

PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET BIEN VIVRE SON AVANCEE EN AGE

Atelier n°5 co-présidé par

Pr. Jean-Pierre AQUINO
SFGG

M. Stéphane CORBIN
CNSA

Membres de l'Atelier n°5

Institution/structure	Membre de l'Atelier
Agirc-Arrco	Mme Anne SAINT-LAURENT
ANDASS – Département 76	Mme Anne GIREAU
ARS Pays de la Loire	M. Jean-Jacques COIPIET représenté par Dr. Christophe DUVAUX
CCMSA	Mme Magalie RASCLE
CETAF	M. Norbert DEVILLE
CNAM	M. Saïd OUMEDDOUR et Mme Patricia VERNAY
CNAV	Mme Frédérique GARLAUD
CNSA	Mme Manon BONNET
Collectivité de Corse	Mme Marie CIANELLI
Députée	Mme Marietta KARAMANLI
DGCS	Dr. Jean-Philippe NATALI
DGS	Mme Eliane VANHECKE
FFA	M. Arnaud CHNEIWEISS représenté par M. Philippe BERNARDI
FNAQPA	Mme Clémence LACOUR
FNMF	Mme Séverine SALGADO
Gérontopôle Pays de la Loire	Pr. Gilles BERRUT
La Poste	Mme Delphine MALLET
OLD'UP	Mme Marie-Françoise FUCHS
Santé Publique France	Mme Emmanuelle HAMEL
Séniors Autonomie	M. Alain POULET
SFGG	Pr. Achille TCHALLA

PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET BIEN VIVRE SON AVANCEE EN ÂGE¹

Préambule

La prévention de la perte d'autonomie et la promotion du bien vieillir portent comme ambition d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé² et l'espérance de vie à partir de 65 ans³ de nos concitoyens, indicateur de santé dégradé en France malgré une espérance de vie satisfaisante⁴. L'objectif visé est d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes et non d'agir directement sur l'allongement de la vie.

La prévention de la perte d'autonomie s'envisage dans une conception holistique avec une prise en compte des aspects sanitaires, sociaux, médico-sociaux et environnementaux et dans une démarche transversale qui implique l'ensemble des acteurs publics.

L'atelier souhaite porter l'idée d'un droit universel à la prévention, qui ne s'attache pas à quelques segments de la population. Ce droit devrait se concrétiser par territoire par une offre maillée et garantissant l'accès aux professionnels de santé. Ce droit universel s'inscrirait dans une approche globale, dans le parcours de vie de la personne liant de manière indissociable une dimension sociale et sanitaire.

La longévité est affirmée comme étant un atout pour la société qui doit se traduire par la reconnaissance de la place des seniors dans la société ainsi que par la lutte contre l'âgisme. L'accompagnement de l'avancée en âge est nécessairement une préoccupation de tous. Il doit être envisagé dans une dimension interministérielle.

Par conséquent, la prévention doit mobiliser toute la société, de l'entreprise à l'ensemble des politiques publiques. Les professionnels de la prise en charge des personnes âgées ainsi que les proches aidants doivent intégrer la prévention dans leurs approches de la personne.

La valorisation de nos aînés ainsi que l'exercice de leur pleine citoyenneté est un impératif pour la société d'aujourd'hui et de demain, dans une approche positive et non stigmatisante.

Le présent rapport se propose de définir les deux notions au cœur de celui-ci :

- La **Prévention de la perte d'autonomie** représente un ensemble d'actions visant à anticiper et accompagner les effets du vieillissement et se traduit dans le cadre d'une approche globale dont le

¹ L'atelier propose de substituer « Bien vieillir » à la notion de Bien vivre son avancée en âge qui représente une dynamique devant permettre au plus grand nombre de personnes de bénéficier de la meilleure qualité de vie possible au cours de son vieillissement.

² Au 31/12/2017, l'espérance de vie en bonne santé est de 64,9 ans pour les femmes (↗) et de 62,6 ans pour les hommes (↘) selon une étude de la Drees

³ Au 31/12/2018, l'espérance de vie à 65 ans est de 23.2 ans pour les femmes (↗) et de 19.4 ans pour les hommes (→), selon l'INSEE

⁴ Au 31/12/2017, l'espérance de vie à la naissance est de 85,3 ans pour les femmes (→) et de 79,5 ans pour les hommes (↗) selon une étude de la Drees.

but est d'influencer positivement le quotidien des personnes, à susciter leur participation aux pratiques préventives et à s'ancrer au niveau des territoires en termes de politiques publiques.

- « **Bien vivre son avancée en âge** » représente une dynamique devant permettre au plus grand nombre de personnes de bénéficier de la meilleure qualité de vie possible au cours de son vieillissement. Cette notion de qualité de vie et de satisfaction dans la vie quotidienne s'apprécie de manière très diverse selon chaque personne (âge, capacités éventuelles, environnement de vie, etc.).

Il est rappelé que les effets positifs des actions de prévention et de promotion de la santé dépendent notamment de la précocité de leur intervention. Ainsi, la prévention de la perte d'autonomie doit s'engager en amont de la perte des capacités intrinsèques de la personne. En la matière, il convient ainsi d'agir dès 40-45 ans. Cette tranche d'âge constitue le premier moment d'intervention. Le deuxième se situant au moment du passage à la retraite (62-67 ans), le troisième temps vers 75-80 ans, période cruciale d'un risque de survenue d'incapacités.

Par ailleurs, entendu que la prévention peut exiger des efforts personnels sur le changement de comportement, il convient pour compenser, de développer des actions de « prévention plaisir » et/ou de « prévention passive ou sans effort » permettant de favoriser les comportements vertueux et l'adhésion des personnes aux messages. C'est le cas des nudges⁵ par exemple, déjà utilisés dans le cadre de l'activité physique⁶ et de l'alimentation⁷, lesquels pourraient être développés d'autant plus qu'ils peuvent comporter une dimension ludique et pédagogique.

L'approche de la prévention doit se déployer à l'aune d'un modèle participatif qui implique les bénéficiaires. Partir de la personne d'une manière non culpabilisante et non stigmatisante est un pré requis. Les facteurs clefs du succès des actions de prévention sont en effet étroitement liés à sa motivation et nécessitent de s'appuyer sur ce qu'elle aime faire et non pas sur ce qui est bon pour elle.

La prévention de la perte d'autonomie fait l'objet d'une intervention publique depuis le début des années 2000. Les propositions exposées dans ce présent document s'appuient sur ces travaux, notamment le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (2015) et la feuille de route Grand âge et autonomie (2018). Les thématiques telles que la nutrition, l'activité physique, la prévention des chutes par exemples, demeurent des actions prioritaires qu'il convient de renforcer à l'aune de l'investissement de l'ensemble des acteurs impliqués dans ce domaine. De plus, le système de santé doit pleinement intégrer la prévention dans son champ d'intervention.

Conformément aux recommandations du Comité scientifique de la mission, il conviendrait de déployer en France l'approche de surveillance des fonctions « Integrated Care for Older People » (ICOPE), conçu par l'OMS visant à maintenir les 5 fonctions essentielles : la locomotion, la cognition, le sensoriel (audition, vision), le psycho-social et la vitalité (réserves, nutrition).

Enfin, il est à noter qu'en vue d'une meilleure coordination des acteurs, lisibilité et évaluation des actions de prévention, un coût pour le système de santé et de protection sociale est nécessairement supporté

⁵ « Coup de pouce » en français, il s'agit d'une méthode à la croisée des sciences comportementales et de l'économie, permettant de définir un processus de choix en prenant en compte les émotions, les normes sociales et l'environnement, tout en conservant la liberté personnelle de choisir, de manière non culpabilisante et non contraignante.

⁶ Exemple de la campagne dans le métro parisien (2017) d'inciter à prendre les escaliers au lieu des escalators *via* une campagne de communication : l'argument « santé » produit moins de montées d'escaliers que l'argument « facilité ».

⁷ Exemple de l'expérimentation réalisée en 2012, par le Docteur Brian WANSINK, en insérant dans un paquet une chip rouge toutes les 10 chips, on constate une diminution de 50% de la quantité de chips mangée

dans la mesure où l'on en fait un enjeu de société. Si l'on peut espérer des économies (hospitalisations et consultations évitées, médicaments non consommés, etc.) à moyen/long terme, on ne peut ignorer que le déploiement de cette offre en prévention implique une allocation de moyens importante visant parmi les gains, des effets positifs sur les indicateurs de santé, les inégalités sociales de santé et la capacité d'« empowerment » des personnes. De plus, il n'est pas surprenant de constater que le lancement d'études visant à étudier les effets et les impacts des actions financées, comme il en sera question dans les propositions de ce rapport, ont également un coût pour les pouvoirs publics.

Les propositions de l'Atelier « Prévention de la perte d'autonomie et Bien vivre son avancée en âge » s'articuleront selon 6 axes :

1. La place de la personne dans son bien vivre
2. Les messages de prévention accessibles à tous
3. Les actions prioritaires en prévention
4. L'offre territoriale de proximité et la coordination des acteurs
5. La formation des professionnels
6. L'évaluation des actions et l'amélioration de la connaissance

I- La place de la personne dans son bien vivre

Constats

La prévention de la perte d'autonomie est une notion qui s'est élargie depuis 2003⁸ pour adopter une approche de plus en plus globale de la personne. Cette démarche est à conforter en intégrant une place plus importante à la considération faite aux attentes, aux désirs, aux centres d'intérêt des personnes et à la valorisation de leurs compétences. Les personnes âgées doivent être prises en considération sous l'angle de leurs capacités plutôt que de leurs incapacités. La valorisation de ces dernières a fait l'objet de nombreuses réflexions au sein de l'Atelier, comme la méthode Montessori qui propose un modèle d'accompagnement réellement centré sur les personnes et leurs besoins fondamentaux, pensé pour s'adapter à elles (et non l'inverse).

Aujourd'hui, la population âgée fait état d'un sentiment « d'être dans l'attente » (vis-à-vis des autres, de ses proches, des services publics) mais aussi parfois d'inutilité. Celui-ci concourt au développement du stress, aux situations de déprime et d'isolement. Leur inclusion sociale doit être considérée comme un impératif national à tous les stades de l'avancée en âge : du « sénior » en entreprise aux plus aînés de la société. Une meilleure écoute de la population âgée doit être proposée pour faire face aux transitions, aux crises et aux ruptures.

La prévention de la perte d'autonomie dans une nouvelle approche basée sur le lien social nécessite de fixer, par la Loi, un objectif de prévention et de réduction de l'isolement social.

Enfin, parmi les thématiques prioritaires d'inclusion figure celle de l'inclusion numérique ayant au moins trois vertus : la stimulation cognitive, le lien social et l'accès aux droits et à l'information.

⁸ D'abord limitée à l'activité physique et la nutrition, la prévention a associé le lien social dans le Plan national Bien vieillir (2007-2009) et l'environnement dans la loi ASV.

