



**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2016 –

**« LA VIEILLESSE N’EST PAS UNE  
MALADIE...MAIS ÇA SE SOIGNE :  
ENJEUX DE LA PREVENTION ET PROMOTION DE  
LA SANTE A LA VIEILLESSE »**

– Groupe n° « 28 » –

- **Benoît CAMIADE (DH)**
- **Célia CARILLO (IASS)**
- **Elodie CORONA (AAH)**
- **Mathilde DAMBO (D3S)**
- **Katia GARCIA-LIDON (DS)**
- **Anaëlle LAMIRAULT (D3S)**
- **Mathilde MAUDHUIT (D3S)**
- **Valérie PLARD (AAH)**
- **Denis ROME (DH)**

*Animatrice*

– *Marick FEVRE*

---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 La prévention et la promotion de la santé à la vieillesse n'apparaissent pas encore à la hauteur des enjeux et besoins des personnes âgées .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 L'évolution historique des politiques publiques traduit une prise de conscience collective .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 L'analyse fait ressortir un bilan nuancé de dispositifs hétérogènes .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Une politique de prévention ambitieuse nécessite de développer les bonnes pratiques repérées et d'inventer de nouveaux outils .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 L'approche par les déterminants de santé révèle des insuffisances et exige des préconisations.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Un projet innovant : isolement rompu, estomac repu .....</b>	<b>21</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>27</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>29</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Remerciements

---

- Mme Marick FEVRE, Responsable promotion santé MBA-Mutuelle
- M. Gilles KRETZ, directeur de l'action sociale à la CARSAT BRETAGNE
- M. Jean-Jacques AMYOT, psychosociologue
- Mme COURTEILLE, vice-présidente du Conseil départemental en charge des solidarités des personnes âgées et du handicap
- M. Michel BILLE, Sociologue
- L'Association Bistrot mémoire
- Mme BODIER, animatrice-coordinatrice à l'Observatoire des Pôle d'Animation des Retraités Rennais
- Mmes M. et Y. personnes âgées rencontrées
- Mme A-L MOSER-MOULAA, Directrice de l'autonomie ARS FRANCHE-COMTE-BOURGOGNE
- Mme MOESCH, Chargée de mission PGI, UFR SJEPIG (DIJON)
- Mme DONNINCK, infirmière coordinatrice SSIAD CH. PERPIGNAN
- Mme COAT-LEVEN, responsable activité promotion de la santé, MORBIHAN, Mutualité française BRETAGNE

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ACSF :</b>	Analyse des Comportements Sexuels en France
<b>AGGIR :</b>	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
<b>ALD :</b>	Affection Longue Durée
<b>ANAH :</b>	Agence Nationale de l'Habitat
<b>APA :</b>	Allocation Personnalisée d'Autonomie
<b>ASV :</b>	Adaptation de la Société au Vieillissement
<b>ARS :</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CNAM :</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
<b>CNAV :</b>	Caisse Nationale Assurance Vieillesse
<b>CARSAT :</b>	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
<b>CCAS :</b>	Centre Communal d'Action Sociale
<b>CLIC :</b>	Centre Local d'Information et de Coordination
<b>CNSA :</b>	Centre National de Solidarité pour l'Autonomie
<b>COR :</b>	Conseil d'Orientation de Retraite
<b>EHPAD :</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>FNG :</b>	Fondation nationale de gérontologie
<b>FRAGIRE :</b>	Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité des personnes âgées
<b>HAS :</b>	Haute Autorité de Santé
<b>INED :</b>	Institut National d'Etudes Démographiques
<b>INPES :</b>	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
<b>INSEE :</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>MIP :</b>	Module interprofessionnel
<b>MONALISA :</b>	Mobilisation Nationale contre l'Isolement des personnes Agées
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OPAR :</b>	Observatoire et Pôle d'Animation des Retraités Rennais
<b>PAP :</b>	Plan d'Action Personnalisé à domicile
<b>PESTEL :</b>	Politique, Économique, Socioculturel, Technologique, Écologique et Légal
<b>PNBV :</b>	Plan National Bien Vieillir
<b>SSIAD :</b>	Service de Soins Infirmiers à Domicile
<b>SWOT :</b>	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats Introduction

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2016

## Introduction

Déjà 3 semaines, indiscutablement nous aurons vieilli pendant ce module interprofessionnel (MIP). Et déjà la discussion s'entame. Certes, nous avons vieilli physiquement, biologiquement. Pourtant, toutes et tous s'accordent à dire que la vieillesse est aussi un rapport de l'individu au temps, aux autres, à lui-même<sup>1</sup>. Chaque membre du groupe a peut-être rajeuni ou, du moins, évolué quant à ses propres rapports.

Cette difficulté à discuter et appréhender vieillesse et vieillissement s'est faite sentir dès les débuts de nos travaux mais encore par la suite. « *Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais ; si je cherche à l'expliquer à celui qui m'interroge, je ne le sais plus* ». Il faut confesser avec Saint-Augustin, que notre groupe a dû faire face à cette même problématique avec la vieillesse.

Un tour de table entre les membres du groupe nous a permis de nous interroger et d'avancer. Le vieillissement est un processus permanent pour lequel tout seuil est arbitraire bien que souvent nécessaire pour les politiques publiques. La vieillesse apparaît plus comme un âge de la vie, tels que peuvent l'être l'enfance ou l'âge adulte. Ainsi, le dictionnaire Larousse définit la vieillesse comme la « *dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions* ». La définition qu'il donne du vieillissement n'est guère plus opératoire : « *fait de devenir vieux, ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort* ».

Ces notions apparaissent donc complexes à cerner. Fortement liés aux individus, la vieillesse et le vieillissement s'incarnent aussi largement dans des représentations sociales, sociétales et psychologiques. Il en va ainsi de la sexualité, dont on a du mal à imaginer qu'elle concerne aussi les personnes âgées et qu'elle est même un élément essentiel de l'épanouissement personnel même à cet âge<sup>2</sup>. En tant que professionnels de la santé, nous devons à la fois intégrer et nous imprégner de ces représentations, tout en nous mettant en capacité de les faire évoluer et d'avoir un regard critique.

---

<sup>1</sup> Annexe n°2 : extrait entretien Michel Billé

<sup>2</sup> Fèvre Marick et Riguidel Nicolas, Amours de vieillesse. Broche, 2014

Malgré cette difficulté, et sans que l'on ne puisse la dépasser totalement, il est indispensable de mettre de côté ces débats théoriques et développer les politiques à destination des personnes âgées. En effet, le vieillissement de la population est un élément indiscutable de notre société. Il peut se lire grâce à plusieurs données : celle de l'espérance de vie à la naissance, celle de la part des plus de 60 ans dans l'ensemble de la population.

Espérance de vie (2005)		Espérance de vie (2015)		Progression 2005 - 2015	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
76,8 ans	83,9 ans	79 ans	85,1 ans	<b>+ 2,2 ans</b>	<b>+ 1,2 ans</b>

*Données INED, 2016*

Population 1901		Population 2012		Projections 2060	
60 ans ou +	dont + 75 ans	60 ans ou +	dont + 75 ans	60 ans ou +	dont + 75 ans
12,70%	2,50%	<b>23,70%</b>	<b>9,10%</b>	31,90%	16,20%

*Données INSEE, 2014*

Ce dernier tableau souligne la difficulté à définir une population cible lorsqu'on envisage la catégorie des personnes âgées, concept sémantique « creux » qui correspond simplement à ce qu'on appelle "les vieux".

Le seuil des plus de 60 ans correspond à ce qui a été l'âge légal de départ à la retraite pendant des décennies. De plus, de nombreuses politiques publiques se sont construites autour de ce seuil. Avec les réformes des retraites, cette catégorie évolue de plus en plus vers les plus de 65 ans. Le seuil des plus de 75 ans correspond à la réalité sanitaire actuelle : au-delà de cet âge, les problèmes de santé et de dépendance sont exponentiels. Ainsi, sur 9,9 millions de personnes en affection de longue durée (ALD) en 2014, plus de 2,9 millions (29,3%) étaient âgées de 75 ans ou plus.

Cependant, notre groupe a fait le choix de ne retenir aucun de ces seuils. Celui de 60 ans ne nous paraît plus pertinent face aux évolutions législatives et aux représentations sociétales. Celui de 75 ans nous conduirait vers une approche essentiellement curative,

travers récurrent de notre système sanitaire et social<sup>3</sup> que nous avons rappelé, qui irait à l'encontre d'une réflexion en termes de promotion de la santé et de prévention.

Nous avons donc, de manière consensuelle, décidé de prendre comme seuil de nos travaux le départ à la retraite. Soulignons dès à présent que pour une aisance sémantique, les termes personnes âgées / retraités / personnes âgées retraitées seront ici entendues comme faisant référence à notre population cible.

Le choix du départ à la retraite comme seuil se justifie à plusieurs titres :

- Il permet d'organiser une prévention et une promotion de la santé sur un temps relativement long et sans lien direct et obligatoire avec la maladie ;
- Il s'oriente vers un a priori d'individualisation, puisque le départ à la retraite évolue aussi bien dans l'âge que dans le ressenti selon les individus ;
- Il représente pour une majorité des individus un changement essentiel dans leur vie et dans la représentation qu'ils se font d'eux-mêmes et/ou que leur renvoie la société ;
- Il a évolué et évoluera, rappelant que la vieillesse et le vieillissement sont d'abord une vision de la société sur elle-même.

Cibler la population retraitée implique de s'intéresser à un groupe extrêmement large de la population française.

### **Effectifs de retraités de droit direct au 31 décembre 2013**

<b>Retraités résidant en France</b>			<b>Ensemble des retraités</b>		
<b>Ensemble</b>	Femmes	Hommes	<b>Ensemble</b>	Femmes	Hommes
<b>14 517 000</b>	7 803 000	6 715 000	<b>15 629 000</b>	8 081 000	7 548 000

*Données du COR, rapport annuel 2015*

Si l'on ajoute les retraités de droit dérivé (au titre des pensions de réversion), le nombre total de retraités s'élève alors à 16,7 millions, dont 15,1 millions de résidents, soit près de 23 % de la population française.

---

<sup>3</sup> "Notre système de santé s'est essentiellement développé autour du soin alors que le premier objectif doit être de tout faire pour éviter qu'apparaisse la maladie",

<http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>

Dans le scénario central du Conseil d'orientation des retraites (COR) - rapport annuel 2015<sup>4</sup> -, l'âge moyen de départ à la retraite devrait continuer de progresser dans les années à venir. L'âge moyen de départ à la retraite passerait ainsi de 60 ans et 5 mois parmi les personnes nées en 1950 et se stabiliserait légèrement au-dessus de 64 ans à partir des générations nées dans les années 1980. Dans ce même scénario, l'espérance de vie, avec ou sans incapacité, continuerait aussi de s'améliorer dans les décennies prochaines. Elle croîtrait régulièrement au fil des générations, d'environ 1 an toutes les générations, et passerait de 84,2 ans pour les personnes nées en 1930 à 91,3 ans pour celles nées en 1990 (hommes et femmes confondus). De façon grossière, on peut donc estimer qu'une politique de promotion de la santé et de prévention pour les retraités, concerne une tranche de vie moyenne de 27 années.

Du fait du grand nombre des personnes âgées et de la période de vie considérée, le groupe a choisi de circonscrire la thématique générale de promotion de la santé et de prévention. Nous avons pris comme axe de réflexion la question du « maintien à domicile ». Par cela, nous entendons réfléchir aux outils existants et ceux à développer qui, via promotion de la santé et la prévention, permettent à tous les retraités qui le souhaitent et le peuvent de vivre à leur domicile avec une autonomie et une santé satisfaisantes.

Cette thématique répond à une volonté très majoritairement partagée par nos concitoyens. D'après une enquête Afnor « *Enquête nationale Silver économie – Attentes de consommation des seniors et leurs aidants* » de décembre 2014, 85 % des personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à leur domicile. Ce souhait fait écho à une volonté des pouvoirs publics qui s'efforcent de répondre aux attentes des citoyens par des actions respectueuses des finances publiques et favorable à l'économie – désinstitutionnalisation, travaux sur les logements, « silver économie ». De plus, cette démarche interroge les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux - leur rôle, leur place - dans lesquels nous travaillerons demain. Enfin, le « rester à domicile » s'inscrit dans le concept de vieillissement actif<sup>5</sup>, promu par la Commission européenne.

---

<sup>4</sup> Évolutions et perspectives des retraites en France Rapport annuel du COR — Juin 2015

<sup>5</sup> Annexe n°15

Cette thématique, lorsqu'on la lie à la prévention et à la promotion de la santé – comprise au sens large, c'est-à-dire la définition de l'OMS<sup>6</sup> qui devenue un incontournable de toute réflexion sur la santé – implique de prendre en compte de multiples thématiques : nutrition, activité physique et sportive, vie et participation sociales, activité sexuelle, prévention des chutes, aménagement de l'habitat, etc.

Notre groupe s'est appuyé sur des outils méthodologiques d'analyse des politiques publiques et des dispositifs existants. Cette analyse doit nous permettre de faire émerger les leviers et les limites dans ce que nous observons, pour développer ensuite des préconisations et des exemples de plan de prévention. Pour étudier les dispositifs existants, nous avons utilisé deux outils: PESTEL et SWOT.

L'outil PESTEL implique d'appréhender une thématique via de multiples éléments : **P**olitique, **E**nvironnement, **S**ocial, **T**echnique, **E**conomique et **L**égal.

Les données politiques et légales sont essentielles et ont connu des évolutions récentes. Notre thématique s'inscrit dans le cadre posé aujourd'hui par la loi sur l'anticipation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015. En outre, il faut avoir à l'esprit la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, ainsi que de multiples plans nationaux et pluriannuels tel que le plan maladies neurodégénératives 2014 – 2019 ou plan solidarité grand âge.

Cette approche est étroitement imbriquée avec le contexte économique. Le concept de « silver économie » témoigne de la volonté de transformer cette tranche de vie en une source de croissance économique<sup>7</sup>.

Les politiques publiques pour personnes retraitées doivent être modulées selon les lieux de vie (zone rurale ou urbaine, centre-ville ou périphérie, zone à forte densité de personnes âgées ou non<sup>8</sup>) dans une perspective environnementale.

Le rester à domicile implique de prendre en compte la dimension sociale dans tous les dispositifs. En effet, une vie sociale active et épanouie est à la fois un souhait fondamental des personnes âgées et un élément incontournable d'un bien-être psychique et mental, donc d'une bonne santé.

---

<sup>6</sup> Annexe n°15

<sup>7</sup> *La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France*, rapport du Commissariat général à la stratégie et à la prospective, décembre 2013.

<sup>8</sup> En France métropolitaine, la part des retraités dans la population, en moyenne de 21,3 % en 2011, varie de 13,4 % pour le département de la Seine-Saint-Denis à 33,5 % pour le département de la Creuse.

Enfin, notre thématique comporte également une dimension technique, urbaine et immobilière. Cette dernière se joue d'abord à l'intérieur du domicile, avec une évaluation sur l'ergonomie de l'habitat. Elle se joue aussi à l'extérieur du domicile, par le biais d'une réflexion de la collectivité sur les moyens de transports, sur les habitats collectifs et sur l'aménagement des quartiers. L'outil **Strengths, Weaknesses, Opportunités et Threats (SWOT)**<sup>9</sup> nous a permis avec une grille de lecture commune les dispositifs, les outils et les opinions que nous avons recueillis.

Cet outil analyse chaque dispositif pour en faire ressortir ses forces et ses faiblesses existantes et les opportunités et les menaces qui apparaissent. Notre objectif était de se servir de cette lecture critique afin :

- d'établir un état des lieux objectif ;
- de partir de cette analyse critique dans nos préconisations et anticiper les leviers et difficultés du programme de prévention que nous ébauchons.

Pour notre projet d'actions de prévention, nous avons utilisé l'outil GANTT<sup>10</sup>. Cet outil est un diagramme classique de la planification de projet. La finalité est de proposer des actions abouties dont pourraient se servir des acteurs de la prévention de la santé. Ces actions contiennent un calendrier d'action avec une définition des contraintes et une liste des ressources disponibles ou à trouver.

