financements du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), seuls 5 % d'entre elles concernaient les personnes âgées exclusivement.

En 2010, le plan « bien vieillir » a joué un rôle d'impulsion différemment selon les territoires en fonction des partenariats tissés. Les actions menées sont liées au rôle important des structures de proximité (réseaux gérontologiques, CLIC) et aux actions particulières développées par les organismes de sécurité sociale. Selon l'ARS (source : Briques), en Charente la plus grande partie du financement concerne la thématique « Bien-être et prévention du suicide » (plus de 40 %), devant « promotion globale du Bien vieillir » (près de 40 %) et « nutrition et activité physique » (moins de 20 %). En Charente-Maritime, la « promotion globale du Bien vieillir » représente plus de 50 % des financements, contre les « ateliers équilibre » (environ 25 %) et les « activités cérébrales » (20 %). Dans les Deux-Sèvres, c'est la thématique « Alzheimer » qui représente la plus grande part de financement (plus de 40 %), devant les « ateliers équilibre » (plus de 20 %), « l'activité cérébrale » (20 %) et la « promotion globale du Bien vieillir » (plus de 10 %). Les actions régionales sont principalement dirigées vers les « ateliers équilibre » (environ 60 %), puis « la nutrition et activités physiques » (plus de 30 %) et « l'aide aux aidants » (environ 10 %).

- **Les dépistages qui concernent les personnes âgées**

Selon le calendrier du dépistage des cancers, deux dépistages concernent plus particulièrement les personnes âgées : le cancer colorectal pour les hommes et femmes de 50 à 74 ans avec un dépistage organisé tous les deux ans, et le cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans avec un dépistage organisé tous les deux ans.

Tableau 9. *Taux de participation aux dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal en Poitou-Charentes en 2011 et 2012 (%)*

	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne	Poitou-Charentes	France
Cancer du sein	57,1	54,4	64,8	51,6	56,4	52,7
Cancer colorectal	31,8	32,4	39,7	31,0	33,4	31,7

Source : InVS (structures de gestion)

Outre ces deux dépistages organisés, il faut mentionner les dépistages du cancer de la prostate, du mélanome, et par ailleurs les dépistages dans des populations ciblées ou lors de l'apparition de symptômes, comme le cancer de l'ovaire, du poumon, du testicule ...

Aux dépistages des cancers, s'ajoutent le dépistage de l'ostéoporose par l'ostéo densitométrie osseuse chez les personnes définies comme à risque ; les dépistages des troubles visuels et de la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) ; et le dépistage des troubles de la mémoire.

- **L'éducation thérapeutique du patient (ETP)**

La mise en œuvre de l'ETP est incontournable face au vieillissement de la population plus exposée aux maladies chroniques, particulièrement dans notre région Poitou-Charentes. Cette approche vise à diminuer la prévalence de maladies graves, à limiter les hospitalisations pour des situations qui se sont compliquées en améliorant la continuité de l'accompagnement et de la prise en charge sur un même territoire de santé. Le développement de l'éducation thérapeutique suppose le respect de deux principes opérationnels fondamentaux : la coordination de l'offre sur le territoire et la promotion d'une démarche qualité.

En région Poitou-Charentes, le taux d'accroissement moyen annuel de l'incidence des maladies chroniques dépasse 7 % sur la période 1998 - 2009. Il atteint 10 % pour les groupes d'âge de 75 ans et plus. Selon les données du régime général, les tumeurs malignes sont à l'origine de plus de 3200

ALD pour 100 000 personnes en 2009, ce qui place la région au 11ème rang parmi les plus touchées.

Dans son projet régional de santé, l'ARS a souhaité développer des programmes visant des patients atteints de pathologies chroniques sur des thématiques prioritaires, accessibles à des publics plus fragiles : gens du voyage, jeunes en situation de vulnérabilité (étudiants « pauvres », jeunes en insertion, jeunes de la protection judiciaire de la jeunesse, primo arrivants, jeunes en errance...), familles monoparentales et personnes âgées des quartiers de la politique de la ville, populations étrangères, immigrées ou issues de l'immigration, personnes détenues et sortant de prison (publics prioritaires définis par la circulaire du 07/12/2007 relative au Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)). Tout programme doit être centré sur le patient et organisé de manière pluridisciplinaire autour du médecin traitant. Afin d'assurer la cohérence et la continuité des soins, ce dernier doit être informé de la bonne mise en œuvre des actions réalisées en matière d'éducation thérapeutique de ses patients, avec l'accord de ces derniers, en fonction des besoins identifiés et/ou exprimés.

Seul un programme autorisé en région, intitulé « éducation thérapeutique en psychogériatrie » s'adresse spécifiquement aux personnes vieillissantes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Porté par le centre hospitalier de Niort, il consiste à proposer la mise en place d'un travail d'éducation thérapeutique et d'accompagnement adapté à chaque patient et à son aidant. La relation éducative, difficile à maintenir en situation aiguë, intègre l'aidant principal mais aussi le reste de l'entourage familial ; un atelier collectif animé par une psychologue et une infirmière est proposé aux aidants familiaux sur l'expression des difficultés vécues au quotidien. Les associations Alzempatcom et France Alzheimer 79 sont impliquées dans la mise en œuvre de ce programme.

En 2012, 23 personnes souffrant d'Alzheimer et de maladies apparentées ont bénéficié du programme d'ETP. Son coordonnateur souligne la difficulté d'acquérir des compétences d'auto surveillance du fait des pathologies prises en charge (troubles cognitifs importants, grande fragilité des patients, troubles de la marche et de l'équilibre,...).

Un programme destiné à 50 patients ayant une ostéoporose est proposé par le CHU de Poitiers ; il comprend des séances éducatives sur les apports alimentaires calciques ainsi qu'une évaluation finale des compétences acquises par les patients.

- **Thèmes du schéma régional de prévention de l'ARS en lien avec l'autonomie des personnes âgées**

- **Dépistage précoce des maladies neuro-dégénératives (fiche 2)**

En 2007, on a estimé à 33 000 le nombre des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. Cela représente pour cette région un enjeu majeur de santé publique.

Le médecin exerçant en grande proximité demeure la clé de voute pour l'orientation vers le dépistage et l'accompagnement des patients et des aidants au sein de structure de prise en charge adaptée ou en milieu familial.

Les objectifs sont :

- Réduire le délai d'attente par un maillage territorial équilibré pour accéder à une consultation mémoire ;
- Prévoir un bilan de santé général dès 50 ans permettant de détecter assez tôt les prémices des maladies neuro-dégénératives ;
- Participer à l'amélioration des compétences des intervenants à domicile ;
- Maintenir et améliorer l'état de santé des personnes âgées non dépendantes.

- **Mesurer l'iatrogénie médicamenteuse en Ehpad (fiche 3)**

La population des plus de 65 ans est la plus exposée à ce phénomène de l'iatrogénie médicamenteuse. Cette population souvent aux prises à une poly pathologie est « polymédiquée » et consomme, au long cours, de nombreux médicaments. En effet, plus de 10 millions de personnes âgées de 65 ans et plus consomment chaque jour 7 ou plus de 7 médicaments. Les dispositions de la Loi de santé publique du 9 août 2004 font de ce thème l'une des priorités nationales.

Ce phénomène, lorsqu'il survient au sein d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes peut être assimilé à une forme de la maltraitance dont l'origine serait une sous optimisation chronique des prestations et des soins. Il est souvent lié aux mésusages des médicaments lors de leur prescription ou de leur administration. Parmi les 276 établissements de la région hébergeant des personnes âgées dépendantes, certains ne disposent pas de pharmacies à usage interne susceptibles d'organiser dans une stricte conformité et sécurité, la gestion et la prescription et d'administration des médicaments. Au-delà des expérimentations en cours, l'effort régional de prévention consenti dans ce domaine devrait permettre d'atteindre à terme une réduction de 40 % des hospitalisations engendrées par l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

L'objectif est l'information et la formation des responsables, du personnel des établissements, des médecins coordonnateurs, des pharmaciens approvisionnant les résidents.

- **Diminuer les accidents dus aux soins et médicaments (fiche 5)**

A l'échelle nationale, l'ordre de grandeur statistique des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins et observés dans les établissements de santé (cf. DREES. Bulletin n°761, mai 2011) apparaît stable à quelques années d'intervalle. Il est, pour les EIG survenus en cours d'hospitalisation, de l'ordre de 6,2 EIG pour 1000 journées d'hospitalisation. Par ailleurs, 4,5% des séjours étaient causés par un EIG, dont 2,6 % par un EIG évitable.

Les populations des personnes âgées et des personnes fragiles sont les plus concernées (comorbidités, urgence de prise en charge).

Les objectifs sont :

- Renforcer une politique visant à améliorer la sécurité des soins et le signalement des événements indésirables associés aux soins ;
- Promouvoir et coordonner les dispositifs des vigilances sanitaires liées aux soins et aux produits de santé ;
- Promouvoir le bon usage des médicaments et des autres produits de santé.

- **Lutter contre l'habitat défavorable à la santé (fiche 8)**

En Poitou-Charentes, le parc de logement privé susceptible de qualification d'habitat potentiellement indigne est évalué à plus de 68 740 logements et correspond à près de 10% du parc total de logements et 700 000 résidents (ANAH-MEEDDAT-Filocom. 2005). L'essentiel de ces logements se retrouve dans les zones rurales et concerne beaucoup des propriétaires occupants âgés de 60 ans et plus, pour lesquels la procédure majeure de déclaration d'insalubrité n'apparaît pas adaptée. La distribution territoriale de ces logements indignes n'apparaît pas uniforme sur le territoire régional. Ces logements sont sources d'exposition à des risques sanitaires avérés dont on constate année après année la recrudescence dans la région.