Préconisations

1/ **Promouvoir l'engagement citoyen des seniors** en créant une plateforme nationale des offres d'engagements auprès de l'ensemble des acteurs dont les associations, les CCAS et départements, sur tous les territoires, permettant à la personne retraitée de participer à une action d'utilité sociétale en fonction de ses centres d'intérêts. Cette plateforme permettrait la mise en relation des associations et de ressources bénévoles. Elle pourrait être hébergée sur le portail *Pour Bien vieillir*⁹.

2/ Intégrer une **fonction d'observatoire de l'âgisme** auprès du Haut Conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Age (HCFEA) et en lien avec la Commission de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.

3/ Intégrer dans le « rendez-vous prévention » (Préconisation n°12), la valorisation des **capacités de la personne** et la connaissance de son environnement relationnel. Cette action requiert un enjeu de formation des professionnels impliqués.

4/ **Promouvoir une politique publique de lutte contre l'isolement social** plus particulièrement ciblée en direction des personnes âgées et qui intégrerait une dimension intergénérationnelle.

Celle-ci pourrait être conduite par l'Agence du Service Civique avec le développement et la reconnaissance d'« équipe citoyenne » labélisée au niveau territorial ; la constitution d'un service dédié au sein de l'Agence du Service civique pour animer ces équipes ; et la création d'une mission interministérielle, qui assurerait la meilleure articulation entre les équipes citoyennes et les autres dispositifs, tels que ceux portés par les centres socioculturels et les associations (Familles rurales, Génération en mouvement, etc.), dans le cadre des politiques de solidarité. *Coût estimé : 2,5 Millions d'euros par an.*

II- Les messages de prévention accessibles à tous

Constats

La littératie se définit par la capacité à comprendre, à utiliser et à s'approprier les messages écrits en lien avec la participation de la personne dans la société. Elle se distingue de l'illettrisme et de l'analphabétisme. De nombreuses études mettent en exergue la corrélation entre niveau de littératie, participation aux actions de prévention et recours aux soins. L'étude PIAAC réalisée en 2012 au sein de l'OCDE, évaluée à 58%, la proportion de la population française (16-65 ans) n'atteignant pas le niveau 3 minimal, sur une échelle de 1 à 5, permettant de comprendre, d'utiliser et d'interpréter les messages de la documentation écrite (alors que la moyenne OCDE est à 49%). Parmi les publics fragiles, les populations vieillissantes sont ciblées, et ce, dès 45 ans puis de manière accrue avec l'avancée en âge (l'étude Brinck, 2005, évaluée à 80% des personnes de plus de 66 ans en dessous du niveau 3). Le Québec a calculé le coût du faible niveau de littératie en termes d'impact de dépenses pour le système de santé.

C'est dans ce contexte que Santé Publique France a rédigé en 2018 son guide¹⁰ contenant de nombreuses recommandations quant à l'élaboration des messages de prévention.

⁹ www.pourbienvieillir.fr

¹⁰ *Communiquer pour tous, guide pour une information accessible*, sous la direction de Julie Ruel et Cécile Allaire, mai 2018

Les acteurs institutionnels de la prévention font le constat d'une faible adhésion aux messages par les publics concernés. *A contrario*, le marketing dispose d'une capacité d'adaptation plus importante au niveau de compréhension des consommateurs en vue d'influencer les comportements. L'utilisation du marketing social fait l'objet d'expériences à l'étranger (ex. campagne ONE YOU au Royaume-Uni) ainsi qu'en France (ex. MOI(S) SANS TABAC). Ce type de campagne cible un changement de comportement plutôt qu'un risque. Une campagne de marketing social a l'intérêt d'être construite de manière plus complète qu'une campagne de communication car elle s'accompagne de dispositifs relais (ex. création d'une application mobile, coaching, ambassadeurs sur le territoire, etc.).

Enfin, la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a créé le Service public de l'information en santé (SPIS) disponible sur le site *sante.fr*. Ce portail n'a pas vocation à créer de l'information en santé mais à agréger les informations produites par les sites d'information en santé et à orienter vers ces derniers, après un examen qualitatif avancé. De plus, *sante.fr* propose une certaine personnalisation de l'information à partir de la création d'un compte personnel, de l'âge et des centres d'intérêts mentionnés par la personne.

En parallèle, il existe deux sites de références d'informations dédiés aux personnes âgées : le site de l'inter-régime créé par les Caisses de retraite et Santé Publique France - www.pourbienvieillir.fr – portail de référence sur la prévention pour le grand public comme les professionnels, et le site de la CNSA - www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr - portail de référence pour les personnes confrontées à une situation de perte d'autonomie (personnes âgées et aidants). Il propose une information sur les aides et les solutions existantes, ainsi que des services (annuaire des structures pour les personnes âgées, comparateur des prix et des restes à charge en EHPAD).

Préconisations

5/ Prendre en compte les caractéristiques socio-économiques et la littératie en santé de la population dans les messages de prévention des acteurs institutionnels (CNSA, ARS, Sécurité sociale, etc.).

6/ Mettre en œuvre un **dispositif de marketing social pluriannuel** sur une thématique liée au vieillissement, par exemple la santé cognitive ou encore la lutte contre la sédentarité. Cette campagne repose sur une phase d'analyse approfondie des objectifs de prévention, des comportements et des publics (dans leurs différentes composantes socio-économiques, par sexe, de pratiques, etc.), laquelle serait portée par Santé Publique France. Elle pourrait comprendre, dans sa mise en œuvre, un volet communication ainsi qu'un volet accompagnement et création de dispositifs relais sur les territoires. La thématique choisie serait pluriannuelle de manière à mobiliser et mesurer les impacts dans le temps. Un hébergement ou un relais sur le site *Pour Bien Vieillir* est pertinent pour éviter la multiplication des portails d'information.

Trois phases de déploiement sont identifiées :

a/ Une phase de conception : une analyse approfondie des objectifs de prévention, des comportements et des publics et un benchmark international des expériences existantes permettra d'identifier les stratégies appropriées et la/les thématiques à retenir ;

b/ Une phase de mise en œuvre : elle implique la mise à disposition d'actions de communication (campagnes etc.) et d'offres service ainsi qu'une mobilisation des acteurs professionnels et dans les territoires

c/ Une phase d'évaluation

Coût estimé : 1 Million d'euros par an a minima.

7/ Améliorer le lien entre les 3 sites internet : www.sante.fr ; www.pourbienvieillir.fr et www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, en conservant le site *Pour Bien Vieillir* comme site de référence en matière de

prévention. Le site du SPIS a vocation à absorber le contenu des deux autres portails. Il constitue une autre voie d'accès à l'information pour les internautes. Par ailleurs, le SPIS contribue avec le réseau des différents producteurs d'information en santé qu'il anime, à l'élaboration d'une doctrine partagée sur l'information en santé¹¹ et joue un rôle d' « accélérateur d'idées » avec par exemple, la mise en pratique d'outils innovants comme www.lelabsante.fr.

En outre, le site www.pourbienvieillir.fr a déjà prévu une évolution courant 2019, pour intégrer sur une cartographie de l'offre des actions collectives de prévention existantes par territoire (lien avec la Préconisation n°17.3).

III- Les actions prioritaires en prévention

Constats

Définition et approche de la prévention :

Dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie, la classification de l'OMS (1948) est aujourd'hui celle habituellement employée, notamment par les Conférences des financeurs et les caisses de retraite de la Sécurité sociale. Or, cette approche est liée au stade de la maladie (primaire, secondaire, tertiaire) et ne correspond pas fidèlement à une approche positive et psycho-sociale des actions de prévention réalisées. A une approche basée sur les pathologies, nous privilégions une approche à partir du parcours de vie de la personne.

L'approche ICOPE « Integrated care for older people » ou « Comment mettre en pratique les soins intégrés pour les personnes âgées » :

Il s'agit d'un programme validé fin 2018 par l'OMS. Le système en place doit passer d'une prise en charge de la dépendance à une prévention du risque de perte d'autonomie.

L'objectif est d'optimiser la capacité intrinsèque des personnes que l'on peut définir comme l'ensemble des capacités physiques et mentales de chacun. Elle se caractérise à travers cinq domaines : la cognition, la mobilité, la psychologie, les fonctions sensorielles, la vitalité/nutrition. Ces derniers sont en interrelation au cours de la vie, mais aussi en interaction avec l'environnement.

Les programmes de santé publique conçus pour favoriser le vieillissement en bonne santé ont alors pour objectif :

a/ dans la première partie de la vie : d'augmenter la capacité intrinsèque de la personne

b/ dans la seconde partie de la vie : d'améliorer, de préserver ou de ralentir le déclin de la capacité intrinsèque.

Ce programme dispose d'un outil d'évaluation de la capacité intrinsèque et permet au-delà une intervention sur le domaine touché, sur les pathologies associées et sur les besoins sociaux et environnementaux.

Indicateurs de santé visés :

- Poursuivre la progression de l'espérance de vie en bonne santé pour les femmes
- Atteindre la moyenne européenne de l'espérance de vie en bonne santé pour les hommes (63,5 ans) à horizon 2030
- Suivre l'état de santé perçu chez les personnes de 65 ans et plus en ayant l'objectif de le faire progresser
- Suivre le niveau d'autonomie des personnes selon l'état de leurs cinq capacités fonctionnelles
- Réduire de 25% le nombre de GIR 1 et 2 parmi la population de plus de 85 ans à horizon 2030

Fragilité et déterminants sur lesquels agir :

Le modèle de fragilité prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » composé de : la cognition, l'humeur, la motivation, la motricité, l'équilibre, les capacités pour les activités de la vie quotidienne, la nutrition, la condition sociale et les comorbidités (Rockwood 2005). La fragilité a une prévalence moyenne de 10 %, mais des variations qui peuvent aller de 5 à 58% selon les contextes des différentes études.

L'implication de tous les acteurs est indispensable : médecins traitants, pharmaciens, équipes mobiles gériatriques intra ou extrahospitalières, associations, proches aidants, acteurs institutionnels, différentes coordinations gérontologiques de territoires autres dispositifs territoriaux (CLIC, MAIA, PTA, etc.).

L'objectif du repérage de la personne âgée fragile est d'engager des actions nécessaires pour identifier les facteurs de risques de fragilité réversibles. Le but ultime est de retarder la perte d'autonomie dite évitable et de prévenir la survenue d'événements indésirables (hospitalisation, chutes, etc.).

La phase d'évaluation hospitalière visant un diagnostic certain de fragilité ne doit pas être la modalité prioritaire d'évaluation, mais les établissements de santé doivent pouvoir participer à ce repérage avec une prise en compte dans leur activité.

Un lien évident existe avec de futur(e)s Infirmier(e)s de pratiques avancées (Préconisation n°22) quant à l'efficacité du dispositif.