Notre rapport consiste donc à répondre à cette interrogation : à partir d'un état des lieux, quelles critiques et quelles préconisations pouvons-nous faire pour développer des outils de promotion de la santé et de prévention qui facilitent la capacité des personnes retraitées à rester à leur domicile lorsqu'elles en font le choix ?

Notre première partie présente et fait un diagnostic des politiques publiques et des dispositifs déjà mis en œuvre dans le domaine de la prévention et du rester à domicile.

Notre seconde partie aborde l'impact des politiques actuelles sur les déterminants de santé puis développe des actions qui de notre point de vue permettraient de mieux agir sur ces déterminants.

---

<sup>9</sup> La matrice SWOT permet d'obtenir une vision synthétique d'une situation en présentant les forces et les faiblesses de l'entreprise ainsi que les opportunités et les menaces potentielles.

<sup>10</sup> <http://www.gantt.com/fr/>

# **1 La prévention et la promotion de la santé à la vieillesse n'apparaissent pas encore à la hauteur des enjeux et besoins des personnes âgées**

## **1.1 L'évolution historique des politiques publiques traduit une prise de conscience collective**

Il est entendu que pour aborder notre système de protection sociale le point de départ est le travail conduit par Pierre Laroque. Il est reconnu comme le « père fondateur » de la Sécurité sociale, avec les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, au sortir de la seconde guerre mondiale.

La « protection contre le risque vieillesse » est depuis lors assurée grâce à un système de financement paritaire employeur/salarié des pensions de retraites par les actifs. Il apparaît toutefois que, dès 1962, Pierre Laroque avait pris conscience des évolutions possibles des dispositifs de protection sociale pour les personnes âgées.

C'est tout le sens donné au rapport qu'il rend où il pousse un cri d'alarme afin d'alerter l'opinion sur le mal-logement des personnes âgées, leur isolement mais aussi la situation de grande pauvreté de certains retraités. De vraies évolutions en résulteront avec une très nette revalorisation<sup>11</sup> des niveaux des retraites tout au long des années 1960 et 1970. C'est à cette même époque que des logements-foyers sont construits par les centres communaux d'action sociale (CCAS) et que des clubs du 3ème âge sont développés<sup>12</sup>.

En 1991, Michel Rocard disait « *ne rien faire aujourd'hui conduirait à terme [...] à la rupture des solidarités essentielles* ». Cela témoigne de la persistance des pouvoirs publics à vouloir s'en parer de cette question 30 ans après Pierre Laroque.

Aujourd'hui 75% des seniors sont propriétaires de leur logement<sup>13</sup>, le problème d'autrefois semble résolu. Pour autant, la question de l'isolement est toujours malheureusement d'une grande modernité. D'après la Fondation de France<sup>14</sup>, près d'un tiers des personnes âgées

---

<sup>11</sup>[http://www.legislation.cnav.fr/Pages/bareme.aspx?Nom=revalorisation\\_coefficient\\_revalorisation\\_retraite\\_bar](http://www.legislation.cnav.fr/Pages/bareme.aspx?Nom=revalorisation_coefficient_revalorisation_retraite_bar)

<sup>12</sup> Circulaire du 18 mars 1960 portant création des foyers pour vieillards.

<sup>13</sup> Enquête SHARE, 2006

<sup>14</sup> Les solitudes en France, Observatoire de la Fondation de France, juin 2013

se trouverait en situation d'isolement relationnel. Plusieurs entretiens sont venus confirmer cette réalité.

Dès le début des années 2000, les réflexions sur le vieillissement prennent de nouvelles orientations. Dès lors, la prise en compte des conséquences de la vieillesse est interrogée.

Laroque disait en 1962 que « *la politique de la vieillesse ne se suffit pas à elle-même. Elle n'est et ne peut être qu'un aspect d'une politique plus large, tendant à assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société [...]* », une approche écosystémique<sup>15</sup> devant être privilégiée.

La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) modifiée par la loi du 31 mars 2003, et avant la loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes orientaient les dispositifs vers l'unique perte d'autonomie. Elle occultait la prévention des conséquences du vieillissement pour cibler les personnes affectées par des poly pathologies.

Le législateur de 2003 a pris un autre biais, sans doute moins visible, et moins concret que le versement de l'APA mais ciblant cette fois le bien vieillir de l'individu et la société accompagnant ce bien vieillir en prenant une prise en compte individuelle, collective et sociétale. L'ambition était d'assurer un vieillissement « réussi » aux plans de la santé individuelle, des relations sociales mais aussi grâce à des actions de prévention adaptées : prévention des maladies chroniques ; promotion des comportements favorables à la santé ; amélioration de l'environnement individuel et collectif ; renforcement du rôle des seniors dans la vie sociale, culturelle, artistique en favorisant notamment le lien intergénérationnel. Ce Plan national bien vieillir (PNBV) a été prolongé jusqu'à la fin de l'année 2009. Cependant son évaluation a montré en 2011<sup>16</sup> une approche du vieillissement trop morcelée et peu lisible ce qui préjudiciait à son efficacité in fine.

La Stratégie nationale de santé initiée par Marisol Touraine en 2013 présenta la prévention comme un axe majeur à développer dans la future loi de santé<sup>17</sup>. Ainsi, la loi du 26 janvier

---

<sup>15</sup> Guide de promotion à la santé, IRPS

<sup>16</sup> Annexe n°13

<sup>17</sup> Stratégie Nationale de Santé, ce qui faut en retenir, 23 septembre 2013

2016 de modernisation de notre système de santé aborde cet axe sans toutefois dégager de spécificité relative au « bien vieillir ».

Elle évoque en effet :

- la prévention pour les jeunes de 0 à 16 ans,
- la protection des jeunes par les missions locales reconnues comme participant au repérage des situations nécessitant un accès aux droits sociaux, à la prévention et aux soins.
- la prévention à destination des consommateurs par l'information à diffuser sur la qualité nutritionnelle des produits alimentaires industriels.
- la prévention collective et individuelle tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges.

Ce constat permet de questionner la place de la prévention et de la promotion de la santé pour les personnes âgées. Rien n'est spécifiquement mentionné pour les personnes à cette étape de la vie.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 concomitante à la loi de modernisation de notre système de santé apporte des réponses qui aujourd'hui doivent permettre de poursuivre le travail entamé par le PNBV. L'avantage d'une loi c'est qu'elle grave dans le marbre de la représentation nationale des actions que les pouvoirs publics et que les acteurs de la promotion et de la prévention à destination des personnes âgées devront porter. Le défi est sans nul doute l'appropriation des axes de travail que la loi détermine. En effet, la loi pose le principe de la prévention individuelle et collective en permettant notamment aux retraités d'accéder à des dispositifs de prévention individualisés. Elle préconise le développement de l'organisation d'actions de prévention individuelles afin de repérer les fragilités, mais aussi collectives grâce à des activités physiques et des ateliers de prévention.

L'action contre l'isolement est aussi un axe de travail de cette loi avec le développement d'équipes citoyennes bénévoles dans le cadre de la mobilisation nationale de lutte contre l'isolement (MONALISA) grâce notamment au développement des échanges intergénérationnels.

Un focus sur MONALISA<sup>18</sup> permet de constater la latence de la demande concernant la perte de lien social des personnes âgées. Aujourd'hui 173 équipes existent sur le territoire. Elles sont composées de citoyens bénévoles qui s'associent pour agir ensemble contre la solitude et l'isolement social des personnes âgées dans leur quartier, ville ou village. Les actions menées par les équipes citoyennes sont variées : visites à domicile ou en EHPAD, activités ou rencontres collectives, projets portés par les personnes âgées elles-mêmes, liens intergénérationnels, transmissions de la mémoire, d'histoires de vie. Chaque équipe porte des projets différents.

Beaucoup d'associations déjà établies sont des acteurs majeurs de cette mobilisation. Les Petits frères des pauvres et la Croix rouge en font partie. Cela témoigne de l'importance du rôle de coordination souhaité par le législateur auprès des acteurs d'un secteur, pour que des initiatives puissent prendre corps à l'échelle du territoire.

La loi AVS prévoit de son côté 700 millions d'euros par an pour financer les différents supports d'actions qu'elle envisage. La ventilation des crédits sera très largement orientée vers l'augmentation de l'APA. Dans un cadre budgétaire contraint, le recours à des partenaires reconnus tout autant qu'à des initiatives personnelles et locales permet de s'emparer de projets novateurs.

Se pose la question de l'hétérogénéité des initiatives. Le canevas prévention/promotion est posé de façon très générale par la loi. Il convient d'ailleurs d'y ajouter l'aménagement urbain qui intègre le vieillissement de la population et le domicile pour devenir un atout de prévention pour les personnes âgées aux revenus modestes.

La principale difficulté de la coconstruction de ces prises en charge prévention /promotion à la santé des personnes âgées résulte de la volonté d'acteurs différents. Il ne s'agit pas de défendre un étatismes centralisateur dans le domaine mais peut être de recourir à une définition plus précise des dispositifs. Les citoyens se mobilisent eux-mêmes ou dans le cadre d'associations c'est donc qu'il y a un réel intérêt pour ces actions chez les personnes âgées.

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la question des personnes âgées a toujours été traitée par les pouvoirs publics tantôt sous l'angle curatif ; tantôt sous l'angle préventif ; tantôt les deux. La dernière loi relative au vieillissement privilégie les deux aspects en

---

<sup>18</sup> <http://www.monalisa-asso.fr>

faisant la synthèse des outils des 25 dernières années au rang desquels l'allocation personnalisée d'autonomie et le plan national bien vieillir. Elle fait écho en cela à l'appel de Pierre Laroque en 1962<sup>19</sup>, relatif au développement d'une politique globale intégrée à la société. Sans doute n'imaginait-il pas l'initiative citoyenne à l'époque, mais le législateur n'a cessé de marquer sa volonté de faire évoluer la prise en charge des conséquences de la vieillesse. Il demeure cependant des lacunes persistantes pour lesquelles une analyse, grâce à l'outil SWOT, permettra de disposer d'une représentation critique des acteurs, de leur positionnement et de leurs actions.

## **1.2 L'analyse fait ressortir un bilan nuancé de dispositifs hétérogènes**

Le bilan des dispositifs de prévention à la vieillesse existants présente des aspects positifs et négatifs. C'est grâce à l'outil SWOT que nous les avons identifiés. En effet, de nombreux acteurs ont déployé des outils et dispositifs efficaces afin de prévenir les conséquences négatives du vieillissement. Les Agences régionales de santé (ARS), les collectivités territoriales, les associations, les caisses de retraite et les mutuelles sont des acteurs majeurs. Les sociétés mutualistes occupent, elles aussi, une place centrale.

Notre étude permet de relever que les outils collectifs sont privilégiés et continueront de l'être dans les années à venir. Comme l'évoque M. Kretz, directeur chargé de l'action sociale à la CARSAT Bretagne, « *ces dispositifs ont une vocation beaucoup plus grand public et doivent s'adresser à tous* »<sup>20</sup>.

De multiples programmes nationaux existent en faveur des seniors. Il traite de thèmes de prévention devenus aujourd'hui majeurs: nutrition, sport, lien social, etc. Le PNBV dans sa prise en compte de ces domaines - est significatif de l'importance de ce mouvement.

Les thèmes de ce plan se retrouvent également dans des orientations plus spécifiques tels que le programme national nutrition santé lancé en janvier 2001, qui comporte un volet réservé aux personnes de plus de 55 ans afin de lutter contre la dénutrition. Cela se traduit sur le terrain par l'action des SSIAD qui lors de leurs interventions au domicile, vont

---

<sup>19</sup> Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut Comité consultatif de la population et de la famille. Pierre Laroque, 1962

<sup>20</sup> Annexe n°4

veiller à l'alimentation des personnes âgées en plus de leur action en matière de prévention des chutes<sup>21</sup>. De plus, le développement du "bien manger" est complété par une incitation à la pratique des activités physiques et sportives. Les associations œuvrent également dans ce domaine et préviennent la dégradation des liens sociaux. L'exemple local de l'association Observatoire et Pôle d'Animation des Retraités Rennais (OPAR), qui propose aux seniors des activités adaptées aux personnes âgées de 55 à 105 ans telles que la marche nordique ou encore la randonnée, en témoigne.

Parallèlement, la responsabilisation de la personne âgée est marquée aujourd'hui par l'attention qu'on lui demande de porter à sa santé individuelle et au développement de comportements favorables à sa santé. Or, tout ne peut reposer sur les personnes âgées, des facteurs sont indépendants des personnes elles-mêmes.

Ainsi, comme l'évoque Philippe Pitaud<sup>22</sup>, « *L'isolement et la solitude des personnes âgées peuvent avoir de graves conséquences en termes de santé publique, comme nous l'avons vu au cours de l'été 2003 en France* ». Ils sont générateurs de mal être psychique chez les seniors et peuvent déboucher sur des phénomènes dépressifs voire même des suicides. La lutte contre l'isolement est dans ce contexte un vecteur principal des actions nationales et locales<sup>23</sup>.

C'est ce que confirment notamment l'initiative Monalisa et le PNBV portés par le ministère de la santé. Les départements, les communes et les associations sont également à des niveaux des acteurs premier plan pour la mise en place de nouveaux dispositifs dans le cadre de leurs missions respectives.

Comme le souligne Madame Courteille<sup>24</sup>, le Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine a établi un cahier des charges à l'attention des acteurs locaux. Il retient 3 axes : le lien intergénérationnel, la lutte contre l'isolement et l'aide aux aidants. Ces thématiques sont volontairement vastes afin de permettre aux acteurs locaux de se les approprier et de les adapter à leurs territoires. Ainsi la parole des aînés peut-elle être mieux prise en considération par l'ajustement des dispositifs.

---

<sup>21</sup> Annexe n°9

<sup>22</sup> Pitaud Philippe, solitude et isolement des personnes âgées, "Pratique du champ social, 2007

<sup>23</sup> Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, rapport, ANESM mars 2014

<sup>24</sup> Vice-présidente du Conseil départemental 35

L'exemple des associations locales telles que l'OPAR ou le bistrot mémoire<sup>25</sup> nous montre que les activités sont adaptées à l'âge et aux envies des seniors car leurs souhaits sont recueillis par les animateurs et concernent des domaines très diversifiés : voyages, débats, fabrication de vitrail, chant, groupes de paroles hebdomadaires etc.

Le développement des liens intergénérationnels - ateliers lecture avec les écoles primaires, ateliers histoire - est également une clé de voûte de la lutte contre la rupture du lien social permettant aux séniors de transmettre leur vécu et leurs savoirs.

De plus, les pouvoirs publics s'attachent à promouvoir l'amélioration de l'environnement individuel et collectif. De nombreux efforts sont menés dans le domaine de l'habitat, tant par l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) au niveau national que par les CARSAT et les collectivités territoriales au niveau local.

Complémentairement, les aidants jouent un rôle majeur dans le maintien à domicile. Ils sont désormais reconnus par la loi d'ASV qui crée le statut d'aidant familial. Un droit au répit est créé et une aide de 500 euros par an permet de financer un hébergement temporaire ainsi que des mesures d'accompagnement pour les aidants salariés. Cette initiative est positive même si nous pouvons espérer une poursuite d'amélioration.

Des outils individuels existent également. Ainsi *"l'accompagnement des personnes âgées dans les tâches ménagères et administratives ainsi qu'un contact et une présence régulière permettent le maintien au domicile"*<sup>26</sup>.

Le réseau CARSAT a pour sa part créé un plan d'action personnalisé à domicile (PAP). Après dépôt de la demande, un évaluateur vient rencontrer la personne âgée à son domicile. A partir d'un diagnostic de situation, il propose un ensemble de services et de prestations adaptés. Ce plan prévoit une aide de 3000 € maximum selon une évaluation de ses ressources.. Ce montant peut apparaître insuffisant mais démontre la prise de conscience des besoins.

La grille FRAGIRE<sup>27</sup>, expérimentée en régions Franche-Comté, Bourgogne<sup>28</sup>, Rhône Alpes, PACA et Ile-de-France, est également un nouvel instrument en matière de

---

<sup>25</sup> Un bistrot mémoire est un lieu d'accueil et d'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ainsi que de leurs proches qui organise des séances où peuvent s'exprimer les personnes.