Ces risques sont liés à l'exposition à l'amiante, au radon, au plomb (saturnisme affection majeure grave et handicapante de l'enfant), au monoxyde de carbone, à la qualité de l'air intérieur et au bruit. Cet ensemble de risques pour lesquels les niveaux d'alerte sont variables, peut se conjuguer aux données de la structure, l'équipement, la non-conformité des installations et la vétusté. En 2008, près de 500 logements ont fait l'objet d'une procédure exigeant une évaluation de l'hygiène de l'habitat.

Le développement de la prévention de ces risques exigera une évaluation du caractère « défavorable à la santé » des logements et la réalisation d'une cartographie précise de la qualité des logements sur des territoires d'échelle variable. La bonne connaissance de la population concernée exigera un effort particulier de détection et de dépistage et une bonne coordination des services municipaux, départementaux et régionaux. Cette intervention dont le niveau prioritaire est mentionnée dans l'ensemble des documents stratégiques de l'ARS (CPOM, PRSE2) fait l'objet d'une grande priorité régionale et nationale.

Les objectifs sont :

- Sécuriser les milieux de vie en habitat dégradé
- Connaître et diminuer les expositions aux risques liés à l'habitat

- **Prévention des cancers (fiche 13)**

L'incidence générale des cancers a doublé en 25 ans chez l'homme (plus 93%) comme chez la femme (plus 84%). Cette tendance est ubiquitaire et reflète un phénomène complexe où se mêlent l'évolution épidémiologique, et ses transitions, la généralisation des modes de vie, des modes de production agricoles et industriels, de nouvelles pratiques alimentaires, l'épidémie de surpoids et d'obésité, et des expositions cumulées aux risques de toutes natures.

Les facteurs de risques liés à l'apparition et au développement de tumeurs sont très nombreux, très divers. Ils interagissent selon des modèles variables et complexes et peuvent être à l'origine d'accumulation et de potentialisation.

Les axes stratégiques de la prévention dans ce domaine sont fondés sur la diminution des expositions aux facteurs de risques attribuables au travers d'intervention relatives à la maîtrise des comportements individuels addictifs (tabac et alcool), aux modes de consommation, aux environnements intérieurs et professionnels, et à l'amélioration des rendements des dépistages organisés pour diminuer la mortalité des cancers.

Ces axes stratégiques mobilisent les approches promotionnelles (nutrition, qualité des environnements, éducations, accès aux services), la prévention (contrôle des expositions pour diminuer la fréquence d'occurrence du risque) et les dépistages en lien direct avec le développement de structures de soins et de prise en charge adaptée.

La performance des dépistages collectifs de cancers représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique et du développement du champ de la prévention.

En Poitou-Charentes l'incidence du cancer colorectal est estimée à environ 1300 à 1400 nouveaux cas par an, comprenant comme au niveau national une prédominance masculine (56% des cas), et une surmortalité en particulier sur le territoire des Deux-Sèvres.

Le cancer du sein, dont la progression est constante sur le long terme connaît une incidence de l'ordre de 1500 nouveaux cas par an pour une mortalité de 341 décès par an (données de 2005, ORS). L'évolution de ces paramètres apparaît plutôt favorable à la région au regard des données nationales.

Les taux de participation aux dépistages devraient évoluer à moyen terme vers 50% de la population cible concernée. Le territoire de la Charente apparaît comme une priorité dans cette évolution souhaitée. Le ciblage territorial, l'appui aux structures agréées en charge des dépistages, l'élargissement des interventions à la diversité des professions de santé surtout dans les zones de faibles densités médicales, l'implication plus grande des usagers, l'implication plus grande et la formation des médecins traitants représentent les axes stratégiques incontournables pour améliorer le rendement de ces dépistages.

Les objectifs sont :

- Développer la prévention des facteurs individuels de risque en fonction des pathologies cancéreuses identifiées et de leur prévalence.
- Appuyer les structures de dépistage en développant les partenariats de coopération avec les collectivités territoriales et en impliquant d'autres partenaires comme les laboratoires, les mutuelles de médecine, la médecine du travail et ce afin de réduire les inégalités d'accès aux dépistages des populations concernées par le dépistage.
- Augmenter le taux de participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal en :
 - Luttant contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages des cancers
 - Réduisant le délai de prise en charge
 - Impliquant les usagers dans la dynamique des dépistages
- Développer les programmes d'accompagnement en éducation thérapeutique et en réduire les inégalités d'accès territorial.
- Favoriser la pratique d'activité sportive en prévention de la maladie et des récives des cancers.

- **Prévention des maladies cardio-vasculaires (fiche 14)**

La notion de maladies cardiovasculaires regroupe plusieurs entités nosographiques : les maladies ischémiques, les thromboses veineuses profondes, les maladies cérébraux-vasculaires, les maladies hypertensives, l'artériosclérose, les anévrysmes, l'insuffisance cardiaque. Parmi l'ensemble dominant les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrales et vasculaires. Les taux de mortalité due aux cardiopathies ischémiques (données 2006) augmentent fortement avec l'âge passant de 10,1 pour 100 000 chez les moins de 65 ans à 217,8 chez les personnes entre 65 ans et 84 ans. Après 85 ans ce taux est encore multiplié par 7. Les hommes sont 2,5 fois plus atteints que les femmes. De la fin des années 60 jusqu'au début des années 90, la prévalence de ces problèmes a triplé. Les facteurs de risques liés à l'incidence de ces maladies sont désormais connus au travers de grandes études internationales : hypercholestérolémie, alimentation trop riche et déséquilibrée, surpoids et obésité, diabète, stress et hypertension, sédentarité et faible pratique de la marche, de l'activité physique ou du sport.

La prévention de ces troubles est fondée sur le contrôle de ces risques et se développe en s'adaptant aux situations et aux populations (hommes de 45 ans et plus, femmes de 55 ans et plus, éducation pour la santé des jeunes publics). A cet égard les enquêtes nutritionnelles ont révélé un taux moyen en LDL cholestérol de l'ordre de 1,28g/l dans la population française des 18 à 74 ans. Cette valeur atteint un maximum dans la tranche des 35-64 ans (de l'ordre de 1,35 g/l). Le seuil pathologique de cette mesure (de l'ordre de 1,6 g/l) est apprécié variablement en fonction de la présence ou non d'un ou de plusieurs autres facteurs de risque. Plus d'un tiers de la population des 35 à 64 ans et plus de la moitié de la population des 65 à 74 ans ont un taux élevé en LDL cholestérol ou suivent un traitement hypolipémiant. Par ailleurs, 31% de la population des 18-74 ans présente une hypertension. Ce phénomène s'accroît considérablement avec l'âge, et concerne davantage les hommes. Sa prévalence passe de 10% pour les 18-44 ans à plus de 67% pour les 65-74 ans. Le taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à l'origine de nombreuses hospitalisations lourdes, de handicaps chroniques et de mortalité apparaît stable. Le taux d'hospitalisation pour ce diagnostic augmente avec l'âge pour atteindre selon les données plus de 1600/100 000 après 84 ans.

La recherche d'une appréciation du risque absolu lié à la situation singulière de chaque personne s'est affinée et permet désormais de mieux diriger les conseils préventifs et de mieux gérer les orientations thérapeutiques proposées dans le cadre d'une éducation thérapeutique du patient susceptible de contrôler l'apparition de multiples complications.

Les objectifs sont :

- Développer la prévention et le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire ;
- Développer l'éducation à la nutrition adaptée comme facteur de prévention ;
- Développer les programmes d'accompagnement en éducation thérapeutique du patient en ambulatoire et hospitalier pour les maladies cardio-métaboliques notamment par la diffusion des recommandations professionnelles et l'adoption de modes de vie saine.

- **Prévention des maladies de la nutrition y compris le diabète et l'obésité (fiche 15)**

En France, la prévalence de l'obésité définie par un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 g/m² chez les adultes de 18 ans et plus est évaluée dans les enquêtes de portée nationale reconnues par la HAS (ENNS et Obépi-Roche) à plus de 15% de cette population. Le surpoids chez la même population défini par un indice de masse corporelle compris entre 25 et 30 kg/m² concerne près de 32% de cette population. La prévalence de l'obésité est plus importante chez la femme. Elle augmente avec l'âge et culmine dans la tranche des 55-64 ans ou elle concerne plus d'un cinquième à un tiers de la population suivant les enquêtes à caractère déclaratif ou exploitant des données biométriques. Tandis que le surpoids concerne près de la moitié de la population.

Tous les risques cardiovasculaires, HTA, dyslipidémies, diabète sont multipliés par un facteur important allant 2 à 12 et proportionnel au niveau de la surcharge pondérale. L'espérance de vie est amoindrie de plusieurs années.

Le diabète concerne en France plus de 2,5 millions de personnes. Sa prévalence était estimée en 2007, à 3,95 % de la population générale. La prévalence est plus élevée chez l'homme et augmente avec l'âge pour atteindre 18,2% dans la tranche d'âge des hommes de 75 à 79 ans. Le diabète concerne, dans la région, plus de 56 000 personnes et entraîne plus de 4 500 admissions en Affections de Longue Durée. Le taux de prévalence du diabète dans la population est estimé à 3,6% en dessous de la moyenne nationale. Cette prévalence domine chez les hommes et dans la tranche d'âge des plus de 60 ans. Il est à l'origine de plus de 100 000 hospitalisations. De faibles disparités territoriales ont été enregistrées.