Résidences autonomie et prévention :

La population vivant dans les résidences autonomie représente une cible pour mettre à disposition des actions prévention : 108 000 personnes y résidant, moyenne d'âge 84 ans, essentiellement des GIR 5 et 6. En 2017, près de 8 résidences autonomie sur 10 ont contractualisé avec le département dans le cadre du forfait autonomie (consommé à hauteur de 80% la même année)¹². De plus, fin 2018, la CNAV a initié la mise à jour de la base de données SEFORA permettant le recensement des critères de fragilité du bâti en vue d'améliorer le ciblage du soutien aux résidences autonomie par la branche vieillesse.

Préconisations

Définition et approche de la prévention :

8/ Adopter la classification de RS. Gordon (1982) en vue de promouvoir le repérage de la fragilité et les actions de prévention correctrices autour des 3 niveaux suivants :

a/ La *prévention universelle* pour l'ensemble de la population quel que soit son état de santé, que l'on peut assimiler à l'éducation pour la santé (ex. alimentation/activité physique, lien social, facteurs de risque cardio-vasculaires, risque médicamenteux).

b/ La *prévention sélective* pour des sous-groupes de population spécifiques (ex. hommes de plus de 50 ans, population défavorisée, etc.) en vue de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;

c/ La *prévention ciblée* en fonction des sous-groupes ET de l'existence de facteurs de risques spécifiques identifiés chez cette population (ex. hommes de plus de 50 ans ayant une hypercholestérolémie).

L'approche ICOPE :

9/ Déployer l'approche de surveillance des fonctions ICOPE :

a/ en s'appuyant sur un réseau national de centres d'experts et de ressources constituées des gérontopôles et les grands pôles de gériatrie

b/ en développant des actions de prévention ciblée entre 50 et 70 ans pour maintenir le plus longtemps possible la capacité intrinsèque (Préconisation n°11), puis dès 75 ans, suivre la fonction en évaluant

¹² CNSA, Dossier technique : conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie : synthèse des rapports d'activité 2017, décembre 2018.

systématiquement et régulièrement l'état des cinq domaines pour préserver ou ralentir le déclin de la capacité intrinsèque

c/ en testant cette nouvelle démarche pour la généraliser à grande échelle en formant les infirmier(e)s libéraux(les)

d/ en lançant un plan de communication à destination des professionnels de santé et des personnes pour promouvoir cette nouvelle démarche.

Fragilité et déterminants sur lesquels agir :

10/ **Déployer un repérage gradué de la fragilité** en s'appuyant sur plusieurs outils :

a/ Au niveau de la prévention universelle et des soins primaires : la grille FRAGIRE¹³ utilisée par les caisses de retraite et conçue pour les personnes ayant un GIR 5 et 6 ; le questionnaire en 10 items élaboré par le gérontopôle de Toulouse¹⁴

b/ Au niveau de la prévention ciblée : la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment) ou TRST (Triage risk screening tool), utilisée par les services d'urgences ou d'admission directe chez les patients âgés admis sans urgence vitale ou stabilisée, en vue d'identifier les profils à risque et d'engager immédiatement des actions correctrices de prévention.

L'objectif est de **cibler prioritairement les personnes socialement vulnérables et les territoires les plus à risque** (= lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé), en envisageant la formation de tous les intervenants autour de la personne au repérage de la fragilité.

11/ Créer un « **rendez-vous de la prévention** » à 3 temps de vie : 45-50 ans, 62-67 ans, 75-80 ans.

La période du milieu de vie (45-50 ans) constitue une priorité avec un focus sur la prévention cardiovasculaire.

Concernant le grand âge, 75-80 ans, il existe déjà une offre d'accompagnement principalement portée par les caisses de retraite, laquelle pourrait être utilement complétée par l'approche ICOPE, ainsi que les propositions de l'Atelier n°4 relatif au parcours des personnes âgées.

Pour les 62-67 ans, il est proposé un rendez-vous au moment du passage à la retraite, avec une approche médico-psycho-sociale de la personne dans son parcours de vie avec un objectif : inciter, donner envie de modifier ses comportements individuels pour renforcer ses facteurs protecteurs et réduire ses facteurs de risque en se basant sur le profil santé précis et sur les priorités et choix de vie (leviers de motivation) de la personne.

Ce rendez-vous prévention n'est pas :

- Un dépistage des pathologies¹⁵ (« formule check up » gratuit)
- Un rendez-vous avec un « spécialiste »
- Une action collective de prévention
- Un rendez-vous annuel.

Il a vocation à s'organiser avec les acteurs de proximité du territoire (collectivités territoriales, maison de santé, acteurs de la protection sociale, etc.). Il constitue un levier permettant au-delà de son objectif premier :

- de faciliter les approches préventives dans les consultations des médecins traitants ;
- de s'articuler avec les médecins traitants pour garantir un suivi opérationnel et une prise en charge coordonnée des facteurs de risques et besoins complémentaires repérés ;

¹³ Utilisée auprès de 225 000 personnes par an environ

¹⁴ Celui-ci a été retenu comme pertinent par la SFGG, le Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG) et repris par l'HAS tout en restant l'occasion de faire le point notamment sur les dépistages organisés

- d'orienter vers les professionnels du champ sanitaire et social et/ou les actions individuelles et collectives, probantes - et donc évaluées - en promotion de la santé (englobant tout ou partie les déterminants) du territoire du domicile de la personne ;
- subsidiairement, il pourrait permettre de collecter des données pour notamment évaluer l'impact sanitaire et social, et ainsi éclairer les politiques publiques (en lien avec le centre de preuve, Préconisation n°22).

Le rendez-vous de prévention doit résulter d'un ciblage en amont : caractéristiques géographiques, socio-économiques, consommation de soins, etc. *via* un recueil de données (requêtes spécifiques).

La promotion de cette offre pourrait privilégier notamment les personnes éloignées de la prévention et des soins de ville. Pour préparer le rendez-vous de prévention, « un auto-questionnaire » d'accès au rendez-vous serait envoyé, interrogeant notamment la santé, l'isolement, les conditions et habitudes de vie. Le « rendez-vous prévention » privilégie l'« empowerment » (entretien motivationnel). Il se conclut en recommandations/orientations opérationnelles permettant à la personne d'agir sur son comportement.

Pour cela, il est nécessaire d'améliorer la coordination des actions, leur visibilité et leur accès en particulier en s'appuyant sur les professionnels de santé et les acteurs de la gérontologie et de l'action sociale de chaque territoire. C'est la transversalité entre ces domaines qui assurera la fluidité aux actions favorisant la modification des comportements.

Le « rendez-vous de prévention » proposé au moment du passage à la retraite, serait mobilisable pendant une période de 5 ans. L'ensemble du territoire serait touché sur un cycle de 5 ans en ciblant ainsi successivement les générations de 60-65 ans.

Une génération de retraités représentant 650 000 à 700 000 personnes, la cible théorique sur 5 ans est de 3,25 M à 3,5 M de personnes.

En l'état actuel des dispositifs (et sous réserve d'une convergence progressive des référentiels à décliner sur 2/3 ans) un volume annuel de 150 000¹⁶ personnes serait possible ; soit plus de 20% d'une génération chaque année.

Ainsi, à enveloppe financière constante, l'engagement dans une démarche active de prévention permettrait de modifier significativement les comportements.

L'enjeu est important : 50% des personnes retraitées (soit 7 M) sont concernées par la sédentarité, ou par les troubles auditifs (par exemple) ou plus généralement par des facteurs de risque liés au vieillissement.

12/ Rédiger un référentiel de pratiques définissant le contenu du « rendez-vous prévention » en s'appuyant sur des recommandations scientifiques et les expériences des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie, les « Instants santé » de la MSA et les Centres de prévention de l'Agirc-Arrco. Ces opérateurs actuels sont en capacité de s'engager dans cette voie. L'HAS pourrait mettre en œuvre un savoir-faire d'analyse bibliographique et de contribution d'experts tant dans le champ sanitaire que psycho-social.

Résidences autonomie et prévention :

13/ Faire des résidences autonomie des acteurs visibles de la prévention en renforçant leur intégration au sein de leur environnement (ouverture aux non-résidents), en appuyant leur montée en compétence sur le

¹⁶ Sur la base d'une convergence de l'ensemble des dispositifs existants, les examens de santé devront rester pour une part en mode dépistage et compléter les rendez-vous de prévention

champ de la prévention (recommandations HAS, outils SPF, appui du Conseil départemental sur le forfait autonomie pour les résidences autonomie) et en assouplissant les modalités d'utilisation du forfait autonomie.

Coût estimé : ressources en ingénierie des Conférences des financeurs (Préconisation n°19.2) et évolution du montant du forfait autonomie.

Les résidences services contribuent par ailleurs au développement des actions de prévention à travers les services à domicile intervenant en leur sein.

IV- L'offre territoriale de proximité et la coordination des acteurs

Constats

Les services de prévention de la CNAV et de la CNAM travaillent ensemble dans le cadre de 2P3A – Plan proximité autonomie de l'avancée en âge. Cela se traduit par exemple par l'Atlas national des situations de fragilité, la mise en place d'actions à géométrie variable en termes de coordination, dans les domaines de la sortie d'hospitalisation, l'organisation de forums d'information, les actions en faveur des aidants, des migrants âgés et du passage à la retraite. La prévention devant être globale – médico-psycho-sociale - il est nécessaire de sortir d'une approche par pathologie pour disposer d'une approche transversale.

Depuis leur mise en place au 1er janvier 2016, les Conférences des financeurs sont progressivement devenues des acteurs incontournables dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Le modèle de gouvernance des Conférences des financeurs est salué : mise en place rapide sur l'ensemble des territoires, amélioration des échanges partenariaux dans une majorité de départements, effet d'augmentation dans la consommation des financements confirmé dès la première année d'installation. La synthèse nationale des rapports d'activité des Conférences de l'année 2017 permet ainsi d'identifier 201 millions d'euros de financements alloués par les membres de la CFPPA, dont 97 millions d'euros financés par les concours versés par la CNSA.

Malgré ce constat, des difficultés dans le fonctionnement des Conférences des financeurs sont identifiées et partagées :

- Une hétérogénéité dans la coordination des financements selon les départements et des interprétations variables des modalités de financement des actions ;
- Des freins techniques et réglementaires à l'utilisation des concours versés par la CNSA ;
- Un risque de « saupoudrage » et de substitution des financements identifié en l'absence d'une réelle vision partagée des politiques de prévention ;
- Dans certains départements, des membres ont pu rencontrer des difficultés à trouver leur place au sein du dispositif, présidé par le Conseil départemental.

Par ailleurs, les gérontopôles sont reconnus comme des acteurs d'appui et d'expertises sur leur territoire. Le gérontopôle est salué par sa capacité à travailler et à s'adresser à l'ensemble des partenaires dans le champ de la longévité (collectivités territoriale, organismes de Sécurité sociale, entreprises, associations, etc.). A ce jour, il en existe 8 en France et deux sont en cours de création. Deux « modèles » peuvent être décrits : les gérontopôles « recherche fondamentale » souvent adossés à un CHU et les gérontopôles « recherche transverse appliquée au terrain ». On ne peut que réitérer la préconisation issue

de le rapport annexé à la loi ASV de disposer d'un gérontopôle par territoire ou pour le moins soutenir la montée en compétence des gérontopôles et une meilleure complémentarité entre eux.