<sup>26</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F245>

prévention. Cette grille élaborée principalement par la Caisse Nationale Assurance Vieillesse (CNAV) à destination des professionnels, répertorie les risques de perte d'autonomie. Elle se veut complémentaire de la grille nationale AGGIR<sup>29</sup>. Elle comporte des dimensions innovantes comme la sexualité et la prévention du suicide.

La nécessité de mettre la personne âgée au cœur des dispositifs est posée, et ce dans toutes ses dimensions. L'accompagnement, individuel et coordonné, doit permettre aux acteurs intervenant au domicile des personnes âgées de développer des projets de vie attentifs aux besoins qu'elles expriment et d'harmoniser les modalités de prise en charge.

Au plan des outils financiers, la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, créée par la loi du 28 décembre 2015 vient définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Cela permettra ainsi d'avoir une prévention moins segmentée<sup>30</sup>. Aujourd'hui nous pourrions questionner après une mise en œuvre l'atteinte des objectifs de cette loi.

L'ensemble de ces éléments ne doit pas occulter l'utilisation des nouvelles technologies et les nouveaux usages des outils numériques qui permettront de servir pleinement les objectifs poursuivis.

Comparé avec l'exemple du Canada, le déploiement de la prévention en France est plutôt timide, l'accent étant mis davantage sur l'aspect curatif. Trop souvent la personne âgée bénéficie d'un soutien de la société – aides, services spécialisés – lorsque son état de santé est déjà dégradé et qu'elle a commencé à perdre son autonomie. Le développement de l'APA met en relief la difficulté des pouvoirs publics à s'engager sur la voie de la promotion et de la prévention.

Dès lors, les dispositifs de prévention qui tendent à retarder et minimiser les conséquences liées à la vieillesse - en particulier la dépendance - présentent certaines lacunes. Ils sont

---

<sup>27</sup> V. <http://www.gazette-sante-social.fr/12519/une-grille-devaluation-de-la-fragilite-des-personnes-agees-testee-en-bourgogne>

<sup>28</sup> Annexe n°8

<sup>29</sup> AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressource. Elle permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie

<sup>30</sup> Selon A-L Moser, directrice de l'autonomie ARS Bourgogne, la conférence des financeurs devrait favoriser des actions communes de l'ARS et du Conseil départemental. Voir annexe n°10

insuffisamment adaptés pour que leur effectivité soit garantie, et tendent à se concentrer sur la préservation de la santé - entendue de manière restrictive comme l'absence de maladies - par le biais des campagnes de dépistage essentiellement.

La prévention de l'isolement social, du manque d'estime de soi ou encore la question de la sexualité, sont des domaines pour lesquels beaucoup de choses restent à inventer. En effet, il n'existe pas de dispositifs destinés aux jeunes retraités pour leur permettre de maintenir une vie sociale, alors même que l'isolement peut précipiter l'apparition de la dépendance<sup>31</sup>. Par ailleurs, la construction progressive et empirique des dispositifs ne permet pas toujours aux personnes âgées de connaître les actions des différents acteurs. Elles peuvent se trouver démunies face aux démarches à accomplir pour en bénéficier. Ainsi, la personne isolée ne saura pas forcément comment accéder aux différentes aides ou participer à des ateliers de prévention par exemple. Cela a pour conséquence directe de mettre à l'écart les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées telles que les ouvriers.

C'est ce que souligne le directeur de l'action sociale de la CARSAT Bretagne, G. Kretz<sup>32</sup>, qui déplore la difficulté à laquelle se heurte la caisse, d'aller vers les populations les plus fragiles. A l'appui de notre propos, les entretiens que nous avons menés permettent également de constater que la parole n'est que rarement donnée aux personnes âgées, pourtant principales intéressées.

Ainsi, les représentations négatives de la société vis-à-vis de la vieillesse sont telles qu'elles ralentissent le mouvement en faveur de la libération de la parole des aînés. Madame M., personne âgée que nous avons rencontrée, avoue pâtir de ces représentations : *"Vous savez un fonctionnement s'est créé avec tout le monde et puis moi je suis le pion qui a des problèmes, qui pose problème"*<sup>33</sup>.

La conception des outils ne semble pas adaptée dans la mesure où elle est davantage centrée sur des données quantitatives que qualitatives. De plus, l'implication des associations par les pouvoirs publics au niveau national pourrait être renforcée.

Enfin, la contrainte financière vient traduire et expliquer pour partie les choix déterminés par les pouvoirs publics eux-mêmes corrélatifs des représentations sociales que nous avons déjà évoquées. L'absence de fonds suffisants constitue donc un réel carcan de mise en

---

<sup>31</sup> Rapport Monalisa, La documentation française, 12 juillet 2013, p.25

<sup>32</sup> Annexe n°4

<sup>33</sup> Annexe n°6

œuvre. Des acteurs de terrain comme G. Kretz nous ont indiqué que l'action sociale pouvait constituer une variable d'ajustement en période de contraintes budgétaires, dans la mesure où elle est extralégale et facultative.

## **2 Une politique de prévention ambitieuse nécessite de développer les bonnes pratiques repérées et d'inventer de nouveaux outils**

### **2.1 L'approche par les déterminants de santé révèle des insuffisances et exige des préconisations**

Notre étude nous a permis d'identifier les actions de prévention développées auprès des personnes âgées et leur entourage par les professionnels et les bénévoles (parfois très âgés) au travers des différentes politiques et des témoignages rapportés lors de nos entretiens.

Les différents plans, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, mettent l'accent sur la prévention qui doit permettre d'allonger la vie sans incapacité. Ces domaines de préventions ont principalement une approche physiologique bien qu'elles s'élargissent de plus en plus afin d'appréhender au maximum les différents déterminants de santé (biologique, comportementaux ; environnementaux et lié au système de santé)<sup>34</sup>.

Le premier axe consiste à prévenir le risque d'une trop grande sédentarité. La sédentarité provient du manque d'activité physique chez les seniors souvent dû à une modification du style de vie qui résulte d'un changement de statut social. Selon l'OMS<sup>35</sup>, la sédentarité favorise l'installation de maladies chroniques. En effet, elle est à l'origine de 30% des cardiopathies ischémiques, 27% des cas de diabète et de 21% à 25% des cancers du sein et du côlon. A cela s'ajoute l'augmentation des risques d'accidents cardio-vasculaires et

---

<sup>34</sup> L'épreuve de santé publique, coordination J. Raimondeau, Presse de l'EH [http://www.legislation.cnaf.fr/Pages/bareme.aspx?Nom=revalorisation\\_coefficient\\_revalorisation\\_retraite\\_barESP](http://www.legislation.cnaf.fr/Pages/bareme.aspx?Nom=revalorisation_coefficient_revalorisation_retraite_barESP), février 2016

<sup>35</sup> <http://www.radiancehumanis.com/conseils-sante/prevention-sante/sedentarite-seniors-attention-danger>

d'obésité. Le sport est une des solutions pour y faire face. En 2013, un rapport établi sous la présidence du Professeur Daniel Rivière a été remis aux ministres concernés<sup>36</sup>, preuve que la lutte contre la sédentarité fait partie des préoccupations de l'État.

Il découle logiquement de ce premier axe, la nécessité de favoriser les activités physiques chez les personnes âgées. Comme à tout âge, l'activité physique doit être liée avec une alimentation saine et équilibrée.

Ainsi, dans le domaine de la nutrition, les campagnes d'informations sont nombreuses pour indiquer les conditions d'une alimentation équilibrée et adaptée à l'âge. Il faut en permanence rappeler que l'équilibre alimentaire permet de retarder l'apparition de certaines pathologies et ainsi améliorer l'espérance de vie sans incapacité.

De même, la lutte contre la sédentarité et la prévention de la perte de l'autonomie passent par une prévention spécifique des chutes.

Déjà, en 2005, la Haute Autorité de santé (HAS) centralise ses recommandations auprès des professionnels de santé sur la prévention des chutes<sup>37</sup> afin de limiter leur nombre et leurs conséquences connues<sup>38</sup>. Cette prévention requiert l'intervention de professionnels de santé dans le domaine de la prévention primaire<sup>39</sup> : donner des conseils, des informations et évaluer chaque année le risque. Dans le domaine de la prévention secondaire, elle fait intervenir les mêmes professionnels pour animer des programmes d'exercices physiques, de rééducation ou pour suggérer des modifications environnementales permettant la vie au domicile en sécurité. De la même manière, l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES)<sup>40</sup> a produit de nombreux rapports sur la prévention des chutes chez la personne âgée avec un dépistage du risque et la proposition de prise en charge adaptée<sup>41</sup>.

---

<sup>36</sup> Rapport « *Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des personnes âgées* » commandé par le ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et par le ministre délégué aux personnes âgées et à l'autonomie, 2013.

<sup>37</sup> Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée en partenariat avec la HAS. 2005.

[www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf)

<sup>38</sup> Cf annexe n°16

<sup>39</sup> Annexe n°15

<sup>40</sup> [www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf)

<sup>41</sup> Annexe n°16

On peut donc faire le constat que la prévention des chutes est un sujet qui est connu et reconnu par les pouvoirs publics et que des solutions ont été apportées pour faire face à ce risque.

Au-delà de la prévention centrée sur l'individu et sur sa santé physique, la dimension psychique et mentale apparaît comme essentiel. Le maintien du lien social pour éviter l'isolement doit donc être un axe à part entière de la prévention en direction des personnes âgées.

Développé dans le PNBV, le maintien du lien social est préconisé au travers du sport orienté vers le maintien de la mobilité. Il passe aussi par la participation à la vie sociale proprement dite, la vie culturelle et artistique. C'est un moyen de promouvoir et favoriser les liens entre les générations.

A une échelle nationale et collective, les pouvoirs publics développent des « Plans » pour éviter les complications de l'état de santé

L'épisode de canicule lors de l'été 2003 a permis la mise en place de nombreux axes de prévention pour éviter la dégradation de l'état de santé des personnes âgées voire les décès. Le site « [risque.gouv.fr](http://risque.gouv.fr) » explique ce qu'est une canicule et les risques qui lui sont liés. Il y délivre les recommandations à suivre avant, pendant et après la canicule : hydratation, linge mouillé, nutrition, climatisation. L'INPES s'est également saisi de cette question et les ARS ont mis en place des « Plans canicule ».

Depuis 2000, le plan « campagne vaccinale » est recommandé à partir de l'âge de 65 ans (il était préconisé à partir de l'âge de 75 ans depuis 1975). Il est renouvelé chaque automne par le ministère de la santé afin de sensibiliser les personnes âgées, leur famille et les professionnels de santé à la vaccination.

En sus, les politiques publiques ont développé une prévention grâce aux dépistages réguliers et étendus à la population la plus large possible, notamment pour prévenir différents cancers.(cancer du sein et cancer du colon)<sup>42</sup>

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie considère que la prévention aura également une incidence économique dans la mesure où elle évitera certaines dépenses

---

<sup>42</sup> [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

notamment en réduisant les durées d'hospitalisation<sup>43</sup>. Il note que le PNBV, par exemple, reste perfectible. En effet, il a été conçu sans prendre en compte son évaluation sur le terrain (absence de tableaux de bords, manque d'indicateurs chiffrés). La coordination entre les différents plans reste insuffisante avec des actions menées de manière hétérogène. Les outils de prévention mobilisés par les organismes chargés de dispenser les mesures de prévention sont sensiblement différents. Le ministère, la CNAM organisent des campagnes d'information avec de spots, des flyers, des rencontres débat sur les thématiques en lien avec la maladie. Pour sa part, la Mutualité française via ses d'Unions régionales diffuse informations et conseils afin de déployer une politique innovante. Par exemple, la Mutualité française Bretagne a conçu un dispositif centré sur le théâtre pour aborder les thèmes de la vieillesse et susciter le débat<sup>44</sup>.

Les associations, au-delà des outils classiques, sont particulièrement sensibilisées à développer le lien social et pour cela engagent des actions en lien avec les arts et la culture<sup>45</sup>.

Pour autant, passer d'un vieillissement subi à un vieillissement réussi est un nouveau défi pour notre société. À cet effet, mettre des outils innovants à disposition des intéressés afin de modifier les représentations du vieillissement devient un levier fort. L'enjeu maintenant est de promouvoir l'autonomie, la longévité et la qualité de vie de la personne grâce à l'intégration des aînés. Il reste donc à inventer ou développer de nouvelles actions et de nouveaux outils.

Ces préconisations, qui développent de nouvelles approches de prévention, doivent être fondées sur la préservation de la qualité de vie associée à l'autonomie et à l'intégration sociale. La revue *Gérontologie et société* de la Fondation nationale de gérontologie (FNG) consacre, en 2008, un numéro spécial à la question de la prévention et de la promotion de la santé (Cassou, 2008)<sup>46</sup>. Puis, en 2013, c'est la revue *l'INPES* dans ses dossiers : la santé en action, qui consacre un numéro spécial « *Interventions de prévention et promotion de la santé : modèle écologique* ».

---

<sup>43</sup> HCAM, rapport, 2011

<sup>44</sup> Annexe n°3

<sup>45</sup> [www.oareil.org](http://www.oareil.org)

<sup>46</sup> AQUINO J.P., Juin 2008, le plan national « bien vieillir », *Gérontologie et société* n°125

La préparation à la retraite devient un axe majeur des caisses de retraite dans le domaine de la prévention<sup>47</sup>. Le départ à la retraite peut en effet créer un sentiment d'inutilité qui agit sur la santé psychique comme nous l'ont confirmé nos entretiens et les intéressés eux-mêmes : *"j'ai eu un petit coup de déprime après mon départ"* nous confie Madame Y.

Les stages de préparation, via des guides, des supports, des rencontres, aident les seniors à réfléchir au sens à donner à leur nouvelle vie et à se projeter dans leur retraite<sup>48</sup>.

Revaloriser l'image de vieillesse passe par un travail collectif intergénérationnel. Comme le déclare Pierre Le Coz, maître de conférence en philosophie à la faculté de médecine de Marseille : *« la vieillesse est l'occasion de redécouvrir cette vérité philosophique : l'homme existe à travers le regard de ses semblables. Il a besoin de prouver aux autres ce dont il est capable, de leur montrer sa valeur, de se sentir estimé d'eux »*. L'estime de soi se perd en vieillissant uniquement lorsque la considération des autres n'est plus présente. Le vieillissement physique et psychique, unanimement redouté dans une société où la recherche de critères de beauté jeunisme prime, renvoie le sort des personnes âgées à une dévalorisation d'elle-même.

La sexualité est un sujet timidement abordé lorsque l'on parle de la vieillesse. Ainsi, une étude américaine<sup>49</sup> a montré que 55% des femmes et 75% des hommes de plus de 70 ans présentent un intérêt - de modéré à fort - pour le sexe. La prévention de ce sujet s'oriente principalement vers un public jeune. De même, l'enquête ACSF<sup>50</sup> a pu estimer que 86% des hommes et 64% des femmes de 50 à 69 ans, ont eu au moins un rapport sexuel au cours du dernier mois. Pour les personnes vivant en couple, 78% des femmes et 90% des hommes ont déclaré avoir eu un rapport ou plus dans le dernier mois.

Aujourd'hui les séniors sont devenus des consommateurs de loisirs. La levée de certains tabous, accompagnant les progrès médicaux et sociaux, leur permet de vivre plus librement

---

<sup>47</sup> Un Séminaire de préparation à la retraite : produire de la Santé, B. Cassou et Hauret, *Gérontologie et société*, 2008/2 n°125 p.121-128

<sup>48</sup> Un Séminaire de préparation à la retraite : produire de la Santé, B. Cassou et Hauret, *Gérontologie et société*, 2008/2 n°125 p.121-128

<sup>49</sup> A study of sexuality and health among older adults in the United States, Lindau ST Schumm LP  
23 août 2007

<sup>50</sup> ACSF, questionnaire d'analyse des comportements sexuels en France, étude menée en 1992 par  
Alain GIAMI

leur sexualité. La recherche pluridisciplinaire menée par Marick Fèvre et Nicolas Riguidel illustre cette idée dans leur ouvrage *Les amours de vieillesse*<sup>51</sup>. Ils interrogent ce que notre société, notre culture et les époques ont fait de la vie affective et de la sexualité chez les plus âgés.