Les objectifs sont

- Poursuivre la sensibilisation et la formation des professionnels de santé aux enjeux d'une prise en charge précoce de l'obésité :
 - Lutter contre la prévalence de l'obésité dès la grossesse ;
 - Développer une coopération entre tous les intervenants territoriaux pour favoriser la prévention nutritionnelle et optimiser l'organisation du dépistage de tous les enfants de moins de 6 ans ;
 - Sensibiliser à tous les niveaux de prise en charge du petit enfant obèse ;
 - Réduire la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section maternelle.
 - Favoriser la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire et en hospitalier pour les maladies métaboliques ;
 - Informer sur les complications de l'obésité et les prévenir ;
 - Promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé en matière de nutrition et d'activité physique dès le plus jeune âge ;
 - Prévenir la dénutrition.

- **Prévention des suicides et morts violentes (fiche 19)**

Le suicide est considéré comme une cause de mortalité évitable. L'identification des facteurs de ce risque et l'engagement d'intervention de prévention demeure donc aussi bien à l'échelle régionale que nationale une priorité de santé publique. On constate, sur plus de 20 ans d'observation, une baisse tendancielle régulière (décroissance du nombre de décès par suicide de 4% entre 2000 et 2006). Malgré cette tendance, la structure de ce problème de santé publique demeure inchangée et

marquée par de fortes inégalités géographiques et par des différences considérables entre les sexes. En effet, les taux de suicide sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes : 23,6 décès par suicide pour 100 000 en 2006 chez les hommes de tous âges contre 8 chez les femmes. La population la plus concernée est représentée par les hommes de plus de 74 ans. Là, les taux de décès par suicides culminent à plus de 68 décès pour 100 000, en 2006. Les régions de France les plus concernées par ce phénomène demeurent la Bretagne (plus de 24 décès pour 100 000 en 2006), le Poitou-Charentes (Plus de 21 décès pour 100 000 en 2006) et la Picardie (plus de 20 décès pour 100 000 en 2006). Le Poitou-Charentes comme la région PACA, contrairement aux autres régions n'enregistre pas une tendance significative à la baisse. Les modes de suicides sont variables avec le sexe. Ils sont regroupés autour de 4 modes principaux : le pendaison (46%), les prises de médicaments (16%), les armes à feu (15%), et le saut dans le vide (8%). Chez l'homme prédominent les modes de pendaison et l'usage des armes à feu. Chez la femme prédomine l'usage des médicaments. En Poitou-Charentes, les taux de décès par suicide s'établissent à 47,9 pour 100 000 habitants pour les hommes de 35 à 64 ans et sont multipliés par 1,5 pour la tranche d'âge des plus de 65 ans. Chez les femmes ces taux sont divisés par un coefficient allant de 3 à 7. Les tentatives déclarées chez les jeunes sont de 4% chez les garçons et de 14,7 % chez les filles. Les facteurs de risque sont multiples, peu descriptibles et très étendus. Cette diversité rend difficile l'analyse du risque et l'approche prédictive. On retrouve : les antécédents personnels et familiaux de suicide, les troubles psychiatriques et les usages de substances illicites, les situations traduisant la précarité ou la dissolution du lien social, ou la présence de trauma psychique (deuil, maltraitance, séparation). On retrouve encore d'autres facteurs comme l'âge, la déchéance physique, ou encore les saisons et les rythmes sociaux. L'ensemble de ces facteurs de risques se noue sous la pression de forts déterminants économiques et sociaux dont le poids ne cesse de croître.

Les objectifs sont :

- Renforcer le repérage des situations de mal être, d'isolement des populations le plus à risque
- Sensibiliser et former les professionnels de santé à détecter la souffrance psychique des enfants et des adolescents
- **Prévenir les accidents liés aux conduites à risques (hors suicides et homicides) (fiche 22)**

Avec près de 20 000 décès en 2008, ce sont les accidents de la vie courante, pourtant moins médiatisés que les accidents de la circulation, qui représentent la part la plus importante de la mortalité accidentelle. Selon les estimations réalisées par l'InVS à partir de l'Enquête santé et protection sociale 2004, 11,2 millions de personnes auraient été blessées dans un accident de la vie courante au cours de l'année, ce qui correspond à un taux annuel d'incidence des accidentés de la vie courante de l'ordre de 18 pour 100 personnes

Selon cette même étude, le taux annuel d'incidence de recours aux urgences et/ou hospitalisation pour accident de la vie courante serait de 10 pour 100 personnes. En matière de séquelles, la CnamTS, à partir d'enquêtes réalisées de 1987 à 1995, avance le chiffre de 11% d'accidentés de la vie courante présentant au moins une séquelle.

La fréquence de survenue des accidents de la vie courante, maximale entre 0 et 5 ans, décroît régulièrement avec l'âge pour augmenter de nouveau après 75 ans. En revanche, le taux de mortalité par accident de la vie courante, élevé avant 5 ans et plus bas entre 5 et 14 ans, croît ensuite régulièrement et augmente fortement avec l'âge : 38 pour 100 000 de 65 à 74 ans en 2006, 122 pour 100 000 de 75 à 84 ans, 584 pour 100 000 au-delà de 85 ans. Les chutes et les suffocations (essentiellement des fausses routes alimentaires) représentent deux tiers des décès par accidents de la vie courante (78 % chez les personnes de plus de 75 ans), mais l'on peut noter la prédominance des noyades entre 1 et 24 ans (première cause des décès par accident de la vie courante dans cette tranche d'âge).

Les objectifs sont :

- Développer la prévention des accidents de la vie domestique
- Développer la prévention des chutes accidentelles
- Développer la prévention des accidents de la vie publique

X.2.2.1. La prévention et la promotion de la santé dans les schémas gérontologiques départementaux

- **Schéma gérontologique de la Vienne 2003-2008 : les éléments de prévention et de promotion de la santé (48)**

Le tableau ci-dessous retrace uniquement les axes liés à la prévention. L'aide aux aidants constitue une thématique importante et figure également dans les axes destinés à l'amélioration de la prise en charge, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de la prise en charge à domicile, la recherche de solutions alternatives entre le domicile et l'établissement médicalisé, ainsi que la continuité et la qualité des soins aux personnes âgées dépendantes.

Tableau 10. *Orientations, objectifs et objectifs spécifiques en matière de prévention et promotion de la santé du schéma gérontologique de la Vienne*

Orientations	Objectifs	Objectifs spécifiques
Développer la prévention et l'information à destination des personnes âgées	Développer les actions collectives de prévention	Prévenir les effets néfastes du vieillissement
		Permettre à toutes les personnes intéressées de pouvoir bénéficier d'actions de prévention sur leur territoire de proximité
	Favoriser le lien social de proximité	Rompres l'isolement des personnes âgées et des aidants familiaux
		Rendre la personne âgée actrice dans son quartier ou dans son village
		Développer les réseaux de voisinage
	Renforcer l'information de proximité aux personnes âgées	Aider les personnes âgées à mieux connaître les interlocuteurs pouvant répondre à leurs besoins ou les orienter vers l'organisme compétent
		Les aider à anticiper les situations à risque
		Assurer un niveau de réponse équivalent sur tout le territoire départemental

• **Schéma gérontologique des Deux-Sèvres 2010-2014 : les éléments de prévention et de promotion de la santé (49)**

Tableau 11. *Orientations, objectifs et objectifs spécifiques en matière de prévention et promotion de la santé du schéma gérontologique des Deux-Sèvres*

Axe de développement	Objectifs	Objectifs spécifiques	
Favoriser de bonnes conditions de vie à domicile	Accompagner la modernisation et anticiper la mutation des services d'aide à domicile	Anticiper l'évolution des services d'aide à domicile	
		Développer et diversifier une offre de services territoriale et coordonnée	
		Garantir aux bénéficiaires des prestations adaptées	
	Développer des actions de sensibilisation et de prévention de la perte d'autonomie		Accompagner les retraités dans les démarches d'adaptation du logement et d'aide pour permettre le maintien à domicile
			Informers, conseiller les bénéficiaires et les professionnels sur les outils, les techniques et les gestes permettant de prévenir les risques d'accidents survenant dans l'habitat
			Réduire, par des actions de prévention, les situations d'urgence liées aux accidents domestiques
			Favoriser les actions de prévention pour prévenir les conséquences du vieillissement
	Favoriser l'accès aux nouvelles technologies pour préserver l'autonomie des personnes âgées		Sécuriser la vie à domicile des personnes âgées
			Faciliter l'accès et la connaissance des technologies disponibles et adaptées aux besoins
			Anticiper et limiter la perte d'autonomie
Anticiper l'avenir de l'hébergement des personnes âgées	Elaborer une charte de l'habitat regroupé	Offrir aux personnes âgées une offre d'habitat regroupé et adapté à la perte d'autonomie	
		Assurer des critères de qualité, accessibilité et anticipation de la dépendance	
		Harmoniser les différents cahiers des charges et référentiels sur l'habitat regroupé	
	Valoriser et consolider l'accueil familial		Favoriser le développement de ce mode d'accueil
			Assure la qualité de l'accompagnement des

- **Schéma départemental en faveur des personnes âgées Charente-Maritime 2011-2016 : les éléments de prévention et de promotion de la santé (50)**