Ensuite, une politique de prévention dans une approche globale doit fortement s'appuyer sur les politiques publiques de proximité. La mobilisation forte des collectivités locales est donc une nécessité. En ce sens, plusieurs politiques doivent être réinterrogées sous l'angle d'une approche inclusive et universelle :

- l'adaptation de l'environnement social et bâti de proximité : zones d'habitat favorables au vieillissement, partage des espaces publics, lutte contre la fracture numérique, accès à la culture pour tous, prise en compte des spécificités liées au vieillissement dans les documents d'urbanisme, etc.
- la mobilité : promotion des plates-formes mobilité seniors, plan de déplacement des seniors, formation et sensibilisation de tous dont les conducteurs par exemple.

Comme le préconisent notamment le Réseau francophone des villes amies des aînés (RFVAA) et Wimoov, il est nécessaire de soutenir et d'outiller les territoires de proximité dans l'objectif d'adaptation de ces derniers au quotidien des plus âgés.

Préconisations

14/ Rapprocher les services de prévention de la CNAV et de la CNAM. Les acteurs partagent la finalité d'un travail renforcé et étroit dans le champ de la prévention des personnes âgées en vue d'homogénéiser progressivement l'offre au sein des territoires. Les secteurs concernés par ce rapprochement sont, pour la branche vieillesse, l'action sociale et pour la branche maladie, les services de prévention, de gestion du risque, le service social ainsi que du lien avec les centres d'examen de santé.

L'objectif est de développer une ingénierie partagée auprès des personnes âgées. Un objectif commun aux deux branches pourrait être intégré dans chaque COG et/ou dans les programmes de qualité et d'efficacité de la LFSS concernant l'offre en prévention.

15/ Définir des orientations prioritaires pour les financements des Conférences des financeurs, dans le cadre d'un plan pluriannuel, en s'appuyant sur les recommandations de l'OMS (ICOPE) et sur les orientations du Plan national de santé publique.

Les thématiques d'actions prioritaires pour lesquelles des données factuelles de preuve existent feront l'objet d'objectifs chiffrés et des orientations seront données pour le développement de nouvelles formes d'actions (approche sociale et de renfort de la participation des personnes). Les orientations nationales seront articulées avec les orientations spécifiques des programmes coordonnés de chaque département.

Cette préconisation nécessite de faire évoluer l'outil de pilotage de la Conférence ainsi que la composition du Comité de pilotage national de la Conférence des financeurs en y intégrant Santé Publique France, des experts de la longévité et des représentants d'usagers.

Coût estimé : faible.

16/ Intégrer la prévention dans les politiques de l'autonomie, dans une logique de parcours. Afin de ne pas isoler la prévention de l'accompagnement des personnes âgées, de rechercher des convergences entre les publics et de ne pas multiplier les instances de coordination au niveau territorial, les Conférences des financeurs pourraient voir leurs compétences élargies aux thématiques suivantes :

- L'habitat inclusif tel que déjà prévu par la loi ELAN
- La problématique des personnes handicapées vieillissantes dont leur accès aux équipements et aides techniques

Le lutte contre l'isolement social

17/ Simplifier et optimiser l'utilisation des moyens des conférences de financeurs :

17.1 Rendre éligibles aux concours financiers de la CNSA de la Conférence les actions de prévention à destination des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie, conformément à la préconisation de l'Atelier n°8 « Soutien aux proches aidants ».

17.2 Rendre la tarification plus accessible à la prévention tant en établissement qu'à domicile :

- En établissement, créer une dotation dédiée à la prévention en complément du projet de révision des ordonnances PATHOS ou en intégrant mieux la prévention dans le modèle PATHOS ;
- A domicile, rendre éligibles aux concours de la conférence les actions individuelles de prévention conduites par les SAAD à destination des personnes âgées (dans une optique d'orientation vers des actions collectives).

17.3 S'assurer que la saturation du plan d'aide au titre de l'APA ne limite pas l'accès aux aides techniques (Préconisation de l'Atelier n°2 « Paniers de biens et services »), ainsi qu'au **droit au répit des proches aidants** tel que prévu par la loi ASV et rendre plus facilement possible le financement de ces actions sur les crédits des CFPPA (axe 1 « aides techniques individuelles » et axe 5 « soutien aux proches aidants »).

17.4 Accompagner les professionnels en diffusant les recommandations de l'HAS et les outils d'appui à l'action développés sur la base des données probantes.

17.5 Ouvrir davantage les actions de prévention aux personnes vivant à domicile par la prise en compte dans le forfait autonomie de l'accessibilité et des coûts de transports, que par la mise en œuvre de partenariats avec les acteurs locaux pour le repérage de publics cibles et l'orientation vers la résidence.

Niveau de norme :

- Inscrire dans la loi la modification du V de l'article L.14-10-5 du CASF, la possibilité de financer les actions des 3° et 5° de l'article L. 233-1 du CASF.
- Modifier le IV de l'article L14-10-5 et supprimer la mention « des dépenses d'accompagnement des proches aidants ».
- Ajouter au 1° de l'article L. 233-1 du CASF la mention « et par la construction d'un maillage d'acteurs proposant de l'accompagnement des personnes et de la mise à disposition d'aides techniques ».

Coût estimé : Transfert de moyens des 5 Millions d'euros affectés au soutien aux proches aidants au titre de la section IV du budget de la CNSA vers la section V et dédiés au concours CFPPA.

18/ Ouvrir les concours financiers des Conférences des financeurs au financement de l'ingénierie du projet et à l'évaluation des actions collectives de prévention afin d'améliorer la qualité des actions soutenues.

19/ Simplifier et améliorer le fonctionnement des Conférences de financeurs :

19.1 **Renforcer l'articulation entre la Conférence des financeurs et le CDCA**, par la création d'un espace de concertation entre les membres de la Conférence et des représentants du CDCA issus du premier collège (représentants d'usagers, de leurs familles et proches aidants.)

19.2 **Inscrire dans la loi la valorisation de ressources d'ingénierie pour les Conseils départementaux**, pour l'animation des Conférences des financeurs et des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). Cette valorisation a pour objectif de/d' :

- renforcer la définition d'une stratégie territoriale en matière de prévention et notamment, la définition d'une offre socle qui contiendrait par exemple les ateliers organisés dans le cadre de l'inter-régime retraite
- accompagner le transfert du budget de la section IV en ce qui concerne le soutien aux proches aidants vers les concours de la conférence des financeurs ;
- accompagner la mise en œuvre des conférences des financeurs de l'habitat inclusif.

Il est proposé que l'utilisation des crédits des concours CNSA pour l'ingénierie de la CFPPA et du CDCA soit limitée par un plafond fixé par arrêté de 10% du concours prévisionnel de chaque département, dans la limite de 80 000 euros.

19.3 **Créer un système d'information partagé** entre les membres du Comité de pilotage national **dédié à la gestion des CFPPA** permettant d'améliorer la visibilité et le pilotage national/local des financements relatifs à la prévention de la perte d'autonomie.

19.4 **Donner de la visibilité aux Conférences** sur les montants des concours versés par la CNSA par validation (délibération CNSA ou décision ministérielle) d'une **trajectoire pluriannuelle** du montant des concours pour les Conférences des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie et la suppression dans le CASF de la mention concernant l'arrêté annuel.

19.5 **Renforcer le pilotage national et les outils méthodologiques en vue de conforter la logique de « coopération » entre les membres**, en termes d'orientations prioritaires et convergentes sur l'offre des actions collectives de prévention d'une part et en termes d'outils partagés d'autre part : dossier commun d'appel à projets entre toutes les CFPPA, modèle partagé de référentiel d'évaluation des actions pour améliorer la qualité des actions financées, alignement des dossiers de candidatures et calendrier des appels à projets des membres des Conférences des financeurs, etc.

Niveau de norme :

- Inscription par amendement dans le PLFSS de la possibilité de financer les dépenses liées au fonctionnement de la Conférence des financeurs à travers l'un des concours versés aux départements. La première phrase du premier alinéa de l'article L. 233-2 CASF est complétée par les mots : « ainsi qu'aux dépenses de fonctionnement de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et du conseil mentionné à l'article L. 149-1, dans une limite fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées ».

- Inscrire dans la loi (nouvelle section du chapitre III : prévention de la perte d'autonomie, « gestion et le suivi statistique » qui ferait suite à une section « conférences des financeurs de la prévention de la perte

d'autonomie »), le développement d'un SI commun pour le suivi des actions de prévention et le pilotage de la conférence des financeurs.

- Modifier la loi, article L.14-10-5 CASF, V a) : supprimer la mention « pour des montants fixés annuellement par arrêté des ministres chargés de l'action sociale ».

V- La formation des professionnels

Constats

Les professionnels intervenant auprès des personnes âgées sont aujourd'hui nombreux et couvrent toutes les disciplines : professionnels de santé, travailleurs sociaux, professionnels de l'aide à domicile et du médico-social. Dans les pratiques professionnelles de ces derniers, la prévention est souvent le parent pauvre et éloignée du cœur de métier, à l'image de la place de la prévention dans le système de santé français.

Or, chacun de ces professionnels a un rôle à jouer dans la prévention et la prise en charge de l'avancée en âge et ceci avec un double effet : sur la santé des populations et le repérage des premières fragilités d'une part, et une amélioration de l'attractivité professionnelle du champ des personnes âgées et de qualification des métiers d'autre part.

Le fonctionnement en silo des professionnels s'exprime également du point de vue des systèmes d'information peu compatibles et communicants les uns avec les autres. A la difficulté de la compétence de plusieurs acteurs à des échelles d'action différentes, cette absence de communication entre les systèmes d'information nuit au pilotage, à la valorisation des bonnes pratiques, à l'évaluation des actions de prévention et à la mise en cohérence. *In fine*, à la qualité des actions mises en œuvre auprès des publics bénéficiaires. Le parcours de prévention souhaité par l'ensemble des acteurs se révèle alors être une construction utopique, autant que les ambitions d'échanges de données sont désormais inscrites dans les objectifs des COG des branches de la Sécurité sociale notamment. La construction d'un cadre sécurisé, fiable et respectueux des données personnelles doit s'imposer.

Enfin, le Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice d'infirmier en pratique avancée a créé ce métier et deux arrêtés¹⁷ fixent la liste des spécialités et des actes techniques pouvant être exercés par l'IPA. Trois domaines d'intervention sont précisés : les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale. Néanmoins, parmi les spécialités, ne figure pas celle de la gériatrie-gérontologie pourtant intégrée dans le cadre de l'expérimentation et pour laquelle des IPA ont été formés et diplômés.