La non-adhésion des personnes âgées à certains dispositifs peut se concevoir du fait que ceux-ci sont pensés pour eux mais sans eux. Quand interroge-t-on les personnes sur leurs besoins réels ?

Rendre acteur la vieillesse dans le choix des actions de prévention, c'est avant tout l'intégrer dans le pouvoir de décision, par exemple au niveau des instances. Le psychosociologue, directeur de l'office aquitain de recherche, d'information et de liaison sur les personnes âgées, J.J Amyot considère ainsi que « *Ce qu'il faut changer, c'est le regard de notre société sur la vieillesse. Quelle représentation en avons-nous ? Elle est trop souvent péjorative* ». Pour faire évoluer ces représentations, il serait souhaitable que l'on en débattenne, que toutes ces nouvelles actions soient connues au niveau de toutes les tranches générationnelles et que les pouvoirs publics en fassent la promotion dès le plus jeune âge, dans les écoles, dans les entreprises et auprès de la médecine du travail.

Il apparaît alors que les exigences des personnes âgées comme celle de la société vont croître : « *le vieux de demain sera sans doute plus exigeant que celui d'aujourd'hui. Il va falloir faire preuve d'innovation pour satisfaire leurs besoins* ».

Ce besoin d'innovation appelle des actions nouvelles ou renouvelées. En tant qu'acteurs publics du monde de la santé, nous allons donc nous efforcer d'imaginer et de développer de telles actions.

## **2.2 Un projet innovant : isolement rompu, estomac repu**

De nombreux acteurs locaux ont mis en œuvre des actions innovantes pour prévenir les conséquences inévitables liées au vieillissement. Dans cette continuité, nous proposons aussi un projet avec différentes actions de prévention à destination des personnes âgées.

Ce projet contient une action élaborée à l'aide de l'outil GANTT et quatre autres actions imaginées à partir de nos échanges et de nos entretiens.

---

<sup>51</sup> Fèvre Marick et Riguidel Nicolas, *Amours de vieillesse*. Broche, 2014

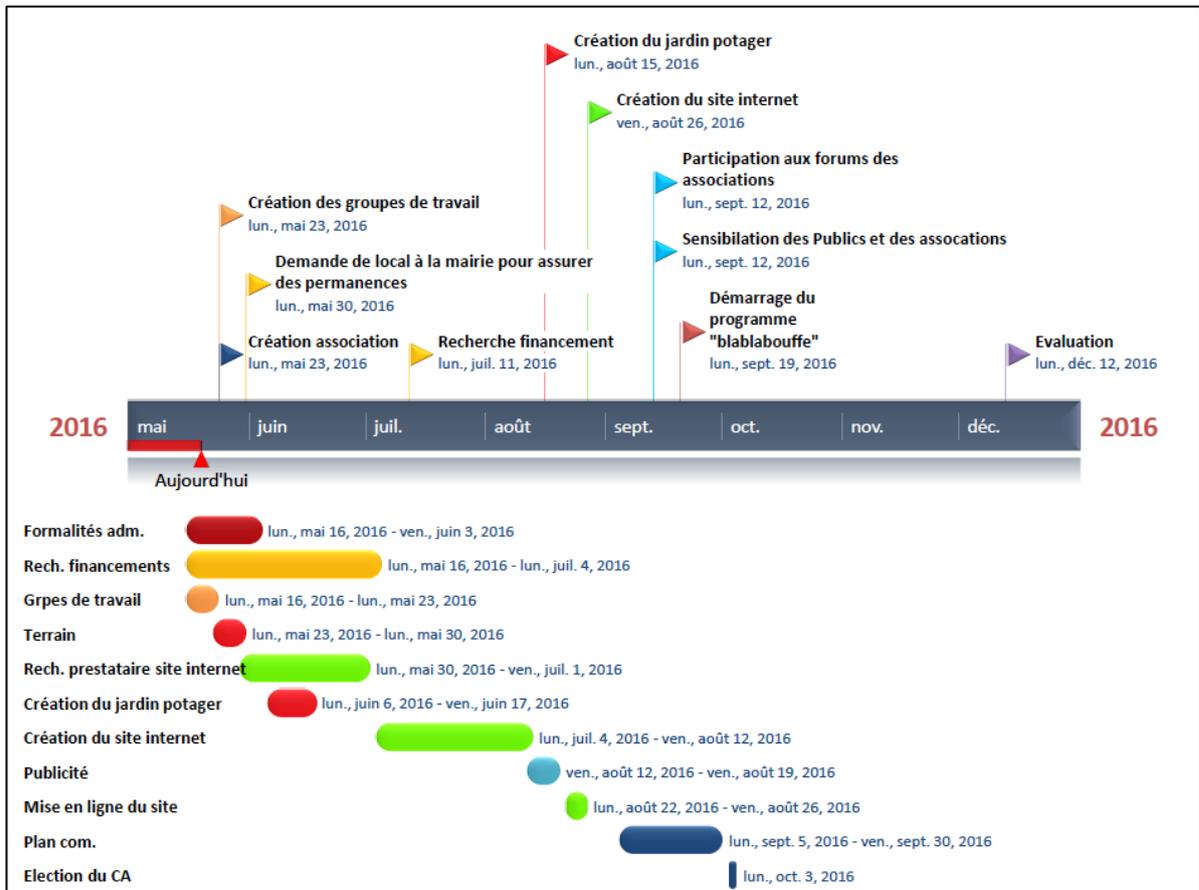
Dans chacun de ces projets la parole est donnée aux aînés pour qu'ils puissent être le moteur de toutes les actions envisagées. Ainsi nous proposons des activités adaptées à leurs attentes et à leurs besoins. En pratique, nous recueillons leurs attentes en allant directement à leur rencontre dans les lieux qu'ils fréquentent (marchés, associations,) et en accompagnant les professionnels qui interviennent au domicile.

Le projet principal est la création de l'association locale « Blablabouffe » Son objet social de l'association "Blablabouffe" est la lutte contre l'isolement des personnes âgées, le développement des liens intergénérationnels, la sensibilisation à la nutrition et le renforcement de l'estime de soi. À cet effet, les légumes et fruits produits dans le jardin pourraient servir à la confection des repas. L'association pourra mettre en place un système de navette pour aller chercher les aînés à leur domicile ou encore en EHPAD si aucune autre solution de locomotion n'est trouvée. Enfin, celle-ci pourra éventuellement faire une demande de prêt de salle à des collectivités pour permettre l'organisation de moments de convivialité autour d'un repas.

Le suivi du diagramme s'organise avec la visualisation rapide de la succession des tâches - mais aussi de leur état d'avancement permettant le réajustement du planning en temps réel. Il permettra de comparer la planification initiale avec la réalisation finale des actions. C'est un outil dynamique et interactif qui permet l'évaluation continue du projet.

L'interprétation du GANTT doit s'effectuer de la façon suivante :

- Les drapeaux sur le calendrier marquent la deadline de la tâche à accomplir :
- Les tâches à accomplir sont représentées dans le temps sous le calendrier :
- Les tâches de même couleur signifient qu'elles sont liées les unes aux autres. L'accomplissement des tâches d'une même couleur se succède l'une après l'autre.



Proposition de déroulement du projet :

Le projet démarre le 16 mai 2016 et doit être opérationnel pour le mois de septembre 2016 afin de débiter en même qu'une reprise calendaire post-vacance.

L'association sera constituée de bénévoles formant une équipe pluridisciplinaire représentative des acteurs locaux, de professionnels du secteur médico-social, des animateurs ainsi que des personnes âgées. Les premiers temps de la vie de l'association devront permettre l'élection du conseil d'administration dont les futurs adhérents pourront faire partie. Par la suite, l'association devra fixer le montant de la cotisation qui devra être variable selon les ressources de chacun.

La première phase consiste à créer une association. Pour se faire, il faut se rendre à la préfecture pour déposer les statuts de l'association selon la loi de 1901. Ensuite, elle devra soumettre son projet à plusieurs banques puis ouvrir un compte bancaire dans celle la plus compétitive. Pour finaliser sa constitution, elle devra élire son bureau (président, secrétaire et trésorier) et solliciter les collectivités territoriales afin de disposer gracieusement d'un local. La deuxième phase consiste à rechercher des financements. Nous nous sommes donnés deux mois pour envoyer les premiers dossiers de demande de financements. Les

principales cibles seront le Conseil départemental, l'ARS, la commune, les associations, les mutuelles et le mécénat.

Parallèlement à ces recherches de financement, nous mettrons en place des groupes de travail chargés de la mise en œuvre opérationnelle de « blablabouffe ».

Le phasage conduit ensuite à rechercher un terrain pour le jardin. Cette étape est incontournable pour permettre de passer à la tâche suivante qui consiste en la réalisation du jardin potager. L'association sollicitera la collectivité locale pour la mise à disposition d'une parcelle.

Durant l'été, l'association devra créer son site internet, le cas échéant avec l'assistance d'un prestataire extérieur.

La phase suivante consistera à développer un plan de communication visant à faire connaître l'initiative portée par l'association. Une participation à différents forums devra être envisagée. Une communication spécifique avec des associations spécialisées, des écoles, des EHPAD et des CCAS complètera le projet. Afin de n'oublier aucun public, l'association se rendra sur les marchés et sollicitera la presse locale – gratuite et payante – pour faire connaître son action.

La dernière phase s'attachera à définir un plan d'évaluation au moyen de divers instruments:

- Le diagramme de GANTT qui constitue un indicateur de processus ;
- Enquête de satisfaction, analyse de la fréquentation de l'atelier, tableau de bord, suivi des résultats (atteinte des objectifs).

La diversité des domaines évoqués lors de nos discussions nous a amenés à imaginer d'autres axes de travail.

La première de ces actions doit permettre de développer et d'individualiser les dispositifs de préparation des personnes au plus près de leur départ à la retraite. Les futurs retraités reçoivent chez eux une convocation à des sessions de préparation à la retraite. Ces sessions sont mises en œuvre par des associations, des mutuelles et par les caisses de retraite. Cette préparation a vocation à faire évoluer les représentations sociales sur le statut de retraité et délivrer des messages de prévention. En effet, différents thèmes sont abordés comme la santé bucco-dentaire, la prévention des chutes, la sexualité, la dépression, la nutrition ou encore l'adaptation du logement.

Ce dernier volet a tout particulièrement retenu notre attention. L'adaptation du logement doit faire l'objet d'une grande vigilance : de nombreuses personnes se rendant compte

tardivement que leur logement n'est plus adapté à leurs capacités. Ce défaut d'aménagement contraint les personnes à déménager, à s'isoler ou alors se blessent dans leur logement devenu inadapté. Par exemple, une absence d'ascenseur dans certains immeubles caractérise une de ces difficultés. Or, dans de nombreux cas, un aménagement comme une douche à l'italienne, une main courante ou une mise à niveau des sols, est possible pour permettre aux personnes âgées de conserver leur domicile.

Dans ce contexte, l'aménagement du logement des personnes âgées doit être repensé dès le départ à la retraite.

Nous avons imaginé la création d'une maison témoin sur le modèle de la « maison géante »<sup>52</sup> qui doit permettre une prise de conscience de l'intérêt de telles adaptations. Les visiteurs munis d'un simulateur de vieillesse pourraient ainsi appréhender les difficultés du quotidien rencontrées par une personne âgée.

De plus, nous proposons d'organiser un accompagnement des personnes âgées au sein des quartiers et villages. L'objectif de ce projet est de prévenir l'isolement social en intégrant la personne âgée à la vie de la cité. La police municipale pourrait être utilement sollicitée ainsi que les commerçants aptes à identifier physiquement les aînés et leur permettre de sortir dans les quartiers sans danger dans un environnement qu'ils se réapproprient. La mise en place de navettes à gestion communale permettrait de proposer à jours fixes dans la semaine des créneaux pour amener les personnes âgées faire leurs courses, participer à des activités ou à un événement. Ces transports se substituent aux transports en commun qui ne sont pas toujours adaptés aux personnes âgées et qui ne s'arrêtent pas systématiquement près du domicile de la personne. L'aîné peut réserver sa place en appelant la mairie qui se charge de relayer le nombre d'inscrits auprès du transporteur. Un listing est créé et comprend l'identité de la personne, son âge, son adresse. Au-delà de l'identification de la personne, cela permet de relever la fréquence des sollicitations et d'identifier, le cas échéant, les situations de fragilité. Nos échanges nous ont d'ailleurs permis de constater que ce type de dispositifs existe en Corse et dans les Landes. Une généralisation sur l'ensemble du territoire serait de nature à répondre aux besoins des personnes âgées.

Dans une perspective plus large, le choix du mode de vie, tout autant que la fin de vie, se prépare. La formalisation de souhaits anticipés sur les choix de vie doit permettre de

---

<sup>52</sup> <http://www.lamaisongeante.fr/>

maintenir l'autonomie, le respect de la personne et de laisser la possibilité d'être acteur de ses choix. Elle pourra servir de point de repère dans divers domaines : adaptation du logement, lien social, gestion de l'autonomie, préparation de la fin de vie dans le respect des choix déterminés et de la dignité. Cette déclaration peut s'envisager en amont de la perte d'autonomie, dès le cap de la retraite, virage important dans un cycle de vie.

## Conclusion

Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de retraités, rendent nécessaire une promotion de la santé et une prévention ciblées pour cette population qui soient toujours plus développées et en recherche permanente d'innovation. Mais comme souvent en France, l'accent a été longtemps mis sur une approche collective, curative et institutionnelle. Cette approche est nécessaire mais insuffisante car elle nécessite de développer une approche plus individuelle, plus préventive et au domicile des personnes âgées dans leur environnement qui influence les représentations de notre société sur la vieillesse.

Notre étude a montré que cette seconde approche est loin d'être inexistante. Au contraire, elle monte en puissance, tant dans les discours et les dispositions juridiques nationales que dans les initiatives de différents acteurs locaux. Cependant, les outils actuels souffrent de limites et laissent en angle mort des éléments essentiels de la santé globale des individus. Permettre aux individus qui le souhaitent de rester le plus longtemps possible à domicile passe par le développement d'actions qui appréhendent l'ensemble des déterminants de la santé.

Le projet que nous proposons cherche à agir sur plusieurs déterminants fondamentaux : une vie sociale active, une nutrition équilibrée et adaptée, une activité physique régulière au travers d'un outil original qui s'inscrit dans le quotidien de la vie des personnes. Ce projet prend en compte les préconisations transversales que nous avons retenues : implication à toutes les étapes des personnes âgées elles-mêmes, optique intergénérationnelle, création d'un réseau d'acteurs locaux.

Au terme de la réflexion, notre groupe ressent toujours cette difficulté à définir la catégorie vieillesse et le processus de vieillissement. A plusieurs reprises, nous nous sommes interrogés, aussi bien en tant que groupe de professionnels qu'en tant qu'individus, sur notre définition de la vieillesse et sur nos représentations. Si nos connaissances théoriques et concrètes se sont soit affinées soit élargies, nos discussions sont représentatives des éléments qui entrent dans la formation des représentations individuelles : références nombreuses à nos exemples familiaux (parents, grands-parents), projection de nous-mêmes dans l'avenir, mise en avant de nos caractères personnels. Pour autant, un élément de réflexion a largement évolué dans notre vision de cette population cible. Nous sommes

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2016

tous amenés à travailler dans des établissements au sein desquels les personnes âgées présentes ont souvent une santé dégradée et pour lesquelles la réponse de l'institution est largement curative voire palliative. Or, de par nos choix de départ - la prévention et le domicile – nous nous sommes concentrés et intéressés à une optique qui voit la personne âgée comme une personne capable de nombreuses activités et pour laquelle il faut créer l'environnement et les outils adéquats à son développement. S'entretenir avec des personnes retraités et analyser des outils qui les poussent à être actives induit inconsciemment une vision plus positive du vieillissement.