Tableau 12. *Orientations, objectifs et objectifs spécifiques en matière de prévention et promotion de la santé du schéma gérontologique de la Charente-Maritime*

Axe de développement	Objectifs	Objectifs spécifiques
Encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société	Diffuser l'information sur les dispositifs d'adaptation du logement existants et soutenir des projets innovants	Mieux informer les personnes âgées des dispositifs mobilisables et les inciter à réaliser des travaux d'adaptation avant la survenue de la dépendance
		Favoriser la mise sur le marché de logements adaptés, accessibles physiquement et financièrement pour les personnes âgées
		Encourager le développement d'actions innovantes en matière de logements à destination des personnes âgées afin de diversifier les offres et de les adapter au mieux à leurs attentes, d'une part, et à leur degré d'autonomie, d'autre part
	Faire connaître les dispositifs existants de transport adapté aux besoins des personnes âgées et soutenir de nouvelles formes de transport	Rompre l'isolement des personnes âgées
		Faciliter l'accès aux services, loisirs, équipements pour les personnes âgées isolées
	Favoriser le maintien et le développement d'activités sportives, culturelles, de loisirs répondant aux attentes variées des personnes âgées	Lutter contre l'isolement des personnes âgées
		Favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées
	Faciliter l'action des associations œuvrant pour les personnes âgées et encourager le bénévolat des personnes âgées	Reconnaître la place et le rôle social des retraités
		Réduire l'isolement des personnes âgées à domicile

• **Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées 2008-2012 de Charente : les éléments de prévention et de promotion de la santé (50)**

Tableau 13. *Orientations, objectifs et objectifs spécifiques en matière de prévention et promotion de la santé du schéma gérontologique de Charente*

Axe de développement	Objectifs	Bénéfices attendus
Améliorer le dispositif de maintien à domicile	Prévenir les chutes à domicile et mieux stimuler la personne âgée	Mise en place un dispositif efficace d'information permettant une meilleure prévention des chutes
		Préservation de l'autonomie de la personne âgée
		Sensibilisation des personnes pour qu'elles soient plus vigilantes
	Créer un parc de logements adaptés	Répondre à la problématique charentaise du vieillissement
		Permettre aux personnes âgées de demeurer dans leur Pays
		Sensibiliser les partenaires à l'adaptation du logement
	Mettre en place des évaluations individualisées dans le cadre de l'adaptation du logement	Mieux évaluer les besoins individualisés de la personne âgée pour un logement adapté
		Renforcer le maintien à domicile
	Développer les solutions de transport	Améliorer les conditions du retour à domicile
		Soutien à l'autonomie
Maintien du lien social		
Améliorer le dispositif d'aide aux aidants	Informers les aidants naturels	Aide aux personnes à faible revenu
		Meilleure intégration des personnes âgées et de leurs aidants dans le dispositif
		Amélioration de la prévention
		Amélioration de la prise en charge
Favoriser le maintien des liens sociaux et familiaux	Faciliter la participation des familles au fonctionnement des établissements et des services à domicile	Eviter l'épuisement de l'aidant ²
		Rompre l'isolement des personnes
	Maintenir les commerces de proximité et ambulants	Permettre une meilleure prise en compte de l'avis des personnes âgées
		Favoriser l'autonomie
	Promouvoir l'animation	Maintenir les relations sociales
		Permettre le maintien des liens sociaux
		Mener des activités qui aient aussi une vocation thérapeutique
Mieux informer sur les dispositifs	Diversifier les moments d'information et de présentation sur les dispositifs à l'attention des personnes âgées et des professionnels	Permettre des échanges de savoirs et l'entraide
		Développer un volet prévention
	Prévenir à une maison du handicap qui soit aussi celle de la dépendance	Informers et présenter le dispositif aux personnes âgées et aux familles
		Organiser des moments de rencontre plus fréquents entre les différentes parties-prenantes
		Mettre en place une « maison des aînés », guichet unique (accueil, orientation, administratif, coordination)
Préparer au vieillissement	Mener des actions d'information et de sensibilisation à l'attention des futures personnes âgées	Réponse rapide et de qualité aux besoins des personnes
		Promouvoir le bien vieillir
		Anticiper sur les difficultés liées au vieillissement
		Eviter les situations d'isolement

X.2.2.2. Consultation pluridisciplinaire du CHU

Véritable problème de santé publique, la chute est la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans. En 2005, quatre services du CHU ont réuni leurs compétences, dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire, pour apporter une solution globale et des mesures préventives aux problèmes et aux conséquences de la chute. Il s'agit de la gériatrie, de la médecine physique et de réadaptation, de l'ophtalmologie, et de l'ORL. Ces services prennent en compte les facteurs en cause dans le mécanisme de la chute (facteurs intrinsèques liés au vieillissement et facteurs extrinsèques liés à l'environnement et aux habitudes de vie), et la plupart du temps plusieurs spécialités médicales sont concernées. Cette consultation pluridisciplinaire a donc pour objectif d'étudier l'état pathologique du patient dans sa globalité afin d'apporter des réponses adaptées et proposer des solutions préventives. Ainsi, les personnes repérées, par le biais des urgences lorsqu'elles ont déjà fait une chute, ou par les services concernés (gériatrie, médecine physique, ophtalmologie, ORL) du fait de symptômes déterminants subiront des examens dans chacune de ces spécialités.

X.2.2.3. Actions de la Mutualité Sociale Agricole

• L'aide aux aidants

L'objectif est de permettre d'assumer le rôle d'aide aux aidants dans la durée tout en préservant les choix et la qualité de vie ainsi que celle de la personne accompagnée.

Ces actions portent sur :

- la formation des aidants : Des cycles de formation permettant aux aidants de mesurer leur investissement et faciliter leur rôle (formation gestes et postures) dispensés au domicile de l'aidé
- des espaces de rencontre et de partage : Ayant pour objectif de sensibiliser et valoriser le rôle de l'aidant et renforcer la solidarité (café des aidants, forum, théâtre...)
- des groupes d'expression et d'échanges : Groupes d'aidants pour libérer la parole, rompre l'isolement et créer du lien
- des actions d'information qui permettent de mieux se repérer : Conférences débat, plaquette, annuaire, guide...
- un soutien psychologique : Lors de rendez-vous personnalisé
- des actions de prévention santé : Visant à développer des comportements favorables à la santé (ateliers mémoire, Peps eureka, ateliers du bien vieillir...)
- des dispositifs de répit pour les aidants : Permettant de prendre du recul : Loisirs (activités artistiques, ateliers cuisine, activité physique...) ; Sorties culturelles et Séjours de vacances.
- une aide au retour à domicile « sortie d'hospitalisation » : Accompagnement de la sortie d'hospitalisation" ou "aide au retour à domicile après hospitalisation" de la personne aidée.
- des aides financières : Pour le maintien à domicile des personnes dépendantes et des personnes âgées, pour l'amélioration et l'aménagement de l'habitat, pour l'accueil temporaire ou de jour, pour la présence d'une aide à domicile...

• Préservation de l'autonomie des personnes âgées en établissement

Les MSA interviennent sur le champ médico-social, notamment dans les Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), en partenariat avec le Fondation Nationale de Gérontologie (FNG).

Par le biais de séances collectives, il s'agit de prévenir les effets néfastes du vieillissement cérébral, maintenir les capacités résiduelles et stimuler la mémoire afin de préserver l'autonomie des personnes âgées en institution.

- **Aide au maintien à domicile des personnes âgées**

La MSA accorde une aide financière pour l'aide à la personne et/ou l'entretien du cadre de vie, le portage de repas, la téléassistance, des aides techniques pour l'adaptation du logement. Ces aides peuvent être accordées aux personnes relevant du régime agricole, qui présentent des critères de fragilité et de dépendance (GIR 5 et 6), et sous condition de ressources.

- **Les Ateliers du Bien vieillir**

La MSA organise un programme composé de sept ateliers sur les clés du mieux vivre et du bien vieillir pour les seniors de 55 ans et plus, quel que soit le régime de protection sociale, sur les thèmes suivants :

- Le bien vieillir
- L'alimentation
- Les 5 sens
- L'ostéoporose
- Le sommeil
- Le médicament
- Le dentaire

X.2.2.4. Plans PAPA des organismes de sécurité sociale

Les organismes de Protection Sociale ont pour mission dans le cadre de la déclinaison territoriale du plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées (plan PAPA1), de prévenir les risques liés au vieillissement chez les retraités et pré-retraités relevant des GIR 5 et 6, confrontés à des difficultés sociales particulières (lors du passage à la retraite, à la suite d'une fragilité fonctionnelle, une rupture du domicile, une fragilité sociale...) ou connaissant une période sensible de leur existence (hospitalisation, veuvage, situation d'aidant familial...).

Au niveau national, ce plan favorise :

- une coordination de l'action sanitaire et sociale des branches Maladie et Retraite permettant une meilleure mutualisation des moyens humains, financiers et des savoirs-faire existants,
- une meilleure coordination entre les différents intervenants des sphères sanitaire et sociale (organismes de Sécurité sociale, conseils généraux, communes,...) visant à amplifier et diversifier leurs actions pour une prise en charge plus globale de la personne âgée avec le souci d'apporter des réponses les plus adaptées possibles à leurs besoins.

Ce plan se décline en 5 thèmes prioritaires :

- la prévention de la perte d'autonomie et la lutte contre les accidents de la vie courante,
- la prévention de la malnutrition (dénutrition),
- l'aide aux aidants,
- la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile,
- les personnes handicapées vieillissantes.