Préconisations

20/ Inscrire dans la **formation initiale des professionnels** (professionnels de santé, travailleurs sociaux et professionnels de l'aide à domicile) **des modules sur la prévention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités de l'avancée en âge**. La formation en santé publique (notamment la sensibilisation aux inégalités sociales et territoriales de santé) et aux enjeux de la littératie en santé seraient également à renforcer. En effet, la pédagogie des messages s'entend différemment en fonction de la cible : pour les professionnels, les messages trop simples sont parfois associés à une non-qualité tandis que la

¹⁷ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'art R.4301-2 CSP et arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'art R.4301-3 CSP

communication auprès du grand public réclame un effort important de vulgarisation. Il convient également d'ajouter la prévention de l'avancée en âge dans les **orientations de formation du service sanitaire**.

21/ Développer les **modules de formation continue transversaux favorisant une acculturation commune, partagée et décloisonnée entre tous les professionnels**. Ces modules pourront s'appuyer sur l'exemple des modules de formation existants dans le cadre du développement professionnel continu PAERPA. L'objectif étant de créer une culture métier transverse entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de les outiller en termes de repérage. Par exemple, les SPASSAD pourraient avoir un rôle de « lanceurs d'alerte » en matière de dépistage de la fragilité tout comme les services d'aide à domicile.

22/ **Etendre l'exercice infirmier en pratique avancée à la gériatrie-gérontologie**. La création d'IPA en gériatrie gérontologie permettrait à ces professionnels formés de :

- Contribuer au déploiement opérationnel et systématique des risques de perte d'autonomie (dépistage de la fragilité)
- Fluidifier les parcours de santé des personnes âgées par une meilleure coordination des intervenants et éviter des hospitalisations non justifiées

VI- L'évaluation des actions et l'amélioration de la connaissance

Constats

On constate aujourd'hui une insuffisance de la connaissance relative aux caractéristiques du grand âge et de la prévention appliquée. Le développement d'actions de prévention de la perte d'autonomie en France, renforcé par l'installation en 2016 des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, nécessite d'être orienté selon la preuve de l'impact de ces actions sur la préservation ou le maintien de l'autonomie des personnes.

Ces pratiques sont jusqu'ici faiblement documentées et fondées sur la preuve, en partie du fait de la complexité de l'exercice dans un champ multidimensionnel agissant sur les déterminants individuels de santé, mais aussi sociaux et environnementaux.

Ce constat est partagé au-delà des actions soutenues par les Conférences des financeurs et concerne toutes les actions menées dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie par les Caisses de retraite de base et complémentaires, ainsi que les ARS notamment. En effet, il existe peu d'offres de prévention « industrialisées » aujourd'hui dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie, à l'exception des actions organisées dans le cadre de l'inter-régime retraite, lesquelles reposent sur un référentiel construit au niveau national avec Santé Publique France.

En 2017, le Comité de pilotage national de la Conférence des financeurs a commandé une étude d'opportunité, laquelle a été réalisée par l'Agence nouvelle des solidarités active (Ansa). Cette étude conforte l'hypothèse d'une réponse structurée pour répondre aux besoins identifiés, inspirée du modèle des « What Works Centers » étrangers et prend en compte les ressources existantes en France (plateformes web, revues de littérature et recommandations de bonnes pratiques).

Le secteur de la recherche s'est peu saisi des questions relatives au vieillissement. Parmi les propositions reçues, la création d'une chaire dédiée au vieillissement au niveau de l'EHESP en vue de soutenir la dynamique d'articulation des politiques nationales et locales a retenu notre attention

De même, en articulation avec le Plan national de santé publique et le programme national de recherche en santé publique, il conviendrait d'inclure le thème de « l'évaluation de l'impact de la prise en charge des troubles auditifs liés au vieillissement sur la prévention du déclin cognitif » dans les besoins de connaissances identifiés comme prioritaires.

Préconisations

23/ Développer un dispositif permettant l'évaluation des actions financées par tous les acteurs de la prévention, dans le but d'identifier celles qui ont fait leur preuve et/ou qui ont le plus d'impacts auprès des personnes âgées. Ce dispositif doit permettre l'amélioration des pratiques de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prévention de la perte d'autonomie. Il a également vocation à intégrer l'évaluation de la qualité de vie des bénéficiaires ainsi qu'une évaluation médico-économique et son appropriation par l'ensemble des acteurs financeurs d'actions collectives de prévention.

24/ Créer un centre de preuves national des actions de prévention de la perte d'autonomie. Ce centre aurait plusieurs missions : synthèse de la recherche et de la connaissance ; évaluation d'impacts des actions de prévention et des pratiques ; diffusion auprès des professionnels/praticiens et des décideurs. Le champ des études serait de la recherche interventionnelle comprenant notamment le champ des gérontechnologies. Il s'agit d'une mission dans la durée, le temps de montée en charge est de 3 ans à 15 ans. La création de ce centre de preuve a vocation à avoir une approche holistique de la prévention et non purement sanitaire. Le lancement de ce centre de preuve repose sur la réalisation d'une étude de préfiguration pour développer des scénarii fonctionnels et organisationnels avant le lancement et l'évaluation de l'activité de ce centre. Selon les éléments déjà identifiés dans l'étude d'opportunité, il requiert un statut autonome, articulé avec l'Institut de la longévité de la vieillesse et des vieillissements (ILVV), Santé Publique France, le Haut conseil de santé Publique, la Haute autorité de santé (HAS), le Comité de pilotage national des Conférences de financeurs ainsi que les recherches menées par les gérontopôles. La préfiguration tiendra compte des différents acteurs impliqués, avec la CNSA comme pilote.

Ce centre de preuves des actions de prévention pourrait avoir initialement un champ centré sur la prévention de la perte d'autonomie eu égard à l'enjeu démographique pour notre société mais pourrait à horizon 5/10 ans, élargir sa feuille de route et ses compétences, au champ de la prévention du handicap, des risques professionnels, des comportements à risque, etc.

Coût estimé : au moins 1 Million d'euro par an

25/ Développer le croisement de données nominatives entre les organismes de Sécurité sociale, et plus particulièrement entre l'Assurance Maladie, la CNAV et la Mutualité Sociale Agricole. A l'aune de l'expérimentation en cours¹⁸ depuis le début de l'année 2019 en lien avec l'Atlas national des situations de fragilité¹⁹, il convient d'organiser un pilotage des croisements de données au niveau des caisses nationales de la Sécurité sociale afin de susciter une adhésion inter-branches et inter-régimes. L'objectif est d'en faire un outil de repérage des fragilités et d'orientation des dispositifs de chacun (ex. orientation entre les bénéficiaires des examens de prévention des CES et les actions de prévention développées par les CARSAT).

¹⁸ Dans les régions Languedoc-Roussillon et Nord-Picardie, rendue possible grâce au décret n° 2017-334 du 14 mars 2017 relatif aux traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale en vue de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées

¹⁹ Créé par l'Assurance maladie, l'Assurance retraite et l'inter-régime

CONCLUSION

La Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a fait de l'anticipation de la perte d'autonomie et la prévention une priorité. Dans le rapport annexé à la loi, on peut lire ceci : « *La prévention est le moteur de la politique de l'âge. L'avancée en âge est inexorable mais elle est prévisible, collectivement comme individuellement. Depuis plusieurs décennies, les courbes démographiques dessinent une évidence. Progrès scientifiques, médicaux et technologiques autorisent aujourd'hui à l'optimisme de la volonté : la perte d'autonomie n'est pas inéluctable* ».

Depuis 2016, des progrès sont visibles à travers l'installation des Conférences de financeurs dans chaque département, le développement des actions de prévention ou encore la définition d'une stratégie nationale de prévention très ambitieuse.

Toutefois, il reste encore beaucoup à faire :

- Une plus grande sensibilisation de l'ensemble de la société au vieillissement et faire de la perte d'autonomie une grande cause nationale
- Une meilleure reconnaissance des personnes âgées et le plein exercice de leur citoyenneté
- L'affirmation d'un droit à la prévention dans tout parcours de vie et dans toutes ses dimensions : sociétale, sociale et sanitaire
- Des priorités d'action et des stratégies d'intervention plus lisibles et mieux documentées
- Le renforcement de la coordination des acteurs
- Une tarification des interventions médico-sociales au domicile et en établissement plus favorable à la prévention
- Une culture de la prévention chez les professionnels qui passe par des formations plus adaptées

Enfin, l'organisation de la prévention doit impliquer :

- la personne âgée elle-même, ses caractéristiques bio-médicales et sociales, sa volonté, son engagement basé sur ses capacités, son projet de vie, son implication dans la société
- des organisations performantes, mises en place par les pouvoirs publics et qui permettent d'atteindre les objectifs fixés
- la société toute entière, avec ses caractéristiques, dans une perspective d'évolution vers une société inclusive.

C'est de cet équilibre entre ces trois composantes que dépendra la réussite des stratégies développées. Bien vivre l'avancée en âge n'est-il pas finalement un compromis réussi entre ces trois composantes ?

Enfin, en complémentarité de l'intervention humaine et des professionnels, la filière de la Silver économie représente une opportunité à saisir et à laquelle les acteurs impliqués dans l'Atelier 5 sont attachés.

ANNEXE I : SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DE L'ATELIER 5

N°	Propositions	Niveau d'applicabilité	Priorité (1 ; 2 ; 3)
1	Promouvoir l'engagement citoyen des séniors en créant une plateforme nationale des offres d'engagements d'utilité sociétale	Court terme	2
2	Intégrer une fonction d'observatoire de l'âgisme auprès du Haut Conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Age (HCFEA) et en lien avec la Commission de promotion de la bienveillance et de lutte contre la maltraitance.	Moyen terme (Loi GAA)	3
3	Intégrer dans le « rendez-vous prévention », la valorisation des capacités de la personne et la connaissance de son environnement relationnel	Moyen terme (Loi GAA)	1
4	Promouvoir une politique publique de lutte contre l'isolement social plus particulièrement ciblée en direction des personnes âgées et qui intégrerait une dimension intergénérationnelle.	Moyen terme (Loi GAA)	1
5	Prendre en compte les caractéristiques socio-économiques et la littératie en santé de la population dans les messages de prévention des acteurs institutionnels	Court terme	2
6	Mettre en œuvre un dispositif de marketing social pluriannuel sur une thématique liée au vieillissement, par exemples la santé cognitive ou la lutte contre la sédentarité	Court terme	1
7	Améliorer le lien entre les 3 sites internet : www.sante.fr ; www.pourbienvieillir.fr et www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr	Moyen/long terme	3
8	Adopter la classification de RS. Gordon (1982) en vue de promouvoir le repérage de la fragilité et les actions de prévention correctrices	Moyen/long terme	2
9	Déployer le programme de surveillance des fonctions ICOPE	Court/moyen/long terme	1
10	Déployer un repérage gradué de la fragilité en s'appuyant sur plusieurs outils, en vue de cibler prioritairement les personnes socialement vulnérables et les territoires les plus à risque.	Moyen terme (recommandations de bonnes pratiques)	1
11	Créer un « rendez-vous de la prévention » à 3 temps de vie : 45-50 ans, 62-67 ans, 75-80 ans	Moyen terme (Loi GAA)	1
12	Rédiger un référentiel de pratiques définissant le contenu du « rendez-vous prévention »	Court terme	1
13	Faire des résidences autonomie des acteurs visibles de la prévention	Moyen terme	2
14	Rapprocher les services de prévention de la CNAV et de la CNAM par la construction d'une approche partagée sur le champ de prévention de la perte d'autonomie et la définition d'un indicateur COG commun	Moyen/long terme (prochaines COG : 2022)	3
15	Définir des orientations prioritaires pour les financements des Conférences des financeurs, dans le cadre d'un plan pluriannuel	Moyen terme (LFSS et Loi GAA)	2
16	Intégrer la prévention dans les politiques de l'autonomie, dans une logique de parcours		2
17	Simplifier et optimiser l'utilisation des moyens des conférences des financeurs		
17.1	Rendre éligibles aux concours financiers de la CNSA de la Conférence les actions de prévention à destination des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie	Moyen terme (Loi GAA modifiant le CASF)	1
17.2	Rendre la tarification plus accessible à la prévention : à domicile, rendre éligibles aux concours de la conférence les actions individuelles de prévention conduites par les SAAD (dans une optique d'orientation vers des actions collectives) ; en établissement créer une dotation dédiée à la prévention en complément du projet de révision des ordonnances PATHOS	Moyen terme (Loi Grand âge modifiant le CASF)	2
17.3	S'assurer que la saturation du plan d'aide au titre de l'APA ne limite pas l'accès aux aides techniques et au droit au répit des aidants tel		3