Nous avons désormais une meilleure vision et connaissance de ce qu'il est possible – et nécessaire - de faire envers et avec les personnes âgées (nutrition, activité physique, activités cognitives, sexualité). Il faudra que cela se retrouve dans notre futur positionnement de professionnels. De manière beaucoup plus pragmatique, notre travail de groupe a démontré une fois de plus qu'une ambiance positive, respectueuse, une confiance partagée et une communication régulière, permettent d'avancer rapidement, collectivement et donnent une coloration agréable à un travail qui demande beaucoup d'investissement. De même, le travail en inter-filiarité avec des personnes ayant des parcours et des compétences différentes, a permis à chacun d'entre nous de développer de nouvelles compétences ou de se familiariser avec de nouveaux outils.

A de nombreuses reprises, nous nous sommes retrouvés dans une salle commune pour travailler en parallèle. Cette présence physique nous a permis d'échanger régulièrement et rapidement aussi bien sur des éléments stratégiques que sur un ensemble de détails. En parallèle, nous avons investi les outils numériques pour partager nos dossiers, nos travaux, et nous avons su nous organiser pour permettre des temps de travail à distance, pour une grande part avec prise en compte des contraintes personnelles. Il nous semble que cet équilibre dans les modalités de travail permet de s'appuyer sur les différents atouts de chaque modalité : communication rapide, travail collectif partagé, travail individuel de fond, débats informels et non exclusivement professionnels. Ce module, même sur un temps relativement court, pourra nous servir dans le travail des équipes que nous serons amenés à intégrer et/ou diriger.

Depuis que vous avez commencé à lire ce rapport vous avez quelque peu vieilli. Mais, nous l'espérons, vos représentations de la vieillesse et des personnes âgées ont évolué, comme c'est le cas pour nous. Alors, d'une certaine façon, vous aurez un peu rajeuni.

Reconnaissez que c'est enchanteur, surtout au pays de la jeunesse !

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

- Févre Marick et Riguidel Nicolas, Amours de vieillesse. Broche, 2014.

### Articles

- Henrard Jean-Claude, « les multiples facettes du vieillissement », Questions de santé publique, n°2, septembre 2008.
- Bonnet Carole, Cambois Emmanuelle, Cases Chantal, Gaymu Joelle, « la dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? ». Population & Société, n° 483, novembre 2011.
- Viriot Durandal Jean-Philippe et Guthleben Guillaume, « le pouvoir d'être vieux », Gérontologie et société, 2002/3- n° 102, p 237-252.
- Forette Françoise, « les enjeux de la prévention », Gérontologie et société, 2012/5- HS n° 1, p 27-40.
- Cecchi-Tenerini Roland, « de la prévention à l'accompagnement de la personne vieillissante », Gérontologie et société, 2012/5- HS n° 1, p 229-240.
- Barthélémy Lucette, « l'approche écologique en action en France et au Québec », Gérontologie et société, 2012/5- HS n° 1, p 101-108.
- Toussaint Jean-François, « bien vieillir : à quelles conditions ? », Gérontologie et société, 2012/5- HS n° 1, p 41-53.
- Griner-Abraham Véronique, « in vino vieillissimo : au temps du plus jamais, dernier plaisir ou ultime tabou ? à propos des vieux addicts », Psychotropes, 2011/2- vol.17, p 39-53.
- Saint-Laurent Anne, « prévention globale, une originalité ou une habitude » Gérontologie et société, 2008/2 n° 125, p. 201-207.
- Treton Jacques, « arrêter le vieillissement ? », Gérontologie et société, 2008/2 n° 125, p 53-63.
- Corman Bruno *et al.*, « les programmes d'éducation à la santé semblent efficaces pour bien vieillir », Gérontologie et société, 2008/2 n° 125, p. 105 à 119.

- Cassou Bernard, « prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées ». *Gérontologie et société*, 2008/2 n° 125, p. 11-22.
- Dreyer Pascal, « limiter les conséquences de la vieillesse et de la dépendance », *Gérontologie et société*, 2008/2 n° 125, p. 167-184
- Ankri Joel, « prévention des maladies après 75 ans », *Gérontologie et société*, 2008/2 n° 125, p. 129-143.
- Cassou Bernard et Hauret Xavier, « un séminaire de préparation à la retraite pour produire de la santé », *Gérontologie et société*, 2008/2 n° 125, p. 121-128.
- Vieillir...et alors ? INPES, 2014
- Dechamp-Le Roux Catherine, « la prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social », *Gérontologie et société*, 2012/5- HS n° 1, p 81-91.

#### **Sites internet**

- Massé Raymond, « de la responsabilité paternaliste de l'Etat à la responsabilité individuelle : les enjeux éthiques de la santé publique ».  
[http://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/ant/fichiers/etat original.pdf](http://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/ant/fichiers/etat%20original.pdf)

---

## Liste des annexes

---

- Annexe n°1: Liste des personnes interviewées
- Annexe n°2: Extrait entretien Michel Billé
- Annexe n°3: Compte-rendu entretien Mme Coat-Leven- Mutualité française
- Annexe n°4: Compte-rendu entretien M. Kretz-CARSAT
- Annexe n°5: "Bistrot-mémoire" et Mme Bodier-OPAR
- Annexe n°6: Extrait de l'entretien avec Mme M
- Annexe n°7: Extrait de l'entretien avec Mme Y
- Annexe n°8: Compte-rendu entretien Mme Moesch-Pôle interrégional Gérotopôle Bourgogne
- Annexe n°9: Entretien infirmière SSIAD
- Annexe n°10: Entretien avec Mme Courteille
- Annexe n°11: Grille "FRAGIRE"
- Annexe n°12: Feuille activité OPAR mai 2016
- Annexe n°13: Évaluation du plan national Bien Vieillir
- Annexe n°14 : Taux d'hébergement pour personnes âgées et/ou dépendantes par âge
- Annexe n°15: Définitions
- Annexe n°16: Fiche de prévention des chutes

## **Annexe n°1: liste des personnes interviewées**

M Michel Billé-sociologue

Mme Sylvie Bodier-OPAR

Mme Anne-Laure Moser-Directrice de l'autonomie-ARS Franche-Comté-  
Bourgogne

Mme Isabelle Moesch- Chargée de mission-Pôle interrégional Gérontopôle  
Bourgogne

Mme M.-Personne âgée habitant à Rennes

Mme Y- Personne âgée habitant à Rennes

M Gilles Kretz-Directeur adjoint-CARSAT Rennes

Mme Aude Coat-Leven-Responsable activité promotion de la santé Morbihan-  
Mutualité Française

## **Annexe n°2 : Entretien avec Michel Billé**

**DR** : Mais excusez-moi si on pousse la logique et revenir au début de l'entretien. Vu qu'une personne a la capacité à changer son rapport au temps, une personne a 25 ans d'évolution de vie et de vision personnelle, on peut être jeune à 65 ans et on peut donc on pourrait considérer que le processus de vieillissement naturel qu'on a considéré au début et auquel on ne peut pas lutter, en fait n'existe pas et que le vieillissement n'existe pas. Ce qui remet en cause le départ de notre discussion qui consistait à dire que le vieillissement arrive inéluctablement.

**MB** : Je ne dirais pas ça : un rajeunissement. Mais un constant remaniement, j'ai déjà parlé du remaniement au temps, j'en ai déjà parlé mais du rapport au temps, du rapport au monde et du rapport aux autres et du rapport à soi même. Et ce remaniement n'est jamais fait une fois pour toute, il toujours à faire et à refaire. Et je trouve qu'à 10 ans, 20 ans, 30 ans, une personne n'a pas le même rapport au temps, pas le même rapport au monde, par le même rapport aux autres, pas le même rapport à soi même. D'accord ? Et bien je n'ai pas à 60 ans le même rapport au temps, aux autres que j'avais à 20 ans etc. Et ce que j'aurais à 70 ou à 80 si j'y arrive. Vous voyez il me semble très important de regarder ce remaniement/ces remaniements successifs. Vous trouverez chez certains auteurs le terme sénescence et avec une comparaison avec adolescence. Et l'adolescence c'est quoi ? Un remaniement de la vision du monde, du rapport aux autres et de l'image que nous avons aux autres. Donc allons-ci la sénescence serait une nouvelle période de ce remaniement. Il y a sans doute plusieurs processus de sénescence, on parle de la crise de la quarantaine, puis de la cinquantaine, puis la soixantaine, puis de la retraite puis du grand âge, tout. Ce serait des sénescences successives ou du moins un processus qui serait toujours à l'œuvre avec un remaniement continu. Je ne sais pas si je suis très précis dans ma réponse.

### **Annexe n°3**

#### **Mission de l'union régionale :**

Collaboration pour des actions de prévention dans les établissements et auprès du grand public.

#### **Composition :**

Au niveau de la fédération régionale, 18 salariés dont 13 travaillent sur la prévention

3 unions territoriales : Finistère-Morbihan, Ille et Vilaine, Cote d'Armor

#### **Priorités de santé publique régionale :**

- Maintien de l'autonomie
- Souffrance psychique et prévention des suicides

#### **Les supports pédagogiques utilisés :**

Les théâtres-débats sur la prévention. Titre « Vieillir, tout un art » ou « Juliette au pays des abus » ou « La 3<sup>ème</sup> vie de Jacqueline » (aide aux aidants des personnes en EHPAD et présentation des ressources locales). Il s'agit de passer des messages au cours d'échanges publics pluriprofessionnels.

Une commande est en cours auprès des scénaristes pour de nouvelles pièces de théâtre sur les thèmes de :

- Vieillesse
- Passage à la retraite
- Représentation sur les personnes âgées dans la société
- Les répercussions de l'arrêt de l'activité professionnelle

Les mutuelles participent à la conception des pièces et à leur réalisation afin de répondre aux préoccupations des adhérents.

**Partenaires :** les CLIC, les espaces autonomie senior.

Outils pédagogiques : Affiches, flyers à destination des mutuelles, médias locaux écrits, reportages télévisions locales, relai auprès des professionnels du territoire.

**Évaluation des actions :** Elle est en place par des questionnaires à remplir par les personnes âgées, cela permet de réajuster.

**En 2015 :** 18 pièces de théâtre ont été produites, avec 2 300 spectateurs.

Le principal problème qui mérite de l'attention aujourd'hui, c'est l'isolement des personnes âgées. Le problème du transport en milieu rural est crucial, c'est un obstacle au lien social.

#### **Annexe n°4 : Entretien CARSAT**

Transcription de l'entretien avec M. Kretz, directeur chargé de l'action sociale à la CARSAT Bretagne

##### **\* Présentation personnelle**

M. Kretz a souhaité commencer par une rapide présentation personnelle. Après une formation initiale en droit puis en droit social, il est devenu attaché territorial et a travaillé sur la mise en place de l'APA en 2002. Il a ensuite passé le concours de l'EN3S et a pris un poste à la CARSAT Bretagne, au sein de laquelle il dirige le département de l'action sociale.

##### **\* Loi AVS**

M. Kretz a de lui-même mis en avant cette loi et son importance. Preuve de l'intérêt que portent les professionnels à cette loi, M. Kretz possédait une version papier de ce texte sur son bureau.

Il a insisté sur le caractère novateur de la loi, notamment dans le discours qui ne fait du vieillissement non plus une question uniquement sanitaire ou médico-sociale, mais un processus naturel qu'il faut anticiper et accompagner. Le vieillissement, autrefois vu comme une fatalité et un poids mort, se réfléchit désormais comme une chance qu'il faut savoir utiliser (Silver economy, évolution de l'habitat). Grâce à cette loi, l'anticipation du vieillissement, et des problématiques qu'il engendre, n'est plus un angle mort des politiques publiques.

Il nous incite fortement à regarder l'annexe à l'article 2, sorte de super exposé des motifs, qui contient des indications sur ce que peuvent être la promotion et la prévention aujourd'hui. S'il reconnaît que cette annexe peut faire catalogue, il affirme qu'elle peut aussi être un bon guide et qu'elle développe ce que nombreux professionnels et institutions ont dans leur ADN.

Il rappelle que si l'APA est un outil majeur, il ne faut pas oublier qu'une minorité de personnes âgées en sont bénéficiaires à la fin de leur vie (il avance sans être sûr une fourchette de 10 – 15 %).

##### **\* Conférence des financeurs**

M. Kretz est membre de cette conférence des financeurs, qu'il juge être un outil très utile. En effet, elle permet aux différents acteurs d'avoir un lieu d'échanges et de débats pour discuter et harmoniser leurs pratiques et leurs outils.

Cependant, il admet que cette conférence n'en est encore qu'à ses balbutiements.

Denis : les conférences locales des financeurs doivent apparaître dans notre état des lieux. Elles doivent être prises en compte pour certaines de nos recommandations qui risquent d'impliquer les acteurs présents dans ces conférences.

\* CARSAT : données et philosophie

M. Kretz rappelle que la mission 1<sup>re</sup> d'une CARSAT est d'abord de liquider des prestations. Pour un territoire tel que la Bretagne, les sommes se situent autour de 4,5 Mds d'€ pour environ 600 000 bénéficiaires.

Ces ordres de grandeur doivent être mis en comparaison avec ceux de l'action sociale : un budget d'environ 20 millions d'€ et des dispositifs qui toucheraient environ 12 000 personnes pour la prévention individuelle et 8 000 personnes pour la prévention collective.

Il faut noter que le budget de l'action sociale est fortement contraint. Il correspond à une répartition entre les CARSAT d'un fonds national dont la clé dépend d'indicateurs quantitatifs (nombre de retraités, niveau de ressources, etc.). Ce fonds est défini par le conseil d'administration de la CNAV. Or, le montant de ce fonds national évolue négativement sur la période 2014 – 2017 en raison de la volonté gouvernementale de réduire les déficits publics et donc les déficits sociaux.

M. Kretz met en avant à plusieurs reprises que l'action sociale reste une politique publique extra-légale et facultative. Par conséquent, en cas de contraintes budgétaires — dont tout le monde connaît aujourd'hui la permanence — les financements liés à l'action sociale ont tendance à être réduits en premier.

Denis : ce hiatus entre le discours contenu dans la/les loi(s) et la question de l'enveloppe financière pourrait apparaître dans notre travail et/ou à l'oral.

Le développement de l'APA, à mettre en parallèle avec la réduction des financements pour des outils de promotion et prévention très large et plus en amont, pourrait symboliser cette difficulté des pouvoirs publics à s'engager réellement sur la voie de la promotion et de la prévention.

\* Détermination de la population cible

La CARSAT utilise principalement deux bases de données : sa propre base qui recense les bénéficiaires de prestations retraite, des données INSEE.

Chaque année, la CARSAT Bretagne, comme les autres CARSAT, réalise un baromètre des bénéficiaires de ses dispositifs d'action sociale. Ce baromètre repart des deux bases de données et utilise un sondage téléphonique.

Denis : nous avons récupéré le baromètre 2015, qui peut être un exemple du type de population touchée par des actions de promotion et de prévention.

Mais M. Kretz reconnaît la difficulté d'aller vers les populations les plus nécessiteuses. Cette volonté est consubstantielle de la philosophie de la CARSAT qui est de soutenir les personnes qui disposent le moins de ressources. Le souci est que l'action sociale se limite aux personnes qui en font la demande.

Le double objectif, toucher une population large et intégrer les personnes les plus en difficulté est loin d'être atteint. Les dispositifs comprennent une part minimale des personnes retraitées et rien n'indique que ce soit les retraités les plus fragiles.

Face à cette difficulté, la CARSAT a développé un Observatoire des fragilités dont la mission est de collecter et d'analyser des données sur les populations cibles.

Cette Observatoire croise des données de la CARSAT et de l'INSEE, auxquelles il ajoute des données fournies par les établissements sanitaires et par les médecins de ville. Avec l'ensemble de ces données, l'Observatoire crée un indicateur composite de fragilité. Cette cartographie est de plus en plus précise.

M. Kretz ajoute que l'avenir est d'aller vers cette population fragile. Mais, selon lui, l'élément fondamental pour ces personnes n'est pas la santé : « à 85 ans, la santé on s'en fout ». Ce qui compte d'après lui, « c'est de lutter contre l'isolement et de garder son équilibre social ». Cette lutte contre l'isolement doit se comprendre au sens large, et s'entendre avec les conséquences que cela implique. Par exemple, l'isolement induit des difficultés en termes de transport. En conclusion, la prévention de la santé est d'abord une prévention sociale.