Dans la région, la CARSAT (Caisse régionale d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail) gère le plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées qui comporte :

- Des ateliers Equilibre et Dynamisation, destinés à prévenir les chutes chez les personnes âgées
- L'aide aux aidants, destinée à soutenir les personnes qui prennent en charge un proche dépendant en raison de son âge, d'un handicap ou d'une maladie grave
- L'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH), destinée à accompagner la réinstallation à domicile dans de bonnes conditions de sécurité et de confort

X.2.2.5. Plan Sport, Santé, Bien-être de l'ARS et de la DRJSCS

Le plan s'articule autour de 3 axes principaux:

- favoriser la pratique des activités physiques et sportives (APS), principalement de loisir, pour le plus grand nombre
- développer la pratique d'APS des personnes qui sont prises en charge par les établissements sociaux et médico-sociaux, notamment dans les EHPAD
- développer la pratique d'activités physiques et sportives pour les personnes atteintes de pathologies chroniques non transmissibles. Il s'agit pour les professionnels médicaux de prescrire la pratique d'une activité physique ou sportive qui vienne en complément des prescriptions habituelles.

X.2.2.6. Plan sport DRJSCS

Dans la région, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale a défini un plan régional Sport-santé. Son objectif est de favoriser et de rendre accessible à chaque personne la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive (RASP) dans un objectif d'amélioration du bien-être et de la qualité de vie. Issu d'un plan national, l'objectif spécifique de la déclinaison régionale est la mise en place de réseaux sport-santé permettant de développer la promotion de la santé par les activités physiques et sportives sur l'ensemble des populations cibles, en particulier en direction des seniors mais aussi des personnes présentant une maladie chronique.

Pour cela, le plan propose :

- Une aide aux associations pour la mise en œuvre, le soutien et le financement d'actions de promotion de la santé par les activités physiques et sportives
- Une formation des éducateurs sur le thème « prévention santé par les APS »
- Une formation des professionnels de santé pour la réalisation de « prescriptions d'activité physique »

Il repose sur des objectifs opérationnels :

- Répertorier les actions réalisées et évaluées
- Repérer les structures associatives offrant des prestations en APS adaptée au public visé
- Densifier les réseaux sport-santé en Poitou-Charentes en se basant sur les réseaux de santé et sur les réseaux médico-sociaux en cours

X.2.2.7. Plans de rénovation des logements (51)

L'adaptation du logement est pour les personnes âgées l'un des enjeux principaux de leur maintien à domicile, et facteur de prévention de la perte d'autonomie : à partir de 80 ans, une personne sur deux chute dans l'année et 40% des personnes hospitalisées ne retournent pas vivre chez elle.

L'ANAH et la CNAV ont été mandatées par le ministère de l'Égalité des territoires et du logement et le ministère des Affaires sociales et de la Santé, afin qu'elles formulent des recommandations avant fin novembre pour l'adaptation des logements des personnes âgées. La lettre de mission comporte trois grands axes :

- la simplification des procédures de traitement des dossiers entre l'Agence nationale de l'habitat (Anah) et la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) : dossier unique, élargissement du public, égalité territoriale, répertoire des aides existantes
- le contenu des prestations : un diagnostic commun reconnu par les deux structures, renforcement de l'information sur l'équipement des logements, garantir le recours à des professionnels formés
- une meilleure articulation des dispositifs et aides à l'adaptation des logements à l'autonomie avec ceux utilisés pour le plan de rénovation énergétique de l'habitat « j'écorénove - j'économise ».

X.2.2.8. Développement des liens intergénérationnels

Des initiatives locales ont été repérées dans la région. Quelques exemples sont présentés ci-dessous mais aucune planification ou programmation globale n'a été repérée.

Part'âge Village ludique : un collectif d'habitants de quatre communes (Poitou-Charentes)

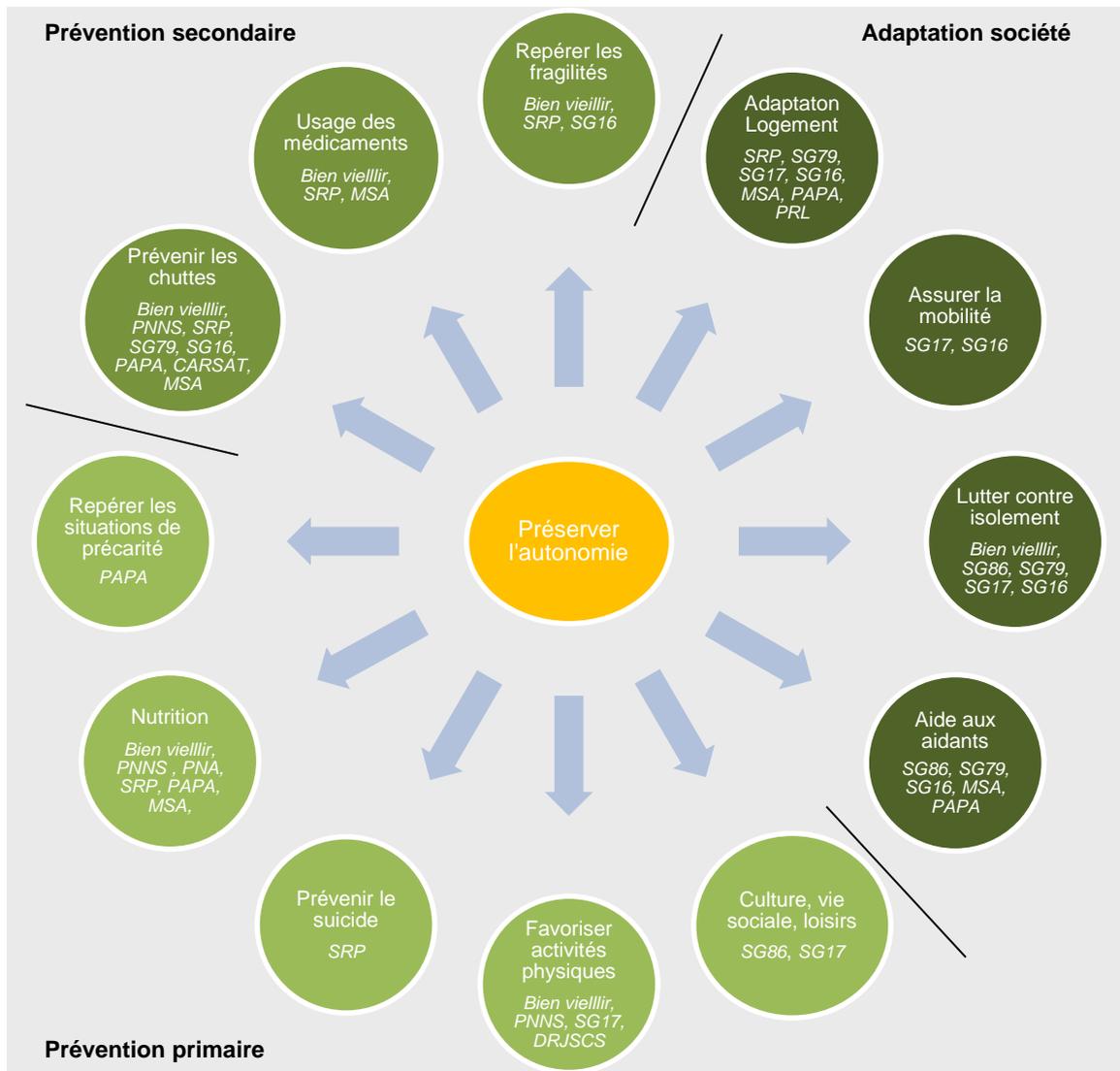
Cette action s'inscrit dans un contexte rural de forte mutation démographique : une augmentation de la population de 32%, les deux tiers des arrivants étant des familles avec des enfants. Elle vise à tisser du lien social autour du faire ensemble et du mieux vivre ensemble. Ainsi, ces nouveaux habitants issus d'un milieu urbain et les habitants du cru, ancrés de longue date dans un territoire rural, ont l'occasion d'éviter une cassure sociale entre les générations. Depuis 5 ans, l'animation Part'Âges Villages, s'y emploie. Ce collectif d'habitants bénévoles, composé principalement de seniors, met en œuvre chaque mois des rencontres ludiques, intergénérationnelles, gratuites et ouvertes à tous, dans 4 communes (Saint-Jean de Liversay, Nuaille d'Aunis, Taugon et le Gué d'Alléré). Le concept s'appuie sur l'échange de savoirs inter-âges, le partage d'activités faisant appel aux talents, passions et savoir-faire de chacun sur une grande diversité de thèmes. A titre d'exemples : peinture, danse africaine, découverte du Marais Poitevin, travaux manuels, informatique, improvisation théâtrale, gymnastique douce, calligraphie, jardinage, jeux, cuisine, initiation aux arts martiaux... Par ailleurs, des événements ponctuent l'année : la Semaine Bleue en octobre, la fête du Jeu et du Jouet en novembre, Part'Âges villages en fête...

« **L'étable des jeux** » est une association, basée à Vouneuil-sous-Biard, dans la Vienne (86). Elle est ouverte à tous ceux qui aiment jouer ou découvrir l'univers des jeux de société. Elle accueille toute personne curieuse et ouverte d'esprit à partir de 10 ans. En plus des jeux que l'association possède, les adhérents sont invités à apporter les leurs le temps d'une soirée.