	que prévu par la loi ASV		
17.4	Accompagner les professionnels en diffusant les recommandations de l'HAS et les outils d'appui à l'action développés sur la base des données probantes	Moyen terme (recommandation de bonnes pratiques)	2
17.5	Ouvrir davantage les actions de prévention aux personnes vivant à domicile par la prise en compte dans le forfait autonomie de l'accessibilité et des coûts de transports, que par la mise en œuvre de partenariats avec les acteurs locaux pour le repérage de publics cibles et l'orientation vers la résidence		2
18	Ouvrir les concours financiers des Conférences des financeurs au financement de l'ingénierie du projet et à l'évaluation des actions collectives de prévention afin d'améliorer la qualité des actions soutenues	Moyen terme (Loi GAA)	1
19	Simplifier et améliorer le fonctionnement des Conférences de financeurs		
19.1	Renforcer l'articulation entre la Conférence des financeurs et le CDCA, par la création d'un espace de concertation entre les membres de la Conférence et des représentants du CDCA issus du premier collège	Court terme	2
19.2	Inscrire dans la loi la valorisation de ressources d'ingénierie pour les Conseils départementaux, pour l'animation des Conférences des financeurs et des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)	Moyen terme (Loi GAA)	2
19.3	Créer un système d'information partagé entre les membres du Comité de pilotage national dédié à la gestion des CFPPA	Moyen terme	2
19.4	Donner de la visibilité aux Conférences sur les montants des concours versés par la CNSA par validation d'une trajectoire pluriannuelle	Moyen terme (Loi GAA)	1
19.5	Renforcer le pilotage national et les outils méthodologiques en vue de renforcer la logique de « coopération » entre les membres de la Conférence des financeurs	Court/Moyen terme (en partie LFSS et Loi GAA)	1
20	Inscrire dans la formation initiale des professionnels (professionnels de santé, travailleurs sociaux et professionnels de l'aide à domicile) des modules sur la prévention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités de l'avancée en âge, ainsi que dans les orientations de formation du service sanitaire	Moyen terme	1
21	Développer les modules de formation continue transversaux favorisant une acculturation commune, partagée et décloisonnée entre tous les professionnels		1
22	Etendre l'exercice infirmier en pratique avancée à la gériatrie-gérontologie	Décret	2
23	Développer un dispositif permettant l'évaluation des actions financées dans le but d'identifier celles qui ont fait leur preuve et/ou qui ont le plus d'impacts auprès des personnes âgées		2
24	Créer un centre de preuves national des actions de prévention de la perte d'autonomie	Moyen/long terme (Loi GAA + temps de déploiement 3 ans minimum)	2
25	Développer le croisement de données nominatives entre les organismes de Sécurité sociale, et plus particulièrement entre l'Assurance maladie, la branche vieillesse et la Mutualité sociale agricole	Moyen terme	2

ANNEXE II : Membres de l'Atelier

Institution/structure	Membre de l'Atelier	Synthèse
Agirc-Arrco	Anne SAINT-LAURENT	<p>L'Agirc-Arrco est le régime de retraite complémentaire des salariés du secteur privé. L'action sociale déployée depuis l'origine vise à faire face aux besoins sociaux pour porter des innovations, des exemples reproductibles en complémentarité des autres acteurs.</p> <p>Pour la période 2019-2022 quatre orientations prioritaires de l'action sociale ont été définies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - agir pour Bien vieillir, - soutenir les proches aidants, - accompagner l'avancée en âge en perte d'autonomie, - soutenir le retour à l'emploi des actifs les plus fragiles. <p>Concrètement des actions et services sont ainsi organisés sur le territoire tels que les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco, Sortir plus, le Diagnostic d'ergothérapie Bien chez moi, ou encore des actions qualitatives au sein des 90 établissements et services allant du domicile collectif, à la résidence autonomie, à l'EHPAD jusqu'à l'hôpital gériatrique. L'objectif, faire évoluer les réponses et évaluer les actions pour permettre leur reproductibilité.</p>
ANDASS – Département 76	Anne GIREAU	<p>Déployer les contrats territoriaux pour l'autonomie, qui contractualisent le niveau de coordination des acteurs territoriaux à des niveaux variables : du niveau minimum de reconnaissance mutuelle entre acteurs, à un niveau de délégation voire de mutualisation totale entre eux.</p> <p>Ce modèle est déclinable au niveau infra-départemental entre les acteurs pour les coordinations gérontologiques, lesquelles fusionnent CLIC, MAIA, PTA, PAERPA, etc.</p> <p>Un cahier des charges national est à rédiger afin de fixer le minimum de coopération attendu, le contenu du contrat de coopération ainsi que le service proposé. Des financements nationaux et territoriaux seraient versés de manière proportionnelle au degré de coopération et d'intégration.</p>
ARS Pays de la Loire	Christophe DUVAUX	
CCMSA	Magalie RASCLE	<p>Les actions de prévention pour le bien vieillir doivent conférer, à chaque individu, le pouvoir de s'approprier leur santé.</p> <p>Pour ce faire, les méthodes d'intervention employées ne se limitent pas à l'apport de connaissances. Elles se basent essentiellement sur l'empowerment pour être en capacité de préserver et d'agir favorablement sur sa santé. Les actions de prévention s'articulent avec des actions d'aval adaptées aux besoins conscientisés, et ce, dans un parcours de proximité. L'évaluation est intégrée aux processus des actions pour mesurer l'impact produit et permettre l'évolution des moyens d'intervention afin d'améliorer et/ou de renforcer les résultats attendus et produits.</p> <p>Dans ce cadre, la MSA développe des nouvelles actions collectives seniors sur l'ensemble des territoires, dont les "ateliers vitalité" et dès 2019 "Cap bien être".</p> <p>Les "Instants santé MSA", proposés notamment aux personnes de 45 à 74 ans, et organisés principalement sur les</p>

		territoires ruraux, prennent également en compte ces principes socles.
CETAF	Norbert DEVILLE	<p>Le trop faible investissement dans la prévention, qui se traduit par une mortalité prématurée évitable et une espérance de vie en bonne santé insuffisante dans notre pays, invite le CETAF à inciter la mission Grand âge et autonomie à réaffirmer le droit à la prévention dans tout parcours de vie et ce dans toutes ces dimensions : sociétale, sociale et sanitaire.</p> <p>Il convient également que cette mission conforte l'offre de prévention reposant sur une classification en trois parties : universelle, sélective et ciblée (classification RS-Gordon 1982).</p> <p>Ce choix d'une prévention globale concourant à une gestion active et responsabilisante pour la personne de son capital santé dans tous les aspects de son parcours de vie doit, d'une part, reposer sur de l'ingénierie de prévention issue de recommandations scientifiques, et d'autre part, être en priorité orienté vis à vis des publics les plus vulnérables, fragilisés et éloignés du système social et de santé.</p>
CNAM	Saïd OUMEDDOUR Patricia VERNAY	
CNAV	Frédérique GARLAUD	<p>Premier régime de retraite du régime de base, la Cnav déploie dans le cadre de son action sociale, une politique de prévention de la perte d'autonomie tant auprès des publics fragiles que dans une approche de prévention primaire. Présente sur l'ensemble du territoire, les actions de prévention s'appuient sur des référentiels, lesquels ont été construits avec l'expertise de Santé Publique France, et intègrent la dimension mesure d'impact.</p> <p>Attachée à l'esprit de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, et au regard du défi démographique, l'approche de la prévention doit évoluer en vue de mieux transmettre les messages du bien vivre à la retraite et de prévention des effets du vieillissement pour améliorer l'espérance de vie sans incapacité. De plus, l'évolution des représentations à l'égard des seniors au sein de notre société est une priorité à porter collectivement. La construction des messages de prévention protecteur et réducteur des facteurs de risque selon une approche la plus universelle est également à améliorer en vue d'une meilleure appropriation et traduction dans les comportements et habitudes de vie des personnes.</p> <p>La Cnav identifie la période du passage à la retraite comme une période particulièrement importante et propice pour favoriser des actions de prévention selon une approche globale et tenant compte du parcours de vie et des leviers motivationnels de chaque retraité, à l'aune des actions collectives portées par l'ensemble du réseau de la branche vieillesse ainsi que dans le cadre des ateliers de prévention organisés par l'inter-régime. Il s'agit en effet d'une période de rupture dans l'environnement social, relationnel et économique de la personne qui nécessite d'être accompagnée car le risque de basculer vers une situation de fragilité est majeur.</p> <p>Enfin, membre de droit des Conférences des financeurs, la Cnav porte comme ambition de clarifier le champ de compétence des CFPPA et insiste sur la définition d'une offre socle pilotée au niveau du Comité de pilotage national de la Conférence des financeurs. La valorisation de l'ingénierie associée au développement et de l'évaluation de ces derniers, est une nécessité si l'on souhaite porter une offre de qualité sur les territoires garantissant une équité de traitement.</p>
CNSA	Manon BONNET	Le modèle de gouvernance des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est salué par l'ensemble des acteurs. Les éléments de bilan des années 2016 et 2017 permettent d'objectiver ce constat, tout en