\* Les acteurs et interlocuteurs privilégiés

La CARSAT Bretagne travaille d'abord et avant tout avec les autres caisses de retraite (MSA, RSI, CNRACL). Par exemple, les différentes caisses ont créé CAP Retraite Bretagne, une association qui les regroupe afin de lancer des appels à projets communs et d'harmoniser leurs pratiques d'action sociale.

La CARSAT travaille en étroite collaboration avec les caisses nationales auxquelles elle est rattachée (CNAV notamment, mais aussi CNAM-TS). De plus, le réseau des 16 CARSAT se rencontre régulièrement (réunions mensuelles) afin d'harmoniser les bonnes pratiques et de diffuser les thématiques décidées au niveau des caisses nationales/

Au niveau local, les acteurs et réseaux sur lesquels la CARSAT s'appuie pour mettre en œuvre ses dispositifs sont fondamentaux dans sa politique d'action sociale. M. Kertz souligne la difficulté de trouver ces acteurs, d'entretenir ces réseaux, de les soutenir.

La conférence des financeurs est un outil nouveau et utile pour permettre à certains des acteurs déjà cités, ainsi qu'à d'autres – et d'abord les collectivités territoriales – de se rencontrer et d'échanger.

Il note l'arrivée d'autres acteurs, avec l'appui dans certaines régions des CARSAT (il cite Poitou-Charentes), tels que les facteurs. Si leur rôle de lutte contre l'isolement social et l'information sur des situations de fragilité est intéressant, M. Kretz s'interroge sur la pertinence de l'acteur notamment du fait d'une absence de formation sur de telles thématiques.

#### \* Les dispositifs collectifs

La dimension collective des dispositifs lui paraît être l'axe qui est amené à largement se développer dans les années à venir. Ces dispositifs ont une vocation beaucoup plus grand public et doivent s'adresser à tous. Ils sont destinés à des personnes qui ne sont pas malades. On est dans l'anticipation de problèmes qui peuvent se révéler plus tard.

Pour ces dispositifs, le travail se fait entre les différentes caisses de retraite, souvent à partir de thématiques définies par l'INPES. Ces dispositifs consistent pour l'essentiel à des forums ou ateliers ouverts à tous retraités.

La question de l'habitat et de son évolution est un sujet fondamental pour le rester à domicile et l'autonomie. M. Kretz souligne avec une spécificité bretonne, qui est le très fort taux de propriétaires couplé à des soucis importants en termes de vétusté du bâti.

Il est donc nécessaire d'aider aux travaux, que ce soit pour améliorer l'ergonomie ou pour avancer sur les problématiques énergétiques. Pour ce type d'actions, le partenaire privilégié est l'ANAH, auquel il faut ajouter les collectivités territoriales.

#### \* Les dispositifs individuels

Le Plan d'aide individualisé (PAP). Il s'appuie sur la grille GIR et il est d'abord destiné au GIR 5/6.

C'est une aide qui se rapproche de ce que peut être l'APA à domicile. À partir d'une étude qui se fait à domicile, on peut organiser le portage de repas, des téléservices, une aide à domicile. La CARSAT estime que les besoins des personnes âgées ne sont pas essentiellement humains : aide psychologique (cf Finistère en cas de deuil ou veuvage, mais pour l'instant cela ne prend pas, car public dure au mal). Ce plan prévoit une aide de 3000 € maximum selon la grille de ressources.

Cependant, M. Kretz admet l'absence de mécanisme de reconnaissance entre la CARSAT et le Conseil département pour faire le lien entre PAP et APA.

#### \* Que peut-on améliorer ?

M. Kretz admet que si l'enveloppe financière qui est la sienne était en augmentation, il aurait largement de quoi l'utiliser, au vu des besoins sur le territoire. À l'inverse, les contraintes budgétaires obligent la CARSAT à pré-cibler de plus en plus les bénéficiaires de l'action sociale, en contradiction avec l'idée d'une prévention très grand public.

Les besoins les plus importants se situent au niveau de l'aide individuelle aux personnes (aides humaines, téléservice).

De même, s'il lui revenait de gérer l'APA, il estime qu'il faudrait en quadrupler ou quintupler l'enveloppe.

## **Annexe n°5: Entretien Bistro Café et OPAR**

Objectifs : L'objectif principal est de garder le lien social pour le bon vieillissement.

Le slogan de l'OPAR est "vivre passionnément sa retraite".

Organisation : L'OPAR propose de nombreuses activités pour les personnes âgées et retraitées. Les activités sont nombreuses pour que chacun puisse trouver une activité lui correspondant. En effet, les personnes sont âgées de 55 à 105 ans.

L'OPAR a un maillage sur toute la ville de Rennes. Chaque quartier a son pôle de quartier.

Le virage numérique :

Il est pris par les personnes âgées en particulier celles dont les enfants vivent loin (skype...). Il permet de rompre l'isolement. L'usage de la tablette est un réel allié pour lutter contre l'isolement ou pour retrouver des loisirs enseignement perdu car la tablette permet une visibilité plus agréable pour les personnes âgées du fait de la luminosité de l'écran.

Composition: l'OPAR est composé de 10 salariés et de nombreux bénévoles.

Prévention: L'OPAR fait intervenir de nombreux acteurs pour prévenir les risques liés à la vieillesse. Ils font intervenir par exemple Malakoff Méderic ou encore des intervenants pour faire de la prévention pour les chutes, la nutrition.

Afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées, l'OPAR propose des repas le 25 décembre et le 1er janvier. Il peut également intervenir à domicile pour accompagner certaines personnes (Anima'dom)

Financement

80% subventions mairie de Rennes

Activités multiples : culturelles, aide et conseil, accompagnement, sorties, loisirs, information, formation. Les PA sont très satisfaites de discuter avec des jeunes. L'utilisation des tablettes permet de découvrir ou redécouvrir des villes, de jouer au scrabble... Adhésion à FAMILÉO, réseau social destiné aux familles des séniors.

Les problématiques rencontrées par les PA :

Les déplacements en bus...

La solitude, l'isolement, le manque de lien social, l'inadaptation du logement qui favorise cet isolement. L'anonymat des personnes isolées.

Evaluation :

Environ 1500 inscrits

Les bénévoles sont de plus en plus jeunes (étudiants, stagiaires, personnes désireuses de mettre en pratique des notions abordées de façon théorique...)

**Annexe n°6: Extrait de l'entretien avec Mme M.**

\* Est ce que vous trouvez que la société prend en compte vos attentes?

\* Non.

\* Vous vous sentez délaissée par la société? Qu'elle ne vous prend pas en compte?

\* J'ai l'impression que ça dérange un peu. Vous savez un fonctionnement s'est créé avec tout le monde et puis moi je suis le pion qui a des problèmes, qui pose problème. Une routine se fait et moi je pose problème dans cette routine. Pourtant je suis pas quelqu'un de renfermée. Mais faut avouer aussi qu'être avec des personnes d'un certain âge c'est difficile, il faut que je m'adapte aussi.

\* Vous préférez être avec des plus jeunes?

\* Oui.

### **Annexe n°7: Extrait de l'entretien avec Mme Y**

\* Je suis à la retraite depuis 8 ans.

\* Vous l'avez préparé?

\* Non pas du tout.

\* Vous avez bien vécu votre départ à la retraite?

\* Les six premiers mois oui. Et puis après j'ai eu un petit coup de déprime après mon départ parce que j'avais plus le contact avec les gens, mes collègues de travail et tout. Ce n'est plus pareil, j'avais voir mes anciens collègues mais c'était différent. Mais c'était l'affaire de 3 ou 4 mois, après ça allait mieux. J'ai trouvé mes marques. Et puis j'avais mon mari à ce moment là.

\* Et comment vous occupez vos journées? Est ce que vous faites des activités pour continuer à voir du monde?

\* Je fais de la randonnée, j'ai tout un groupe, on marche mais un peu moins longtemps qu'avant, je fais du bénévolat dans une maison de retraite, je rend visite aux personnes âgées une fois par semaine. J'aide un petit groupe.

## **Annexe n°8: Compte-rendu entretien Mme Moesch-Pôle interrégional Gérontopôle Bourgogne**

Mme Moesch intervient à l'université française. Son rôle au sein de l'université est de favoriser le lien universitaire avec le gérontopôle pour impulser une dynamique dans le cadre de la prévention. Par exemple les dernières conférences avaient pour objet de sensibiliser les élèves aux personnes âgées isolées ; une conférence avait eu lieu sur les aidants et celle de cette année porte sur l'avenir des services à la personne.

La gouvernance du gérontopôle régionale est assurée par la mairie de Dijon et une déléguée de l'ARS.

Les missions du gérontopôle sont la prévention et sa mise en œuvre. La prévention intervient à plusieurs niveaux. Pour les personnes de plus de 55 ans il existe de la prévention sur des actions de formation pour prévenir la dépression ou encore les pertes de l'audition.

Les partenaires sont par exemple l'IRPES ou encore la mutualité française.

La CNAV fait de la prévention l'un de ses axes majeurs. Elle repère les risques de perte d'autonomie et les répertorie dans une grille. Cette grille comporte des dimensions innovantes comme la sexualité ou encore les suicides.

Cette grille permet d'évaluer les personnes qui sont en GIR 5-6. Pour procéder à cette évaluation, il faut être titulaire d'un diplôme qualifiant. Le gérontopôle travaille avec les industriels (la silver économie).

Cette grille est à destination des professionnels : les travailleurs sociaux des interrégimes. L'objectif est de procéder à un pré-repérage de la fragilité.

Cette grille « fragile » est :

- \* Interdisciplinaire
- \* La plus complète
- \* Avec l'avancée en âge les risques de dépression augmentent et elles sont mal diagnostiquées. L'objectif est de parvenir à la définition de l'OMS en termes de santé.

Le score obtenu est un outil d'observation.

La meilleure des préventions est la solidarité.

Si Mme Moesch avait toutes les cartes en mains pour mettre en œuvre une action de prévention, elle choisirait d'organiser un défilé de mode pour repérer les personnes fragiles. Autour de ce défilé serait abordé les thèmes de la nutrition et de la marche.

Pour sensibiliser les personnes âgées sur la vie affective il a été mis en œuvre une pièce de théâtre : « Délices aux pays des merveilles »

La prévention est l'un des nouveaux leviers des politiques publiques. Le problème est qu'on mise sur le temps long alors même qu'on doit conjuguer avec l'urgence.

Il est important de penser « le vieillir » et d'être conscient qu'il existe plusieurs « vieillir ».

La loi d'adaptation de la société au vieillissement est une loi d'orientation et de programmation. L'un de ses piliers est la prévention. L'objectif est que la société change le regard qu'elle porte sur les vieux. Ex : l'accompagnement aux soins palliatifs.

## **Annexe n°9 : SSIAD**

**Interviewé** → Coordinatrice de SSIAD – Marie-Ange Deconninck

Les dispositifs de prévention et de promotion à la vieillesse pour les PA à domicile ? Plans départementaux ou régionaux avec des plans (CD).

Participation à la prévention, car PEC mais déjà dépendance (mesures d'hygiène, prévention des risques de chute). Limiter dans ses mouvements, ou bien des pathologies cognitives. Des dispositifs dans les régions où ils travaillent déjà dessus (financements sur les ateliers mémoires, des choses proposées pour les PA à domicile).

Languedoc Roussillon : participation à certains ateliers avec des financements qui existent. Financement aussi de la journée de solidarité et SSIAD (CNSA).

L'AS a des actions de prévention notamment pendant la toilette. Au niveau de la prise de traitement et de la nutrition (danger sur les traitements qu'elles vont prendre, hydratation) : habilitation à avoir un regard et à faire de la prévention (prévention des escarres, chutes, nutrition, etc.).

Financement de sécurité sociale donc plus dans les soins. Au niveau social, au niveau de la vie = le CD qui va proposer des financements. Sur Perpignan, mise à disposition de véhicules qui vont chercher les PA à domicile. Tous les transports en commun ne sont pas forcément accessibles (bons de transport, etc.).

Des clubs séniors qui sont organisés dans les villes. La ville de Montasse (CCAS) : restaurant sénior. Ils viennent les chercher à domicile pour les amener, ou bien pour toutes autres consultations, courses. Le chauffeur va les ramener à la maison.

### ***Les accueils de jour***

Une association, ou adossés aux maisons de retraite. Pas toujours thérapeutique.

### ***Les partenaires***

Ils sont multiples. Le CD (avec eux les plans d'aide à domicile). Organisation de la maison pour que les interventions ne se chevauchent pas. Pouvoir passer les uns après les autres. Sur la ville : relai de l'information. Aussi nous pouvons alerter sur les situations difficiles (assistances sociales, médecins traitants, IDE libérales, hôpital, gériatrie).

### ***Est-ce pour vous, les actions de prévention répondent, à tous les besoins ?***

Rester à domicile le plus longtemps possible. Ils sont très isolés et ne sont pas forcément au courant. La prévention en amont n'existe pas vraiment ! Il faut la commencer bien tôt. Souvent prise de contact quand déjà trop tard. Pas d'actions suffisamment tôt et un isolement de la PA (repli sur soi).

Déséquilibres familiaux : les PA sont souvent toutes seules.

### ***Votre avis à propos de différentes thématiques : sexualité, estime de soi, etc.***

Je ne sais pas et ce n'est pas la priorité. Au niveau des discussions avec les personnes âgées non plus. L'estime de soi et le corps par contre c'est un sujet qui est très fréquent. L'approche doit être faite de façon très empathique, car ce n'est pas évident et c'est un moment difficile. Au contraire cela se passe bien, car c'est un moment agréable (bain de pieds, etc.). Au niveau de la sexualité, je ne sais pas. Je sais qu'il y a des ateliers de formation qui existent pour les professionnels. Chez les personnes, il n'y a pas vraiment..

### ***Avis des PA***

De plus en plus, car la population est vieillissante (allongement de la durée de vie). Il y a des deuils successifs qui se font. Il y a des problèmes économiques qui se greffent et donc des réductions budgétaires. Je ne sais pas si c'est une priorité !

### ***Des actions de prévention***

Du côté des caisses de retraite. La première aide qui arrive est celle par la caisse de retraite. Il y a celle du CD avec l'APA. Il y a des mutuelles. Ville par ville voir ce que les CCAS mettent en place. Ils mettent en place des choses avec les clubs séniors, etc.

### ***Il fait bien vieillir en France selon vous ?***

PEC de la vieillesse pathologique. 30 % des PA qui vieillissent mal. Vision réduite de la vieillesse qui est difficile.

***Des outils pédagogiques ?***

Des outils du ministère comme la prévention des chutes, sur la canicule. Un ergothérapeute qui fait des évaluations (équipe spé Alzheimer). Sinon dans les équipes de gériatrie qu'ils ont des outils. Distribution des plaquettes de prévention.

**Commission régionale du vieillissement :** c'est un observatoire dans le Languedoc Roussillon.

## **Annexe n°10 : Entretien Mme Courteille**

**EHESP** : Pour traiter notre sujet et connaître les actions menées par le département, nous sommes allées voir du côté du projet stratégique départemental mais nous ne sommes pas parvenues à le trouver...

**Vice-présidente du CD** : Le projet stratégique départemental est le document de l'exécutif sur les grandes orientations politiques, entre autre la question des solidarités et de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Le département est chef de file en termes de solidarité humaine (accompagnement des personnes, notamment les publics les plus fragiles) et solidarité de territoires (faire en sorte que sur le département on ait le plus d'équité possible en termes de traitement, donner des moyens aux territoires les plus pauvres pour offrir des services de qualité aux habitants). Le schéma départemental a été voté en janvier 2015, pour une durée de 5 ans. Le schéma départemental est en faveur de l'autonomie. On est de plus en plus sur du commun entre les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, d'où ce schéma qui est commun.

[...]