« **Nos vies d'avant et d'aujourd'hui** » : à Poitiers, l'association KuriOz œuvre pour le partage de savoirs autour de l'alimentation avec la participation des Jardins de Salomé, un groupe de jeunes de l'association l'Ancre et un groupe de Scouts et Guides de France dans le but de multiplier les échanges et expériences sur les comportements alimentaires d'hier et d'aujourd'hui. Cette action crée du lien social entre trois générations : jeunes, animateurs (25-35 ans) et personnes âgées mais aussi entre les résidents eux-mêmes au sein des Maisons de retraite.

X.3. Synthèse : plans et programmes mis en place et acteurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Figure 10. *Éléments pour la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et plans/programmes correspondants mis en place*



PNNS : Plan National Nutrition Santé (2011-2015)
 PNA : Plan National Alimentation 2011
 Bien vieillir : Plan Bien vieillir (2009-2011)
 SRP : Schéma Régional de Prévention
 SG86 : Schéma gérontologique de la Vienne
 SG79 : Schéma gérontologique des Deux-Sèvres
 SG17 : Schéma gérontologique de Charente-Maritime
 SG16 : Schéma gérontologique de la Charente
 MSA : Actions MSA
 PAPA : Plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées de la Sécurité sociale
 DRJSCS : plan sport de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
 PRL : Plan de rénovation des logements

Le schéma ci-dessus a été réalisé à partir des documents disponibles décrivant les plans et programmes d'actions prévus et publiés. Il n'est pas exhaustif, des actions ayant pu être mises en place en dehors des programmations.

Les éléments de prévention de la perte d'autonomie sont nombreux et relèvent de la compétence d'une multitude d'acteurs. Il est donc nécessaire de miser sur la mutualisation des compétences pour une plus grande efficacité et efficience des moyens mis en place.

Sur certains axes de prévention, de nombreux intervenants ont une action tandis que certains autres sont peu investis. La multiplicité des intervenants concernent notamment l'adaptation des logements (pas moins de cinq programmes différents) contrastant avec le peu d'acteurs investis sur le repérage des situations de précarité, la prévention du suicide, et ce qui concerne l'accès aux loisirs et à la culture. Schématiquement, s'agissant de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, il semble que les éléments de prévention primaire sont peu souvent retenus comme prioritaires. Les exceptions sont la nutrition et l'activité physique qui font l'objet de plans et programmes nationaux réinvestis par des acteurs régionaux.

En ce qui concerne l'adaptation de la société, il est à noter le peu de programmes mentionnant la mobilité des personnes âgées alors même que dans une région à caractère rurale, la problématique de la mobilité apparaît comme un enjeu important dans le domaine de l'autonomie.

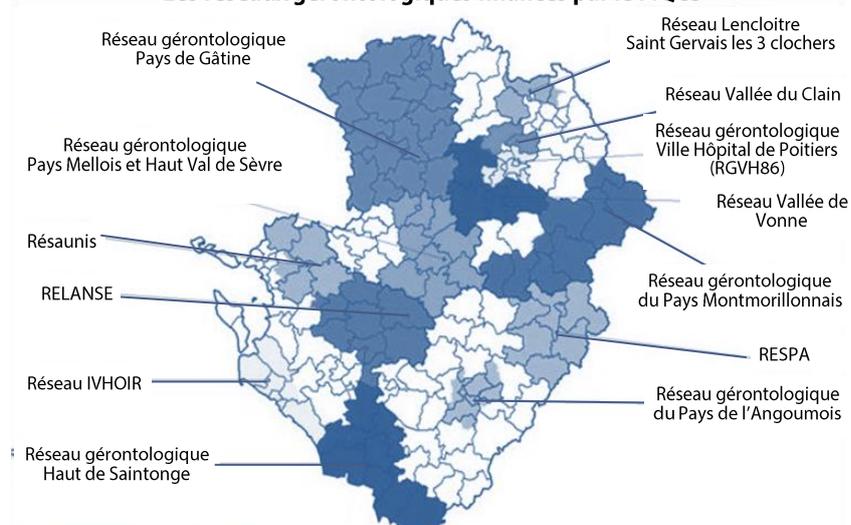
En ce qui concerne la prévention secondaire, si la prévention des chutes semble bien perçue comme une priorité par un ensemble important d'acteurs, le bon usage des médicaments comme le repérage des fragilités constituent encore des problématiques qu'il conviendrait de prendre plus largement en compte.

Tableau 14. *Les acteurs régionaux de la préservation de l'autonomie*

Acteurs institutionnels	Secteur sanitaire et médico social	Coordination et réseaux	Autres associations	Autres
<ul style="list-style-type: none"> - Conseils généraux - CODERPA - MDPH - ARS - DRJSCS - DREAL - DRAAF - DIRECCTE - Assureurs (MSA, CARSAT, Mutuelles) - CAF - Mairies (CCAS) - CARSAT, RSI, MSA - Conseil Régional 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé libéraux - Services hospitaliers (USLD, court séjour, urgences, SSR) - Alternatives à l'hébergement (HAD, AJ, HT) - Services d'aide à domicile (SSIAD, SAD) - établissements médico-sociaux (EHPAD, foyers-logement) 	<ul style="list-style-type: none"> - Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) - Comités locaux d'information et de coordination (CLIC) - Réseaux gérontologiques (Cf. carte ci-dessous) 	<ul style="list-style-type: none"> - France Alzheimer - Centres socio-culturels - Services d'aide à domicile - Union régionale des aînés ruraux - associations en lien avec les personnes âgées - ARACT 	<ul style="list-style-type: none"> - Aidants - Accueil familial

Source : ORS Poitou-Charentes

Les réseaux gérontologiques financés par le FIQCS



Source et réalisation : ARS Poitou-Charentes. COSA, avril 2011

Limites départementales et cantonales

XI. Approche économique

XI.1.1. Une population senior vecteur de croissance et d'emploi

Dans le rapport du CESE Poitou-Charentes (Conseil économique social environnemental) (52), le vieillissement de la population engendre des sources de croissance dans de nombreux domaines économiques : adaptation des logements, domotique, services à domicile, nouvelle offre de transport.

XI.1.1.1. Une capacité d'investissement et de consommation

Selon une étude du CREDOC de 2010 mentionnée dans le rapport du CESE, en 2015, les seniors (65 ans et plus) assureront une majorité des dépenses (54 %) sur différents marchés : 64 % pour la santé, 60 % pour l'alimentation, 58 % pour l'équipement, 57 % pour les loisirs, 56 % pour les dépenses d'assurance. Cette population représente donc un fort potentiel qui reste sous exploité. En effet, les retraités connaissent après 65 ans une chute importante de leur consommation alors que leur revenu reste stable. Cette faible consommation se traduit donc par un niveau d'épargne important qui pourrait être mobilisé dans le cadre de la rénovation et de l'entretien de leur patrimoine.

XI.1.1.2. Des besoins et des consommations spécifiques

L'accroissement du nombre de personnes âgées solvables peut constituer une opportunité de développement économique qui peut être appelée « économie cohésive », « économie résidentielle » ou encore « économie présentielle ». Par leur présence, les seniors contribuent fortement au maintien et au développement d'activités commerciales et de services, dans les petites communes rurales notamment. Ils présentent en outre des modes de consommation et des besoins spécifiques, notamment dans leur confort de vie (emplois de service, tourisme et voyages) mais également dans les biens et services relevant du sanitaire, du social et de l'habitat (« silver economy »).

XI.1.1.3. La « silver economy »

En avril 2013 a été lancé en France la filière « Silver economy » par l'intermédiaire des ministères du redressement productif et du ministre délégué chargée des personnes âgées et de l'autonomie. Cette filière regroupe toutes les entreprises agissant pour et/ou avec les personnes âgées (création de services personnalisés, de technologies pour l'autonomie,...) et doit constituer un important facteur de croissance et d'emplois étant donné les besoins croissants liés à l'évolution de la démographie.

Le développement de cette filière reposera sur le développement des technologies de l'autonomie (dans les domaines de la communication, de la santé, de la sécurité et de l'accessibilité) dont les principales entreprises connaissent une croissance annuelle supérieure à 60 % (Rapport Broussy).

Le plan d'action présenté par le gouvernement repose sur la définition d'une stratégie nationale (action 1), sur une déclinaison régionale *via* des Schémas régionaux silver-économiques (action 2), lancer des expérimentations sur le pilotage dans 3 régions (action 3), et sur le lancement d'une première offre de service labellisé « silver-economy » (action 4).

XI.1.2. Le coût de la dépendance

XI.1.2.1. Les dépenses publiques

Les dépenses qui entrent dans le champs de la perte ou du maintien de l'autonomie peuvent se décomposer, tel que le propose le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie(HCAAM) (53), entre celles qui relèvent de « l'aide à l'autonomie », et celles qui sont rattachable à la perte d'autonomie (qui n'existeraient pas si la personne était autonome). Le HCAAM englobe également les dépenses qui se ne sont pas spécifiques de la perte d'autonomie mais qui bénéficient également à cette population, tant au niveau des aides que des soins.