		<p>identifiant des difficultés dans leur fonctionnement et dans l'attribution des financements.</p> <p>Il apparait ainsi que le pilotage du dispositif peut être renforcé et simplifié, tant par l'amélioration du fonctionnement des conférences que par l'optimisation des moyens. Ce renforcement nécessite de pouvoir renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des actions financées.</p> <p>Afin de répondre à ce double objectif, améliorer le dispositif et renforcer la connaissance des actions financées, il est proposé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simplifier et améliorer le fonctionnement des Conférences de financeurs (inscription dans la loi de la valorisation de ressources d'ingénierie pour les Conseils départementaux en prenant en compte les évolutions de son périmètre de compétences, validation par le Conseil de la CNSA d'une trajectoire pluriannuelle pour donner de la visibilité aux Conférences sur les montants des concours versés par la CNSA) - Simplifier et optimiser l'utilisation des moyens des conférences de financeurs (révision du périmètre d'éligibilité des concours de la CNSA, avec une ouverture aux actions de soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie et de personnes en situation de handicap par le transfert des crédits de la section IV, tarification plus accessible à la prévention en établissement par la création d'une dotation dédiée à la prévention en complément du projet de révision des ordonnances PATHOS ou en intégrant mieux la prévention dans le modèle PATHOS) - Développer un dispositif permettant l'évaluation des actions financées et créer un centre de preuves national des actions de prévention de la perte d'autonomie
Collectivité de Corse	Marie CIANELLI	
DGCS	Jean-Philippe NATALI	
DGS	Eliane VANHECKE	<p>La consolidation au moment du passage à la retraite d'un rendez-vous de prévention.</p> <p>Le passage à la retraite constitue un moment de vie susceptible de modifications dans les comportements de santé et propice à des actions de prévention.</p> <p>La première version du plan national de santé publique « Priorité prévention » a établi comme une mesure phare le déploiement des « bilans de santé » proposés par la CNAM et les caisses de retraite afin de repérer et de prévenir les risques de perte d'autonomie. Organisés prioritairement à destination des publics précaires ou fragiles, ces rendez-vous permettent une information en termes de santé et de droits, un repérage, une approche éducative et une orientation selon les besoins. Il s'agit de consolider et d'enrichir l'organisation de ces temps de prévention dans leurs articulations entre partenaires, notamment caisses d'assurance maladie et caisses de retraite, et tendre à une offre de service homogène et lisible.</p>
FFA	Philippe BERNARDI	<p>Les assureurs et réassureurs proposent dans leurs offres « dépendance » des bouquets de services de prévention et d'accompagnement : les assureurs sont présents à la fois sur la prévention primaire (informations générales sur la dépendance), secondaire (bilan personnalisé avant la dépendance et tertiaire (en cas de dépendance)).</p> <p>Les assureurs proposent, dans la majorité de ses contrats, des bilans personnalisés qui peuvent être réalisés à différents moments de vie sur différents thèmes (physique, environnement, nutrition, budget). A la suite de ces bilans, l'assuré peut bénéficier de différents services (diagnostics personnalisés pour l'habitat, la santé et la gestion du budget) dont les modalités dépendent de sa situation et des offres des assureurs.</p>

		<p>Pour ce qui est de l'accompagnement des personnes dépendantes et de leurs proches, les assureurs proposent des services, comme l'intervention d'une aide à domicile avec des solutions d'aménagement pour faciliter le retour et le maintien à domicile en cas d'hospitalisation ; le versement d'un capital ou d'une avance d'argent (prise en charge d'une avance financière dans les conditions du contrat) dès l'entrée en dépendance ; l'accompagnement administratif et social des aidants ; la formation des aidants ; la mise en relation avec un réseau de services de proximité : auxiliaire de vie, aide à domicile, portage de repas.</p> <p>Pour le futur, les pistes de réflexions sont les suivantes : développement d'une plateforme informations et services ; des réseaux d'accompagnement ; mise en place de personnes référentes pour faciliter la gestion des démarches avec différents services ; équipement des personnes dépendantes en objets connectés, certains acteurs le proposent déjà, pour favoriser la sécurité et la gestion des situations à distance.</p>
FNAQPA	Clémence LACOUR	
FNMF	Séverine SALGADO	<p>Favoriser les habitats adaptés et connectés et faire du domicile un lieu de la prévention de la perte d'autonomie.</p> <p>Pour répondre au souhait des personnes âgées de résider à leur domicile le plus longtemps possible, il faut à la fois sécuriser leur habitat et s'organiser pour y détecter les fragilités et prévenir la perte d'autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en systématisant l'évaluation du domicile lors des évaluations APA - en confiant à un coordonnateur autonomie l'organisation de la prise en charge à domicile et en formant les intervenants à domicile à la détection des fragilités et à la prévention - en rationalisant la délivrance, le circuit et le bon usage des aides techniques (sur le modèle de la technicothèque ®) - en adaptant et en connectant les domiciles pour maintenir un lien direct et constant avec l'entourage et les EHPAD et sécuriser la prise en charge.
La Poste	Delphine MALLET	<p>Mettre en place en lien avec la Conférence des financeurs un véritable guichet unique pour les seniors et leur famille, dans chaque département <i>via</i> une délégation de service public :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chargé de l'information et de l'orientation autour de la prévention, des premières fragilités et de la perte d'autonomie - portant des indicateurs d'accès au droit - également en charge de la coordination et de la mise en place des plans d'actions : une équipe d' « accompagnants » des personnes à distance et à domicile, en lien avec tous les acteurs du territoire - avec une déclinaison au niveau communal et intercommunal - portant des indicateurs-cohortes de mesure du recul de la dépendance (en occurrence et en âge de survenue).
OLD'UP	Marie-Françoise FUCHS	<p>L'association OLD'UP centre ses réflexions et ses actions sur la <i>participation relationnelle des personnes âgées</i>. Cette participation inter-relationnelle est selon nous fondamentale. Elle a une fonction et une valeur de prévention et de traitement des pertes d'autonomie. Elle est un moyen efficace pour lutter contre la solitude, l'isolement.</p> <p><i>Etre appelé à intégrer une équipe, apprendre à coopérer dans son voisinage, exercer une activité qui vous plaise avec d'autres sont des gages d'inclusion sociale qui n'ont pas de prix.</i></p> <p><i>Le maintien des liens, le maintien de l'utilité, donnent sens.</i></p>

		<p>Les modalités de relations participatives supposent que le sujet vieillissant soit reconnu en tant que citoyen à part entière dans les groupes dans lesquels il vit. La constitution d'un texte législatif devrait reposer en grande part sur cette participation des seniors.</p> <p>Nous insistons ici, non seulement <i>sur la formation de bénévoles compétents, valorisés et reconnus comme des membres à part entière d'une société incluant toutes les étapes de la vie.</i></p>
Santé Publique France	Emmanuelle HAMEL	Développer la prévention dès le milieu de vie (40-45 ans) et tout au long de l'avancée en âge en s'appuyant notamment sur des rendez-vous prévention à des moments clefs du parcours de vie et dans une approche globale et pluriprofessionnelle.
Séniors Autonomie	Alain POULET	
SFGG	Pr Achille TCHALLA Pr Gilles BERRUT	<p>Le modèle de fragilité prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités (Rockwood 2005). La fragilité a une prévalence moyenne de 10 %, mais des variations peuvent aller de 5 à 58% selon les contextes des différentes études.</p> <p>La population à cibler en priorité : les personnes socialement vulnérables et les territoires les plus à risque (lutte contre les inégalités sociales). Cette population doit être repérée à domicile ou lors d'un passage en milieu hospitalier.</p> <p>L'objectif du repérage de la personne âgée fragile est d'engager des actions nécessaires pour identifier les facteurs de risques de fragilité réversibles. Le but ultime est de retarder la perte d'autonomie dite évitable et de prévenir la survenue d'événements indésirables (hospitalisation, chutes...).</p> <p>La phase d'évaluation hospitalière qui vise à avoir un diagnostic certain de fragilité ne doit pas être la modalité prioritaire d'évaluation, mais il faut que les établissements de santé puissent participer à ce repérage avec une prise en compte dans son activité, avec des outils adaptés.</p>

ANNEXE III : LISTE DES AUDITIONS ORGANISEES PAR L'ATELIER 5

Personnes auditionnées	Institution/structure/fonction	Synthèse des échanges
Véronique DURAND - MOLEUR	AG&D – Méthode Montessori accompagnement des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> - La méthode Montessori propose un modèle d'accompagnement réellement centré sur les personnes et leurs besoins fondamentaux, pensé pour s'adapter à elles (et non l'inverse). - On peut imaginer un lieu dédié : « La Maison des jeunes seniors » : un lieu, entre la « Maison des enfants » et les « Maisons des anciens », dans lequel seraient appliqués tous les principes Montessori pour créer une communauté et qui aurait pour objectif de favoriser une bonne évolution des personnes dans le contexte de leur avancée en âge, après la retraite.
Ben RICKEY Johann PONS	Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA)	<p>Eclairer les conférences de financeurs et les praticiens sur ce qui fonctionne est essentiel. Un centre de preuve en matière de prévention de la perte d'autonomie permettrait de faire le lien entre le monde de la recherche et les praticiens. Il devrait s'inscrire dans l'écosystème existant, avec pour rôle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réaliser un programme de revues systématiques des évaluations d'impact pour donner « une vue de l'ensemble » des pratiques validées en matière de prévention de la perte d'autonomie ; • élaborer de nouveaux outils traduisant les enseignements de la recherche en préconisations opérationnelles pour favoriser l'appropriation de cette matière scientifique par les conférences de financeurs (registres d'intervention, guides); • animer des lieux d'échanges entre acteurs autour de l'appropriation de cette matière ; • assurer une coordination nationale des expérimentations en cours relatives à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, tout en favorisant le recours à des méthodes d'évaluations d'impact avec contrefactuel.
Georges ARBUZ	Anthropologue	<p>Les années d'existence des sujets âgés sont une source potentielle de fragilité psychique et de perte d'autonomie. Un meilleur accompagnement et une meilleure écoute doivent leur être proposés pour faire face aux transitions, aux crises et aux ruptures.</p>
Frédéric MIQUEL	CGSS La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> - Décloisonner les acteurs de la Sécurité sociale (Cnam/Cnav). - Recentrer les Conseils départementaux sur la gestion de l'APA. - Confier le pilotage des actions collectives de prévention à un acteur fédérateur et expert du vieillissement (Sécurité sociale ou acteur du 5ème risque). - Ouvrir les actions collectives de prévention à la prescription médicale. Travailler avec les professionnels de santé à la généralisation de la prescription et à une rémunération spécifique. - Utiliser les bases de données de la Cnam et de la Cnav