Moi je parle de perte d'autonomie parce que cela permet de mieux englober. Mais je suis complètement d'accord sur la question de la limite, on ne peut pas tout traiter à travers ça. D'ailleurs vous verrez dans le schéma qu'il y a vraiment des rubriques qui concernent les personnes âgées et des rubriques qui concernent les personnes en situation de handicap. Après sur les services, notamment en matière de maintien à domicile, on voit bien que les Services de Soins À Domicile (SSAD) et les Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile (SPASAD) qui vont se développer, on est sur les mêmes services qui traitent à la fois du handicap et des personnes âgées. Sur la loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui révolutionne la question de cette notion de vieillissement en disant que ce n'est plus aux personnes qui vieillissent de s'adapter mais c'est la société qui doit s'adapter à la question du vieillissement, et qui remplace vraiment la personne âgée en tant que personne. Je trouve que c'est quand même une belle avancée car jusqu'ici – enfin, cela s'est fait progressivement – on était encore sur des schémas où on pense pour les personnes âgées, on les place en maison de retraite et on décide pour elles. Là on part vraiment de la personne et on s'adapte à la personne pour lui offrir les meilleures conditions possibles pour gérer la perte d'autonomie, le processus de vieillissement d'une personne.

[...]

**EHESP** : S'agissant du maintien à domicile, quelles sont les actions menées par le CD ? Comment avez-vous pris en compte les avis des personnes ?

**Vice-présidente du CD**: Les dispositifs mis en œuvre pour les personnes qui restent à domicile c'est essentiellement les services d'aide à domicile, les services de soins et les services ménagers. Ce ne sont pas des dispositifs nouveaux. Ce que la loi a prévu ce sont des modifications en termes d'autorisation pour mettre en place les services. Les règles se sont assouplies. Par contre, ce qui est

un petit plus nouveau, c'est le développement des SPASAD (à la fois service d'aide à domicile et service de soins à domicile). Là on va développer ces services qui vont être communs, pour optimiser l'intervention chez les personnes. D'une part, éviter le saucissonnage parce que quand on avait un service de soins à domicile qui était différent du service d'aide à domicile, on pouvait avoir des interventions d'un quart d'heure, une demi-heure pour le levé le matin, le couché. Donc des plans d'aide qui sont complètement saucissonnés, avec des services qui n'ont pas le temps de travailler ensemble, donc la personne est prise en charge de manière discontinue. Là on est sur une amélioration : on part de la personne pour adapter son entourage. La loi ASV est plus sur l'aide à domicile en coordonnant les services, en augmentant les possibilités de prise en charge financière, pour les personnes les plus dépendantes, et en introduisant la notion d'aidants. Qui dit reconnaître l'aidant et venir le soutenir, c'est le maintenir à domicile. L'aidant c'est souvent celui qui permet de prolonger le maintien à domicile. Les personnes qui entrent le plus vite en établissement sont les personnes isolées. Une personne désorientée ou une personne qui est très dépendante physique, si elle n'a personne autour d'elle, au bout d'un moment on ne peut pas la maintenir, c'est trop coûteux. Le maintien à domicile c'est d'abord moins coûteux mais quand la personne devient très dépendante c'est plus coûteux que l'établissement.

**EHESP** : Comment intervenir en amont, c'est-à-dire avant que la personne ait besoin d'un aidant par exemple ?

**Vice-présidente du CD**: quand on parle de service d'aide à domicile tout le monde sait ce que c'est, on a entendu parler de l'ADMR, des différentes fédérations, toutes les grandes têtes de réseau, le service des CCAS, tout cela est connu. Ce qui est moins repéré, ce sont les actions collectives menées par les associations voire par les collectivités et qui sont soutenues par le département. Nous on a un cahier des charges avec une possibilité sur les territoires. Les agences départementales gèrent les dossiers de demande de subvention pour les actions collectives. On a un volet personnes âgées avec actions intergénérationnelles, aide aux aidants et lutte contre l'isolement. Sur ces actions là, on est vraiment sur la prévention dite primaire puisqu'on est en amont. On s'est bien rendu compte que les personnes qui sont isolées, qui sont moins bien insérées, ce sont celles qui ont une perte d'autonomie qui est plus rapide et qui vont avoir plus le réflexe de s'inscrire pour entrer en établissement puisqu'elles ont peur. Il y a des personnes qui souffrent d'isolement social et qui se rattachent à l'idée d'entrer dans une structure alors que s'il y avait plus de réseau autour d'elles, elles ne seraient pas dans cette perspective là. Donc il y a des choses en amont. Ce qu'a prévu la loi c'est la fameuse conférence des financeurs. C'est la possibilité de rassembler sous la gouvernance du département, qui la préside, l'ensemble des partenaires qui sont financeurs des actions autour de la perte d'autonomie. Le CD d'Ille et Vilaine était préfigurateur. Il a cette instance, qui regroupe toutes les caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les CCAS... les

organismes qui financent les actions pour prévenir la perte d'autonomie. Du coup, on coordonne, on échange sur ce qui est mise en place, et en plus on dispose d'un fond de la CNSA pour un certain nombre d'actions nouvelles qui sont validées au sein de la conférence des financeurs. Ce sont des dispositifs en amont de la perte d'autonomie pour mettre en place des actions autour de la lutte contre l'isolement, l'adaptation du logement, la prévention des chutes. En Ille et Vilaine, on est en phase de diagnostic pour le moment.

**EHESP** : Est-ce que les actions qui sont menées sont visibles ? Est-ce que la personne âgée sait ce qui est mis en place autour d'elle pour prévenir la perte d'autonomie ? Est-ce que cela ralentit l'efficacité des dispositifs ?

**Vice-présidente du CD** : Dans l'action sociale en général on a toujours des problèmes avec la visibilité, la lisibilité des actions ; cela reste compliqué. Ce qu'il faut c'est un réseau suffisamment efficace puisque là on est sur des têtes de pont en quelque sorte et après il faut essaimer sur l'ensemble du territoire départemental. On a des relais locaux : les CLIC. Ce sont les relais pour nous avec lesquels on travaille systématiquement pour présenter nos politiques, les dispositifs qui existent, pour que l'information des CLIC aillent jusqu'aux collectivités locales et puis aux usagers. Après il y a les CCAS, les élus locaux (communes plus rurales où on est sur des personnes isolées plus géographiquement). C'est vrai que plus l'on est sur un réseau qui est efficace, plus on a un tissu qui rayonne sur le territoire, plus on sera efficace. Cela demeure toujours insuffisant. Sur mon territoire (canton de Montfort), je suis en train de mettre en place avec le CLIC une conférence de l'autonomie sur des thématiques, donc la loi ASV, les dispositifs MAIA pour que l'on ait du lien. C'est pour donner de l'information mais aussi pour que le réseau s'active. Donc là sur le même territoire je réunis tous les représentants de CCAS, tous les représentants des clubs du troisième âge, et les partenaires locaux associatifs qui sont concernés par l'aide à domicile.

**EHESP** : Le fait d'inviter les clubs du troisième âge, c'est les inviter à prendre part à la discussion et à exprimer leur point de vue... ?

**Vice-présidente du CD** : Bien sûr. Et puis eux à entendre les informations qu'on peut donner pour savoir les dispositifs qui existent, pour être relais eux-mêmes. Puisqu'on a un dispositif MONALISA aussi, qui est aussi en cours sur le département. Mais voilà, tout cela reste des dispositifs qui ne vont pas forcément jusqu'à la personne qui est vraiment isolée, comme on en a besoin. Je pense qu'on a un partenariat de qualité au niveau du département, que ces réseaux là on les connaît. On est en lien assez proche avec tous les partenaires de l'aide à domicile, des CCAS pour que l'information passe, mais avec ses limites.

**EHESP** : Comment définissez-vous les thématiques de prévention, par exemple en choisissant de se concentrer plutôt sur l'isolement social que sur les risques de chute par exemple ?

**Vice-présidente du CD** : Je vous l'ai décliné à travers le cahier des charges des actions avec ses trois portes d'entrée : la lutte contre l'isolement, l'aide aux aidants et puis intergénérationnel. Ce sont les trois thématiques. Après il faut laisser aussi une part de créativité et d'appropriation aux territoires puisque de toute façon ce n'est pas le département qui va aller plaquer les actions sur tous les territoires, c'est aussi aux acteurs du territoire de s'approprier les choses. Et eux ils prennent une porte d'entrée : par exemple le tricot car les mamies tricotent et le tricot en commun où on va aller habiller le mobilier urbain. C'est un support, cela travaille l'estime de soi, c'est la lutte contre l'isolement, et si en plus vous avez le centre de loisirs qui vient avec les personnes tricoter, ça fait de l'intergénérationnel. Donc on n'est pas obligé de cibler. On a un champ et après les porteurs de projet se l'approprient. Car si on mâche tout, on leur dit vous allez faire ça, quel va être l'intérêt de porter un projet ? Il faut qu'il y ait une initiative locale, il faut que ce soit approprié, adapté aux territoires et aux acteurs. Alors je ne dis pas qu'on ne s'inspire pas de ce qui est fait car le cahier des charges s'adapte aussi à ce qui est fait sur le territoire. C'est un va-et-vient perpétuel. On voit ce qui se fait sur les territoires. C'est pour cela que je dis toujours aux acteurs si vous avez des idées, envoyez-nous les car nous on peut écrire le cahier des charges. Pour l'habitat adapté, tout ce qui se développe en ce moment notamment.

**EHESP** : Avez-vous des exemples concrets de mesures que vous proposez dans le cahier des charges, pour la lutte contre l'isolement par exemple ?

**Vice-présidente du CD** : Quand je dis les thématiques, on ne donne pas d'exemple. On a un cahier des charges. On essaie de faire en sorte que les territoires puissent entrer dans les dispositifs qui sont existants. Notre idée ce n'est pas de restreindre les initiatives. On a envie qu'il y ait un maximum de territoires qui puissent émerger. On a même ajouté participation à la vie citoyenne car c'était dans le cadre de la loi ASV, et actions intergénérationnelles. (*Mme Courteille parcourt à voix haute le cahier des charges*). Donc on décline un petit peu, par exemple pour la lutte contre l'isolement social, les actions qui seront retenues devront favoriser le repérage de la personne âgée, la création et le maintien du lien, l'accompagnement à l'intégration à la vie sociale locale, l'articulation entre les réseaux associatifs bénévoles sur le principe de la démarche MONALISA. On est sur des termes relativement génériques, on a juste un petit guidage. Mais on ne va pas mettre des exemples car on ne veut pas que ce soit trop restrictif pour les porteurs de projet.

[...]

**EHESP** : Ces maisons tendent à permettre de maintenir l'autonomie de la personne...

**Vice-présidente du CD :** Tout à fait. On est sur un principe de logements autonomes puisque les personnes sont locataires ou propriétaires de leur propre logement ; des logements qui sont adaptés à la perte d'autonomie donc qui sont d'emblée conçus pour une personne qui peut à un moment donné être en situation de handicap. On est sur des logements regroupés donc on lutte directement contre l'isolement. Et puis surtout, sur ce concept là, on a un lieu commun avec un temps d'animation, donc un accompagnement des personnes. Ce qui peut à la fois être intéressant pour éviter d'aller vers des structures EHPAD pour des personnes qui souffrent d'isolement mais qui ont une relative autonomie ou qui ont une capacité à vivre dans un logement propre avec un environnement à côté ; ça peut être aussi un intermédiaire pour les personnes qui ensuite vont en EHPAD. Puisqu'il y a une semi-collectivité qui fait qu'on s'habitue progressivement, pour des générations qui n'ont pas forcément vécu la collectivité à s'adapter à quelque chose comme ça. Donc les animatrices ont ce rôle là. Le département intervient lorsque ces dispositifs intermédiaires, ces logements adaptés se font dans le cadre de réponse à appel à projet. On lance des appels à projet, sur un volume d'équipements à créer et pour pouvoir prétendre élarger à des aides au fonctionnement puisque l'inscription du département c'est une aide au fonctionnement participant à hauteur de 50% du coût de l'animation. Il y a une convention et cela se fait dans le cadre d'une réponse à appel à projet. Ce qui nous permet ensuite de faire en sorte qu'il y ait ces logements adaptés, ces dispositifs répartis sur l'ensemble du territoire départemental.

**EHESP :** C'est vrai que c'est important en termes de maintien de l'autonomie mais également pour faire partie intégrante de la vie de la société. On a peut-être parfois tendance à isoler les personnes vulnérables. Qu'en pensez-vous ?

**Vice-présidente du CD :** Je crois qu'on n'est plus beaucoup là-dedans. En tout cas moi les réalisations récentes que j'ai vues, on est principalement sur des cœurs de ville, sur des intégrations. Et puis moi je l'ai vu là aussi lors de l'inauguration d'une extension d'un établissement pour personnes en situation de handicap, une chef d'établissement scolaire d'à côté disant que c'est intéressant pour les élèves puisque quand ils sortent de l'établissement, il y a du contact avec les résidents. Donc sur ces logements regroupés on est bien sur une logique de logements individuels c'est-à-dire que les personnes qui sont dans ces logements là, elles ont l'APA à domicile et elles font appel à des services extérieurs qui interviennent.

## La grille FRAGIRE

Un outil de détection et d'évaluation des fragilités des personnes âgées en GIR 5 et 6

Pour prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées non dépendantes, le préalable nécessaire est l'identification et la mesure des facteurs de risque.

Forts de ce constat, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI), ont décidé, dans le cadre de leur politique de prévention, de se doter d'un outil ad hoc permettant de mesurer la fragilité.

La grille FRAGIRE vient compléter les outils existants, et vise à détecter, parmi les retraités non dépendants (classés en GIR 5 et 6) faisant appel à l'action sociale vieillesse des caisses de l'interrégime, les personnes en situations à risque et d'identifier leur niveau de fragilité.

La grille AGGIR reste le support qui permet de définir le GIR et d'orienter vers le type de prise en charge adaptée.

### Méthodologie d'élaboration de la grille

Le Pôle de Gérontologie Interrégional (PGI) en charge de ce projet, a réuni un comité d'experts\* composé de cliniciens, de chercheurs, d'universitaires et de professionnels de l'action sanitaire & sociale. Ils ont élaboré ensemble une pré-grille composée de 60 items relevant de 10 dimensions clés (psychique, cognitive, environnementale, ...) et l'ont testée auprès d'un panel d'environ 400 retraités.

L'analyse statistique des résultats et l'avis du comité d'experts, ont permis d'aboutir à une grille reposant sur les 18 items et les 3 tests les plus pertinents.

#### La grille FRAGIRE en quelques mots

- Approche synthétique de la fragilité
- Testée et validée scientifiquement
- Administrable à domicile sans compétences médicales
- Simple d'utilisation et rapide (15 à 20 minutes)

### Objectifs :

- Attribuer un score qui permettra de situer le niveau de fragilité
- Détecter des situations à risques de manière à permettre une orientation vers des prises en charge spécialisées
- Homogénéiser les pratiques

**Finalité :** Prendre en charge spécifiquement les personnes les plus fragilisées afin de prévenir la perte d'autonomie



Ensemble, les caisses de retraite s'engagent avec



## Caractéristiques de la grille FRAGIRE

La grille FRAGIRE s'appuie sur le ressenti et la prise en compte de l'environnement de la personne

1 volet administratif

3 tests : Score de Mémoire avec Indigage (SMI), Set test d'Isaac (STI) et Vitesse de marche

1 question à l'évaluateur : sa perception de l'état de santé global de la personne évaluée



17 questions pour appréhender les thématiques suivantes : l'état de santé et ressenti physiologique, la dépression, le plaisir, les idées suicidaires, l'environnement social et culturel, la situation d'aïdant, la sexualité et le suivi bucco-dentaire, la motricité...

Le calcul du score de fragilité s'effectue automatiquement



### \* Les experts

#### Les cliniciens

Pr. Franck Bonnetain  
PU-PH Epidémiologie  
Responsable Unité de Méthodologie  
et de Qualité de Vie en Cancérologie  
CHRU Besançon

Pr. Patrick Mandoundia  
PU-PH Responsable de Service Médecine  
Interne Gériatrie  
CHU Dijon

Pr. Pierre Vandet  
PU-PH Service Psychiatrie de l'Adulte  
CHRU Besançon

#### Les chercheurs et universitaires

Mme Magalie Bonnet  
Maître de conférences en Psychologie  
clinique  
Université de Franche-Comté

Mme Michèle Dion  
Professeur de Démographie  
Université de Bourgogne

M. Dawl Vernerey  
Epidémiologiste/Statisticien  
Unité de Méthodologie  
et de Qualité de Vie en Cancérologie  
CHRU Besançon

#### Les professionnels de l'action sanitaire & sociale

M. Benjamin Leroux  
Responsable Opérationnel  
GIE IMPA

Dr. Didier Menu  
Médecin conseil  
MSA Bourgogne



Le label "Pour bien-vieillir" permet d'identifier les actions de prévention proposées par les caisses de retraite et leurs partenaires.