Tableau 15. Les dépenses liées à la perte d'autonomie selon le HCAAM

Protection de la santé	Accompagnement de la perte d'autonomie		Couverture d'autres besoins de la vie
Soins		Aides	
Soins cliniques et techniques	Soins d'entretien	Aides à la vie quotidienne	Autres prestations sociales en nature ou espèces
<p>Ensemble des dépenses en faveur de la personne âgée en perte</p> <p>Dépenses rattachable à la perte d'autonomie</p> <p>Dépenses d'aide à l'autonomie</p> <p><i>Surcoût des soins</i></p> <p><i>Surcoût dans la autres besoins de la vie</i></p>			

Source : HCAAM, 2011

A la différence des dépenses publiques liées au handicap, pour lesquelles il existe un Compte du handicap, il n'existe pas de « Compte de la dépendance ». Plusieurs chiffrages des dépenses publiques en faveur de la « dépendance » des personnes Agées se sont toutefois succédé ces dernières années : la cours des comptes en 2005, le rapport Vasselle 2008, le rapport Rosso-Debord 2010, le programme de qualité et d'efficacité 2011. Ces différentes estimations des financements publics varient dans une fourchette allant de 15,5 Md€ à 21,5 Md€.

Nous avons fait le choix dans cette partie de présenter la source s'appuyant sur les données plus récentes et ayant le champ le plus large d'inclusion des dépenses.

Tableau 16. Les financements publics de la dépendance selon le rapport Rosso-Debord 2010

Nature du financement	Protection de la santé		Accompagnement de la perte d'autonomie		Couverture d'autres besoins de vie		Total
	Soins cliniques et techniques		Soins d'entretien	Aides à la vie quotidienne	Autres prestations sociales en nature ou espèces		
		Dont surcoût lié à la perte d'autonomie			Dont surcoût lié à la perte d'autonomie		
Assurance maladie (ONDAM et hors ONDAM)	Soins de ville/hospitalisation des PA dépendantes 4738 M€						12506 Md€
	Dépenses ONDAM personnes âgées (EHPAD, SSIAD) 6267 M€						
					Exonérations de cotisation patronale de sécurité sociale ciblées 1501 M€		
CNSA	Contribution solidarité autonomie affectée aux établissements et services pour PA 985 M€						2916 M€
					Contribution financement APA 1529 M€		
					Dépenses d'aide à domicile, de modernisation etc : 58 M€		
					Plans d'investissement 344 M€		
collectivités territoriales (APA et hors APA)					APA 3587 M €		4927 M€
					Aides sociales diverses (aides ménagères, portage de repas...) 170 M€		
					Aide sociale à l'hébergement 1170 M€		
Etat - solidarité nationale					Dépenses d'aide à domicile, modernisation etc: 33 M€		288M€
					Dépenses fiscales ciblées sur les personnes dépendantes : 255 M€		
CNAF						Aides au logement : 568 M€	568M€
Action sociale CNAV					Action sociale des caisses de retraite: 380 M€		380 M€
Total							21 585 Md€

Source : HCAAM, 2011

Il apparaît difficile, à partir des éléments du tableau précédent, de discerner les financements spécifiques d'aide à l'autonomie, de ceux entraînés par une perte d'autonomie et ceux qui bénéficient aux personnes en perte d'autonomie sans que ce financement soit ou non rattaché à la perte d'autonomie.

Depuis l'APA, le département est pilote puisqu'il a en charge le dispositif, il attribue et verse les prestations. Plus de 5 milliards d'euros sont dépensés à ce titre, qui sont financés à hauteur d'environ un tiers par une dotation de l'Etat *via* la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA) et le reste par les impôts locaux. Les départements ont également une action extralégale ou facultative en faveur des personnes âgées. Il est néanmoins difficile de mesurer la part de ce budget qui concerne des personnes dépendantes au sens de la définition APA.

L'Etat participe à la prise en charge de la dépendance principalement par sa contribution à l'APA, à hauteur d'environ 1,5 milliard d'euros et, pour le financement des soins infirmiers à domicile, pour 1

milliard. L'Etat participe également à la prise en charge de la dépendance *via* l'Agence Nationale de l'habitat (ANAH) pour un montant de plus de 30 millions d'euros et par les exonérations de charges patronales et les réductions fiscales liés à l'emploi de personnes à domicile.

Les caisses de retraite ont un rôle plus secondaire auprès des personnes âgées dépendantes depuis l'APA. Leur champ de compétences en matière d'aide ménagère s'est recentré sur les GIR 5 et 6. L'action de la CNAV pour les GIR 1 à 4 ressortissants du régime général se limite aujourd'hui aux aides à l'amélioration de l'habitat et à deux nouvelles expérimentations, l'aide au retour d'hospitalisation et l'hébergement temporaire.

Dans ce décompte, beaucoup d'éléments manquent, notamment l'action des communes qu'on sait multiple et quasi-systématique mais dont le montant n'est pas estimé au niveau national.

Selon une autre classification et autre source, mais avec un ordre de grandeur proche, la dépense publique a représenté près de 24Md€ dont (54):

- 14 Md€ de dépense de santé
- 7,5 Md€ de dépense de dépendance
- 2 Md€ de dépense d'hébergement

Selon cette même source, plus de 90 % de ces dépenses publiques seraient dédiées aux personnes âgées les plus lourdement dépendantes (GIR 1 à 4).

Selon le rapport Charpin de juin 2011, les perspectives d'évolution des dépenses publiques liées à la dépendance (dans les domaines de la santé, de l'hébergement et de la dépendance) font apparaître une augmentation relativement limitée à l'horizon 2025 (de 0,05 à 0,20 points de PIB par an selon les scénarii) puis qui s'accélère à l'horizon 2040 (0,28 à 0,69 points de PIB) avec l'arrivée des générations du baby boom.

XI.1.2.1. Les dépenses privées

Concernant les dépenses privées, elles sont évaluées à près de 7 Md€ qui se répartissent comme suit (54) :

- 0,7 Md€ pour les dépenses de soins (Ticket modérateur soins de ville)
- 1,5 Md€ pour la dépendance (ticket modérateur APA net des réductions fiscales)
- 4,8 Md€ pour l'hébergement (reste à charge en établissement)

Malgré les aides publiques, le reste à charge des familles peut être conséquent. Ainsi, selon l'IGAS (55) la participation mensuelle directe des personnes dépendantes s'élève en moyenne, en établissement, à 2 200 € tandis qu'en zone urbaine, cette participation peut atteindre 2900 €.

A domicile, selon le rapport Rosso-Debord (56), la participation moyenne mensuelle des personnes dépendantes s'élèverait à 1 400 €.

XI.1.1. Le coût de la prévention

Même s'il est difficile de cibler précisément les financements permettant de prévenir la perte d'autonomie, il est possible d'élargir ces financements au-delà du « plan bien vieillir ».

Ainsi, les crédits du programme 204 « prévention et sécurité sanitaire » qui recouvrent ceux de la Direction Générale de la Santé (DGS), des Agences Régionales de Santé (ARS) ainsi ceux attribués en tant que subventions aux grands opérateurs (Inpes, Inca...) peuvent être pris en compte globalement en considérant qu'ils contribuent directement ou indirectement à la préservation de l'autonomie. Cependant, d'autres programmes comportent des crédits dédiés à la prévention sanitaire (programme 230 « vie de l'élève », programme 206 « sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation » par exemple) mais ceux-ci ne sont pas présentés ici, car ayant une incidence très indirecte avec la prévention de la perte d'autonomie.

Au sein du fond national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de l'assurance maladie, il est possible d'isoler certaines actions pouvant contribuer à la préservation de l'autonomie : vaccination antigrippale, bon usage du médicament, actions de prévention et d'accompagnement (sans autres précisions), substituts nicotiques, Subventions Inpes, dépistage des cancers, les actions territorialisés des caisses de l'assurance maladie et de l'ARS et les centres d'examen de santé. Cependant, ce fond ne finance qu'une part très limitée des dépenses de prévention de l'assurance maladie. L'essentiel de ses dépenses de prévention n'est en effet pas individualisé et est remboursé au titre du risque maladie.

Ainsi, d'autres dépenses de prévention organisée sont uniquement prises en charge au titre du risque maladie et comptabilisées dans le seul fonds national d'assurance maladie tels les actes médicaux relatifs au dépistage organisé du cancer du sein (mammographies, biopsies) et du cancer colorectal. Il en est de même de l'ensemble des actes de prévention individuelle réalisés par les médecins à l'occasion d'une consultation et remboursés comme des soins.

Tableau 17. *Les dépenses imputables à la prévention en 2010*

Nature du financement	Champs couverts	Montant en M€
Crédits d'Etat : Programme 204 « prévention et sécurité sanitaire »	Crédits de la DGS, des ARS, et subventions pour charges de service public aux opérateurs (INPES, INVS, INCa...).	389
Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de l'assurance maladie	Vaccination, prévention bucco-dentaire, bon usage du médicament, contraception d'urgence, substituts nicotiques, dépistage des cancers et de l'hépatite C, centres d'examen de santé.	452

Source : Cours des comptes 2011

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Dans l'état actuel des outils disponibles, il n'apparaît pas possible d'individualiser les dépenses de prévention ayant un impact direct ou indirect sur la préservation de l'autonomie.

XI.1.1. Le rapport coût de la prévention/coût de la prise en charge

Si on évalue le nombre total de personnes âgées dépendantes en France, regroupant celles résidant dans un établissement (720 000 places installées en 2011 (57)) et celles percevant l'APA à domicile (722 047 bénéficiaires en 2011 selon l'enquête sociale de la Drees), soit 1 440 000 personnes en 2011, on peut estimer un montant global moyen de la dépense publique de 15 000 € par individu. Les dépenses privées représenteraient pour leur part près de 4 900 € par individu.