		pour une prévention ciblée permettant de préserver le capital « robustesse » avant l'apparition des premières fragilités.
<p>Laurent CHAMBAUD Gilles HUTEAU Christelle ROUTELOUS</p>	<p>EHESP</p>	<p>Il est urgent d'agir sur les indicateurs de l'espérance de vie en bonne santé, à l'image de la Suède. Les actions de prévention sont à décliner selon le principe de l'universalisme proportionné. Une chaire dédiée au vieillissement pourrait être créée au niveau de l'EHESP en vue de soutenir la dynamique d'articulation des politiques nationales et locales.</p> <p>Il convient d'insister sur l'opportunité d'une formation commune des professionnels de santé, des travailleurs sociaux et des aidants familiaux à la détection des premiers signes de la perte d'autonomie. Chaque acteur en proximité de la personne âgée fragile peut être un possible lanceur d'alerte.</p> <p>S'agissant du ciblage des personnes âgées, la place de la CARSAT au sein de la Conférence des financeurs est à valoriser car la prévention de la perte d'autonomie est à appréhender à la fois sous l'angle social et sous l'angle sanitaire. En la matière, il est intéressant de signaler que chacun de ces organismes dispose d'un observatoire des risques de fragilités, qui constitue un outil de pilotage et de diagnostic territorial permettant à partir des données retraite et maladie, d'identifier les facteurs de risque de fragilités afin de faciliter le repérage des personnes en perte d'autonomie. Il faudrait définir des indicateurs composites à même de refléter une conception commune de la fragilité.</p>
<p>Alain CANTARUTTI</p>	<p>Fédération des Centres Sociaux et Socioculturels de France</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer une nouvelle approche basée sur le lien social comme facteur clef de la prévention en vue de la transition démographique de notre société. - Accompagner les périodes de transition en vue de prévenir le plus en amont possible les ruptures liées à l'isolement et au repli sur soi. L'arrivée à la retraite constitue un moment privilégié pour permettre à la personne de se construire un nouveau statut et projet de vie. - Soutenir des démarches d'animation territoriale qui permettent la mobilisation des habitants, notamment les personnes retraitées, et des partenariats locaux, pour construire des projets territoriaux structurants de prévention adaptés aux besoins locaux et faisant levier en termes d'impact social, notamment à travers l'expérimentation d'une « labellisation » ou d'un « agrément » des structures pour une mission d'animation territoriale.
	<p>Fondation Médéric Alzheimer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La prévention des troubles cognitifs s'appréhende sous

CHARRAS		<p>le même prisme que le handicap dans l'adaptation de l'environnement. L'environnement social doit aussi être accueillant, compréhensif et facilitant pour permettre aux personnes avec un handicap cognitif de s'y épanouir et d'y trouver un statut et un rôle social qui leur est acceptable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le modèle de l'EHPAD actuel est remis en question à tous les niveaux et n'est plus en adéquation avec les aspirations des usagers et les besoins sociaux. L'hébergement collectif a atteint ses limites et mériterait d'être repensé en termes d'échelle, de diversité, de service, de financement, d'architecture et d'urbanisme pour répondre aux préceptes d'une société inclusive. Il pourrait évoluer vers des modèles tels que l'EHPAD hors les murs, EHPAD éclaté la plateforme de services. - On observe aujourd'hui une validité empirique des interventions psychosociales et environnementales pour les personnes atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement. A juste titre, les pouvoirs publics préconisent, pour pouvoir les recommander, que ces interventions fassent la preuve de leur efficacité par des évaluations reposant sur des méthodologies scientifiques analogues aux essais cliniques contrôlés randomisés. Il semblerait pertinent de procéder à un recensement de ces interventions et de mener un travail de fond en réunissant les experts des différents types d'intervention pour déterminer et définir des pratiques communes ainsi que pour déterminer pour quels profils de personnes sont supposément efficaces.
Dominique THIERRY	France Bénévolat	<p>Nous sommes collectivement devant un paradoxe structurel sur la question de l'engagement bénévole associatif des seniors. D'une part, il n'est plus nécessaire de prouver les impacts positifs de leur engagement pour eux-mêmes et pour la Société. Mais d'autre part, leur taux d'engagement diminue régulièrement, alors qu'il augmente dans les autres tranches d'âge. Cette situation paradoxale exige une stratégie collective et l'implication de nouveaux acteurs.</p>
Henri LEMOINE	Génération en mouvement	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de la santé et du bien-être tout au long du parcours de vie, plus particulièrement de la fin de l'activité professionnelle jusqu'à la fin de vie. - Reste à charge en cas de perte d'autonomie encore trop lourd pour de nombreuses familles, d'où la nécessité d'une prise en charge collective. - Reconnaissance des associations de personnes âgées comme interlocutrices des Pouvoirs publics.
Dominique BONNET Claudine BERR	Haut Conseil de Santé Publique	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir des actions de prévention centrées sur des facteurs de risque adaptés en fonction de l'âge et non axées par maladie. Par exemple, dès 40-45 ans, un focus sur le stress et la prévention cardio-vasculaire.

		<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la déstigmatisation des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. - Promouvoir la recherche et en particulier, la surveillance épidémiologique de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées et les facteurs de risque modifiables insuffisamment prouvé aujourd'hui tel que la vitamine D, la correction du déficit auditif acquis et le lien social.
Pascal LAMBERT	Infirmier libéral de pratique avancée en gériatrie ; Administrateur de la SFGG et Coordinateur de son Collège des soignants ; Membre associé de la Chaire de Recherche en Soins Infirmiers, Univ Paris 13	Ouvrir la spécialité d'infirmier en pratiques avancées à la gériatrie/gérontologie, dans l'art L.4301-1 CSP au regard des besoins complexes de la population vieillissante
Didier BONNEAU Eric BOULANGER	Institut Pasteur de Lille	<ul style="list-style-type: none"> - Déployer le parcours Longévité imaginé par le Centre de prévention santé longévité de Lille pour agir sur l'espérance de vie en bonne santé. Cette structure de référence a conçu une démarche globale basée sur la prévention, l'éducation à la santé, la formation et la recherche. - 3 scénarii de déploiement sont possibles : <ul style="list-style-type: none"> o Le Parcours longévité pour tous, à l'identique du modèle Lillois o Le parcours longévité déployé, dans une version centrée sur les actions de prévention uniquement, le volet recherche incomberait alors à l'Institut Pasteur de Lille o Les examens de prévention santé renouvelés, option longévité : agrémenter les CES de l'Assurance maladie dans une approche centrée sur la longévité avec un ciblage sur le vieillissement physique et cognitif.
Pr David ORLIKOWSKI	Médecin formateur Infirmier en Pratique Avancée, professeur à l'université Versailles St Quentin	<i>Non communiquée</i>
Jean-François SERRES	MONALISA	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire dans la Loi, un objectif de prévention et de réduction de l'isolement social par la promotion d'une société bienveillante et productrice de care. - Promouvoir et viabiliser les solidarités de proximité : <ul style="list-style-type: none"> - Trois grandes fonctions, au niveau national, qu'aucune association n'est à même d'assurer : (i) la reconnaissance d'« équipe citoyenne » grâce à un label public ; (ii) la constitution d'un service dédié au sein de l'Agence du Service civique pour animer ces équipes ; (iii) la création d'une mission interministérielle, qui assurerait la meilleure articulation entre les équipes citoyennes et les autres dispositifs institués par les politiques de solidarité et de santé. - Une logique de parcours intégré et articulé avec une territorialisation des actions
Carole RENUCCI	Notre Temps	Les jeunes et nouveaux retraités, solidaires en toute liberté

<p>Pierre-Olivier LEFEBVRE</p>	<p>Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés (RFVAA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'accent doit être mis sur l'adaptation de l'environnement social et bâti de proximité : zones d'habitat favorables au vieillissement, partage des espaces publics et prise en compte du rythme de chacun, lutte contre la fracture numérique, accès à la culture pour tous, prise en compte des spécificités liées au vieillissement (à ne pas confondre avec le handicap) dans les documents d'urbanisme, sensibilisation d'un nombre plus important d'acteurs aux questions liées au vieillissement (bailleurs sociaux, commerçants, sociétés de transports), etc. - Le RFVAA préconise la mise en œuvre d'une méthodologie visant à comprendre le territoire pour ensuite élaborer un plan d'action adapté et réaliste. L'idée est de soutenir et d'outiller les territoires de proximité dans l'objectif de changer concrètement le quotidien des plus âgés (pas uniquement dans le versant médico-social) en fonction des caractéristiques du territoire et de l'expertise d'usager des habitants.
<p>Giovanna MARSICO</p>	<p>Service Public de l'Information en Santé (SPIS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'information est un déterminant de la santé. Qu'il s'agisse de préserver son capital santé, d'accéder aux services et soins nécessaires, d'exercer ses droits, de s'orienter dans la complexité du système, de chercher des dispositifs d'aide et d'accompagnement, le citoyen vieillissant et ses proches doivent pouvoir disposer d'informations fiables, à jour, accessibles et adaptées à leur niveau de littératie et de capacité ; - La création d'outils et dispositifs à destination de personnes concernées par des besoins spécifiques ne peut se faire qu'en co-construction avec elles. La participation à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des dispositifs est indispensable pour assurer l'adhésion des utilisateurs et une valeur ajoutée dans les usages. - L'information est un préalable essentiel des démarches de décisions partagées. Des telles démarches sont incontournables afin d'assurer l'implication des personnes concernées dans la continuité. - Les acteurs publics se doivent de travailler à la conception et à la mise en œuvre de démarches adaptées et co-construites avec les utilisateurs. - <i>Via son site Santé.fr</i>, le Service Public d'information en santé œuvre à la recherche, l'élaboration et l'essaimage de pratiques inspirées par les constats évoqués. Fondé sur une gouvernance réunissant toutes les parties prenantes et orienté par les retours des usagers, il renforce la prise en compte des besoins des personnes ayant des besoins spécifiques et contribue à adapter la société aux évolutions liées à l'âge.

<p>Christelle CHAPTEUIL Gabrielle VENTURA</p>	<p>SYNADIET – Syndicat national des compléments alimentaires</p>	<p>Il existe aujourd’hui un grand nombre d’études démontrant l’efficacité et attestant de l’intérêt de la supplémentation en prévention des inconforts du vieillissement et de la perte d’autonomie (ex : articulaires, visuels, cognitifs). Il est indispensable de former les professionnels de santé à l’utilisation des compléments alimentaires, de soutenir leur rôle dans les stratégies de prévention en santé destinées aux populations à risque de développer des fragilités, et de soutenir la recherche scientifique associée.</p>
<p>Benoît CALMES</p>	<p>UNCCAS</p>	<p>Les CCAS et CIAS, acteurs quotidiens de la prévention, souhaitent que l’utilité en termes d’économie financière à moyen et long terme des actions de prévention puisse être reconnue et étudiée. Cette reconnaissance devant permettre de développer des moyens importants.</p>
<p>Mathieu ALAPETITE</p>	<p>WIMOOV</p>	<p>Dans le domaine de la mobilité comme dans les autres, il est primordial de mettre en place un parcours véritablement <u>individualisé</u> auprès des seniors, tant dans les solutions (adaptées au besoin de la personne) que dans la nature de celui-ci (numérique si cette méthode est choisie et humaine si nécessaire).</p>