Du côté de la prévention, si l'on rapporte l'estimation des crédits dédiés à la prévention issue du programme 204 et du FNPEIS au 18,5 millions de personnes âgées de 55 ans et plus et vivant en France en 2010, la dépense unitaire de prévention peut être évaluée à 45 € par individu.

L'exemple du logement :

L'ANAH a évalué le coût de l'adaptation des 2 millions de logements des 60 ans et plus nécessitant une adaptation à 24 milliards d'euros HT, soit un coût unitaire moyen de 12 000 € par logement. Ainsi, ces dépenses représentent plus de 4 ans de séjour dans un Ehpad (soit 51 000 euros à raison de 70€/jour), voire même le versement de l'enveloppe soins dans un Ehpad pour une seule année (soit 10 000 euros/an). Une adaptation réalisée à temps est, donc préférable pour les individus comme pour la collectivité, à un recours contraint à un Ehpad. Par ailleurs, cette adaptation des logements peut réduire la prévalence des chutes des personnes âgées dont le coût est estimée à 1 milliard 34 millions d'€ (58). Cette estimation est minorée par le fait qu'elle ne tient pas compte du coût indirect de ces chutes, que représentent les aides au domicile ou l'entrée en institution.

XII. Bibliographie

1. AQUINO J.-P. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Comité avancée en âge prévention et qualité de vie. Février 2013. 132 p.
2. SIRVEN F. Fragilité et prévention de la perte d'autonomie. Questions d'économie de la santé. N° 183. Février 2013. 6 p.
3. BROUSSY L. Adaptation de la société française au vieillissement de sa population : France : année zéro ! Janvier 2013. 202 p.
4. BOURDESSOL H., DUPONT O., PIN S., SIGNORINI E., VERHEYE J.-C, VINVENT I. Les sessions de préparation à la retraite. Un enjeu citoyen. INPES. 2011. 148 p.
5. Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan national « Bien vieillir » 2007 - 2009. 2006. 35 p.
6. RAHOLA A. Synthèse du débat national sur la dépendance. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Juin 2011. 58 p.
7. MOREL A., VEBER O. Société et vieillissement. Inspection générale des affaires sociales. Juin 2011. 262 p.
8. INPES. La santé de l'homme -Promouvoir la santé des personnes âgées. Juin 2009;(401):53.
9. DE SOUTO BARRETO P., FERRANDEZ A.-M. Le processus incapacitant au cours du vieillissement : rôle de l'exercice/activité physique. Bull Mém Société D'Anthropologie. 3 févr 2011;19(3-4).
10. CARADEC V. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. 2e édition. Armand Collin. 2012. 128 p.
11. CARADEC V. Avant-propos. Retraite Société. mars 2007;(52):4-10.
12. DELOMIER Y. Les effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement. Psychol Med. 1985;17:111-115.
13. OMS. Charte d'Ottawa. Promotion de la santé. 1986. 6 p.
14. LEMONNIER F., BOTTERO J., VINCENT I., FERRON C. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. INPES. 2005. 78 p.
15. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Pour une politique de prévention au service de l'autonomie (extrait du Rapport 2010 de la CNSA). 2011. 16 p.
16. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé, ce qu'il faut retenir. 2013.
17. ROBIN S., PUBERT M. BOS « Les personnes âgées en Poitou-Charentes Santé, bien-être et conditions de vie ». ORS Poitou-Charentes. Octobre 2011. 8 p.
18. BERTIN Y., CORLIEU F. Séminaire personne âgée. La perte d'autonomie des personnes âgées. Mars 2006. 6 p. [
19. TRILLARD A. Mission au profit du président de la république relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées. Juin 2011. 137 p.
20. BOUDOKHANE S. Appareillage et aides techniques adaptés aux personnes âgées. Présentation "Cours CEC Gériatrie". 28 février 2013.
21. GALDEMAR V., GILLES L. Etude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées. CREDOC. Octobre 2013. 54 p.

22. PODEVIN H. Accompagner la dépendance en Poitou-Charentes. INSEE Poitou-Charentes. Février 2012;(315):12.
23. ARS Poitou-Charentes. La prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Juin 2010. Com'Stat. N°6. 16 p.
24. LECROART A., FROMENT O., MARBOT C., ROY D. Projection des populations âgées dépendantes. Deux méthodes d'estimation. DREES. Rapport N° 43. Septembre 2013. 28 p.
25. ORS Poitou-Charentes. Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010. Huit fiches thématiques et une fiche méthodologie. Juin 2012.
26. Traiter la chute dans sa globalité. CHU magazine. Juin 2005;(50):13.
27. ORS Poitou-Charentes. Maladie d'Alzheimer Situation en Poitou-Charentes. Juin 2009. 6 p.
28. CHAVAGNAT J.-J. Prévention du suicide. Octobre 2005. 200 p.
29. Comité National pour la Bienveillance et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD). Prévention du suicide chez les personnes âgées. Octobre 2013. 74 p.
30. DEBARRE J., PUBERT M., GIRAUD J., BOUFFARD B. Tableau de bord de suivi des suicides et tentatives de suicide en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Février 2014. Rapport n° 154. 36 p.
31. VAN DER SCHUEREN T., VANHALEWYN M. Dénutrition de la personne âgée : dépistage, diagnostic et prise en charge. Janvier 2012;(289):34-41.
32. Association Française Urologie. Dossier de presse - Semaine Nationale de la Continence Urinaire « Continence de la personne âgée: une prise en charge globale et pluridisciplinaire au service de la qualité de vie ». 14-20 mars 2011. 22 p.
33. DANET S., OLIER L. La santé des femmes en France. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2009. 287 p.
34. COVELET R. Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées. Gérontologie Société. Avril 2007;(123):249-262.
35. DOS SANTOS S., MAKDESSI Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Drees. Février 2010;(718):8.
36. HAS. Evaluation et amélioration des pratiques- Prescrire chez le sujet âgé. 2006. 4p.
37. DEBRAND T., LENGAGNE P. Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe. 2007;(403-404):38.
38. 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;(020):8.
39. MARQUIS V. Dossier de presse « Senior: un atout pour l'entreprise". Octobre 2011. 8 p.
40. INSEE Poitou-Charentes. Un actif sur trois partirait en retraite à l'horizon 2020. Décimal. Mars 2010;(303):8.
41. DEBARRE J., BERSON C., COLIN A., TEXIER N., VALENTY M. Surveillance des Maladies à Caractère Professionnel. Quinzaines 2012 en Poitou-Charentes. Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes. Novembre 2013. 8 p.
42. SOULLIER N. Aider un proche âgé à domicile: la charge ressentie. Etudes et Résultats. Mars 2012. N° 799. 8 p.

43. PINVILLE M. Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales. Rapport remis à M. le Premier Ministre. Mars 2013. 81 p.
44. RATTE E., IMBAUD D. Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Juin 2011. 50 p.
45. Haut Conseil de la Santé Publique Evaluation du plan national Bien vieillir 2007-2009. Décembre 2010. 90 p.
46. Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche de la ruralité et de l'aménagement du territoire. Le Programme national pour l'alimentation (PNA). Programme interministériel. Février 2011. 73 p.
47. SERRES J.-F. Rapport Monalisa. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Juillet 2013. 144 p.
48. Conseil Général de la Vienne. Schéma gérontologique 2010-2014. Décembre 2009. 99 p.
49. Conseil Général des Deux-Sèvres. Schéma gérontologique 2010-2014. 108 p.
50. Conseil Général de Charente-Maritime. La Charente-Maritime Horizons 2016. Le schéma départemental 2011/2016 en faveur des personnes âgées. Mai 2011. 258 p.
51. Ministère des affaires sociales et de la santé. Adaptation des logements pour les personnes âgées. Communiqué de presse. 3 octobre 2013.
52. Conseil Economique Social et Environnemental Poitou-Charentes. Seniors : un atout pour Poitou-Charentes. Septembre 2013. 74 p.
53. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011. Juin 2011. 186 p.
54. CHARPIN J.-M., TLILI C. Perspectives démographiques et financières de la dépendance. Juin 2011. 46 p.
55. UFC Que Choisir. Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : pour un nouveau schéma de financement. 2011. 25 p.
56. ROSSO-DEBORD V. La prise en charge des personnes âgées dépendantes. Rapport d'information n° 2647. 23 juin 2010. 130 p.
57. DREES. Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. (EHPA 2011, DREES). Premiers résultats. Juillet 2013. 5 p.
58. DUBOIS G. Chutes chez les personnes âgées. Prévention des chutes accidentelles. Recommandation HAS. Novembre 2005. AMMPPU. 27 avril 2007.

Autonomie des personnes âgées

Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes de santé publique à l'ARS de Poitou-Charentes

Mots-clés

Personne âgée, Autonomie, Prévention, Epidémiologie, Prise charge, Offre soins, Ressource, Plan, Programme, Incapacité, Education patient, Facteur risque, Economie santé, Poitou-Charentes

Pour nous citer

ROBIN S., GIRAUD J., MOREAU F. **Autonomie des personnes âgées. Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes de santé publique à l'ARS de Poitou-Charentes.** ORS Poitou-Charentes. Février 2014. Rapport n° 155. 79 p.



17, rue Salvador Allende ● 86000 Poitiers ● Tél. 05 49 38 33 12 ● ors@ors-poitou-charentes.org ● www.ors-poitou-charentes.org
Sites gérés par l'ORS : www.esprit-poitou-charentes.com ● www.indisante.org