● [www.pole-gerontologie.fr](http://www.pole-gerontologie.fr)



© Nestor - Fotoféa.com

## La Passerelle OPAR Information

Mai 2016 n°411

Carte sortir acceptée pour toutes nos activités!



Observatoire et pôle d'animation des Retraités rennais  
62 rue de Dinan  
35000 Rennes  
Tél 02 99 54 22 23  
Fax 02 23 46 77 70  
accueil@opar@orange.fr  
www.opar.fr

Horaires d'ouverture de l'accueil de l'OPAR  
Le lundi de 10h à 12h30  
Et de 13h30 à 16h30  
Du mardi au jeudi  
9h30 à 12h30 et de  
13h30 à 16h30  
Le vendredi de 9h30 à 12h30

Accès bus et métro N°12 : Auberge de Jeunesse ou St Malo-Sq de la Rance  
N°31 : Dinan-St Malo ou Legravend-Chézy Métro Ste Anne ou Anatole France

Association Loi 1901 Agréée Association Sportive Agréée Association d'Education Populaire Agréée carte Sortir Agréée ANCV



### Dimanche Tout Tannou

**Dimanche 22 mai à 12h**  
**Journée brésilienne**  
Repas aux couleurs du Brésil, danses brésiéliennes et documentaire sur le Brésil suivi d'un débat avec le réalisateur.  
Inscription avant le 9 mai. Tarif : 23 €.

### Neurones en fête

**Mardi 3 mai** de 9h30 à 11h30 à la Maison des Associations, 6 cours des allés, 2 séries de 30 questions pour tester ses connaissances dans la convivialité. Essai possible.

### Dictée de l'OPAR

**Mardi 17 mai** à 10h à l'OPAR. Tarif : 1.50€.

### Ateliers huiles essentielles

**Mercredi 18 mai à 14h30**. Thème : équilibre au féminin. Tarif : 11 euros.

### Formation des bénévoles

**Jeudi 19 mai** : de 9h à 17h, formation voix et chant avec Estelle Leroy.  
**Lundi 30 mai** : formation « l'engagement bénévole » de 9h30 à 16h30 animée par Catherine Gadyby Massart. Renseignements et inscription auprès de Sylvie.

### Stages multimédia

Stage sur ordinateur portable, smartphone et tablette, par niveau. Prêt possible. Informations et inscription à l'OPAR.

### Atelier bijoux

**Mercredi 11 mai de 14h à 16h**. Tarif : 12 euros par atelier, à régler à l'inscription.

### Châteaux de la Loire

Séjour ANCV du **20 au 24 juin 2016** au village vacances « la Saulaie » à Chédigny. Visites prévues : Ambroise, Loches, jardins de Villandry... Tarif : 472€, avec aide ANCV : 322€. Infos et inscription à l'OPAR.

### Balades d'été

Avec ces jolis rayons de soleil nous avons le plaisir de vous mettre l'eau à la bouche pour les 8 balades d'été qui nous permettront de voyager dans les quatre départements bretons et en Loire atlantique. Pour en savoir plus, vous devrez patienter jusqu'au 17 mai.

### Sorties TER

• **Jeudi 19 mai** : visite du château de Combourg. Tarif : 26€.  
• **Jeudi 16 juin** : Lorient. Visite du sous-marin Iroë s-645 et de la cité de la voile. Infos et inscription à l'accueil de l'OPAR.

### Cuisine au masculin

Le mercredi de 10h à 14h au centre de prévention AGIRC-ARRCO, 5 rue L. Kerautret Botmel. Conseils et astuces sont au programme. Tarif : 48 euros les 6 séances, places limitées.

### Fête d'été de l'OPAR

Le 8 juin à l'OPAR  
**Cochon grillé**,  
inscription avant le 31 mai.  
Animations gratuites l'après-midi

### Code de la route

Le **vendredi 27 mai** de 14h30 à 16h30 à l'OPAR. L'association « Auto Solidaire » vous propose une remise à niveau avec une séance de 30 questions suivie de corrections commentées par l'animateur. Tarif : 5 euros. Inscription à l'OPAR.

### Atelier cuisine Bio et Santé

**Mardi 24 mai** de 10h à 14h à l'OPAR. Tarif : 8€. Découverte possible.

### Musicothérapie

10 séances en individuel et en petit groupe. Véronique Regnaud vous accompagne dans votre deuil en vous proposant un espace pour exprimer vos émotions et avancer. Tout cela à travers la musicothérapie, les Lundis. Informations et inscription à l'accueil.

### Café des bénévoles

**Vendredi 27 mai** à partir de 10h. C'est l'occasion d'échanger entre bénévoles mais aussi de se questionner autour du bénévolat et surtout de partager un moment convivial.

### Exposition à l'OPAR

Pour ce mois-ci : « Parcours de l'attieke : l'art et le manioc ! », par Christian Estevez. Un atelier cuisine sera organisé pour découvrir ce qu'est le manioc.

### Bien-être et mobilité

En partenariat avec la TER Bretagne et Harmonie Mutuelle. Le **jeudi 26 mai** à St Malo. Ateliers de prévention, rando et visites sont prévues. Programme disponible à l'accueil de l'OPAR. Inscription à l'OPAR avant le 9 mai. Tarif : 25€.

### Domitys

Offre spéciale réservée aux adhérents de l'OPAR : -20% sur les séjours temporaires à la résidence Domitys de Rennes pour tout séjour entre le 15/06 et le 30/09. Contact : Anne-Sophie ou Sandrine au 02 99 45 96 00.

### Réunions

**Commission responsables de club** : mercredi 11 mai à 9h.  
**Commission pôle ressources** : vendredi 13 mai à 9h30.  
**Commission communication** : vendredi 20 mai.

### Rendez-vous des sportifs en mai

**Rando pédestre et promenade**  
**Mardi 3** : Rando et pique-nique à Langan. Circuit du Guesdin (10km) RDV 12h10 au métro Villejean-U. (bus 82) ou église de Langan à 12h45.  
**Mardi 17** : sortie à la journée à Hédé pique-nique à la Magdeleine et promenade. Circuit des 11 écluses. RDV Gare routière à 10h45 (bus 8 A) ou église d'Hédé à 11h45.  
**Jeudi 26** : sortie TER à St Malo. (voir bien-être et mobilité)  
**Mardi 31** : rando à St Erblon Circuit des

Hemeland ouest (12 km, variante). RDV métro Henri Fréville 13h40 (bus 61) ou église de St Erblon à 14h10.  
Contact : 02 99 14 01 57 ou 06 62 89 35 77 après 18h.

**Vélo - Cyclotourisme**  
Départ à 9h30 :  
**Jeudi 5** : pas de rando vélo  
**Jeudi 12** : Jeanne d'Arc - Liffré  
**Jeudi 19** : Cimetière de l'Est - Châteaugiron  
**Jeudi 26** : Conforama - Bruz  
**Jeudi 2 juin** : Octroi de Nantes Brial/Montfort  
Contacts : 06 76 17 34 47 - 02 99 50 47 65 - 06 11 95 65 95

### Activités de mai

**Lundi 2**  
• **Alma Colomblé** : tous les lundis tarot, belote, scrabble et triominos à 14h.  
• **Printemps Ginguené** : bal à 14h30.  
**Mardi 3**  
• **Bonne Humeur** : jeux divers à 14h30.  
• **Carrefour 18** : scrabble et belote tous les mardis à 14h.  
• **Champs Manceaux** : tous les mardis, jeux divers et palets à 14h.  
• **Maurepas** : tous les mardis, jeux de cartes à 14h.  
• **Printemps Ginguené** : réunion de bureau à 9h en salle Belle Ile et palets tous les mardis.  
**Mercredi 4**  
• **Alma Colomblé** : tous les mercredis, jeux de société divers à 14h.  
• **Villejean** : tous les mercredis de 13h30 à 17h, palets.  
• **Tarot amitié** : tous les mercredis de 14h à 18h au square du Dr F. Jacques.  
**Jeudi 5**  
**Clubs fermés.**  
**Vendredi 6**  
• **Veneau** : jeux divers à 14h.  
**Clubs fermés** : Champs Manceaux, Cleunay, Léo Lagrange, Printemps Ginguené, Toujours Jeunes, Villejean Palets.  
**Lundi 7**  
• **Printemps Ginguené** : bal à 14h30.  
**Mardi 10**  
• **Bonne Humeur** : jeux divers et café tricot à 14h30.  
**Jeudi 12**  
• **La Touche** : jeux divers les jeudis à 14h.  
• **Printemps Ginguené** : tarot les jeudis.

### Vendredi 13

• **Champs Manceaux** : club fermé.  
• **Cleunay** : jeux divers les vendredis à 14h. Le club recherche des beloteurs et des taroteurs.  
• **Léo Lagrange** : pas de bal.  
• **Printemps Ginguené** : à 14h les vendredis, jeux divers, palets et travaux manuels.  
• **Toujours jeunes** : concours de belote.

### Lundi 16

**Clubs fermés.**  
**Mardi 17**  
• **Bonne Humeur** : jeux de société et loto à 14h30.  
• **Printemps Ginguené** : loto à 14h.

### Vendredi 20

• **Champs Manceaux** : jeux divers et palets à 14h.

### Lundi 23

• **Printemps Ginguené** : bal à 14h30.

### Mardi 24

• **Maurepas** : loto.

### Jeudi 26

• **Alexis Carrel** : fête des mères et pères.

### Vendredi 27

• **Champs Manceaux** : jeux divers et palets à 14h.

### Léo Lagrange

• **Léo Lagrange** : bal.

### Mardi 31

• **Maurepas** : fête des mères et pères.

### Sorties des clubs

Le **mercredi 4 mai** le club - **Printemps Ginguené** - organise une sortie à Auray.

Le **mercredi 18 mai**, le club des - **Champs Manceaux** - vous propose une sortie à Ploubalay.

Le **jeudi 26 mai**, le club - **Veneau** - organise un repas - tête de veau - suivi d'une visite guidée de l'exposition sur l'imprimerie Obenthr à l'écomusée de Rennes. Renseignements et inscription auprès d'Elisabeth Elleuet au 02-99-51-61-32.

Le **mardi 31 mai**, le club - **Chézy** - vous propose une journée à Trémeil. Repas animé par Claudy Parker, possibilité de se balader autour du lac. Infos et inscription au 02 99 54 73 64 avant le 9 mai.

Les clubs - **La Touche** - et - **Cleunay** - proposent une sortie au Lac de Guerledan le **13 juin**.

HCSP DIRECT



**Le Haut Conseil de la santé publique a rendu son rapport d'évaluation du Plan national Bien vieillir. Après avoir relevé le manque de moyens attribués et la redondance avec les autres grands plans, il propose de reconduire ce plan en améliorant sa gouvernance, en y incluant la problématique des inégalités de santé et en différenciant les actions à visée collective et celles à visée individuelle.**

**Chantal Cases**

**Franck Le Duff**

Membres du HCSP

**Geneviève Guérin**

Chargée de mission SG-HCSP

Remerciements à :

Emmanuelle Sarlon, rapporteure,  
Arnaud Fouchard, interne de  
santé publique, Pierre Czernichow,  
Hélène Grandjean, Yves Lecarpentier,  
Bernard Marchand, François Puisieux,  
Catherine Sermet, Jean-François  
Toussaint, responsables de l'éva-  
luation des axes.

Ce rapport est consultable sur  
<http://www.hcsp.fr>

## L'évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009

**L**e Plan national Bien vieillir 2007-2009 (PNBV) fait suite au Programme national Bien vieillir initié en 2003 et renforcé en 2005. Il s'inscrit dans le projet multinational triennal « *Healthy ageing* » lancé par le programme de santé publique de l'Union européenne en 2004. Son pilotage a relevé de trois directions : la Direction générale de la santé (DGS), la Direction des sports et la Direction générale de l'action sociale (devenue Direction générale de la cohésion sociale – DGCS) qui assurait également le secrétariat.

Le PNBV avait pour objectif de proposer des mesures permettant d'assurer un « vieillissement réussi » au plus grand nombre, tant au plan de la santé individuelle que des relations sociales, en favorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. Ses principaux axes concernaient la prévention des complications des maladies chroniques, la promotion de comportements favorables à la santé, l'amélioration de l'environnement individuel et collectif, le renforcement du rôle social des seniors par leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, et la consolidation des liens entre générations.

La thématique du « vieillissement réussi » visée par le plan auprès des 55-75 ans est pertinente compte tenu du contexte démographique européen et français. Actuellement relayée par un débat politique sur sa prise en charge, la question d'une action ciblée sur l'avancée en âge et les dépendances qui en résultent montre l'importance de ce type de plan.

Le Plan bien vieillir a succédé à deux programmes éponymes, lancés respectivement en 2003 et 2005, d'abord médico-centré, puis enrichi de volets plus « sociaux ».

En 2006, le ministère délégué aux Personnes âgées a lancé un plan complémentaire consacré à la dépendance : le Plan solidarité grand âge (PSGA). Les moyens alloués sont cependant très différents : 2,3 milliards d'euros sur cinq ans pour le PSGA, 168 millions sur trois ans pour le PNBV.

En juin 2010, le DGS a demandé au HCSP d'évaluer le plan échu et de faire des propositions pour le plan suivant.

### Synthèse de l'évaluation globale du plan

#### Éléments de méthode

Le processus d'évaluation s'est fondé sur le recueil et l'analyse des documents pertinents sur le sujet, l'élaboration d'une grille d'analyse ainsi que l'audition des personnes parties prenantes du plan. Le président du comité de pilotage, les opérateurs (DGS, DGCS et Direction des sports), les agences et le Cnerpa au titre des structures concernées par la mise en œuvre ont ainsi été entendus. Le comité d'évaluation s'est fixé comme objectif d'évaluer la cohérence externe et interne du plan, les actions, le pilotage et l'organisation de la mise en œuvre, afin de dégager des perspectives de travail et de réflexion que le plan suivant pourrait reprendre pour pallier les manques constatés lors de l'évaluation.

#### Un plan ambitieux, mais perfectible

Le PNBV montre une réelle volonté de communication et de pédagogie, le projet d'ouvrir les esprits à l'accompagnement du vieillissement. Il a été conçu en deux temps. Se fondant sur le programme qui l'avait précédé, le comité de pilotage et la DGS ont d'abord élaboré les

axes, objectifs et grandes lignes des mesures. Puis trois groupes de travail pluridisciplinaires ont enrichi et décliné les mesures envisagées. Il n'a pas été spécifiquement prévu, dans les attributions des groupes de travail, d'anticiper une évaluation.

Malgré cette réflexion préliminaire, le plan ne fait pas réellement apparaître de stratégie globale intégrant les différents objectifs, ni de structuration, ni d'organisation logique des idées et des objectifs.

Le manque de culture évaluative dans l'élaboration du PNBV est également à souligner. Il n'est pas possible d'évaluer l'impact du plan en termes de résultats produits par les actions menées (il n'y a pas d'indicateurs disponibles, certaines mesures sont en cours). On ne peut évaluer que la pertinence et le degré de mise en place des mesures (et plus ou moins leur coût). Aucun tableau de bord n'a été réalisé, aucun indicateur de suivi n'a été constitué. La DGS a récemment élaboré un outil général de suivi des actions réalisées dans le cadre des plans régionaux de santé publique : il permet de retrouver *a posteriori* les actions qui peuvent entrer dans le cadre du PNBV. Mais ce ne sont pas toujours les mesures et actions prévues initialement dans le plan qui font l'objet d'un suivi.

#### Moyens financiers

S'agissant du fléchage des moyens financiers du plan, l'évaluation fait apparaître que certains financements sont communs à plusieurs plans, et qu'il est nécessaire de les individualiser entre les différentes mesures. S'il y a eu quelques mesures nouvelles, plusieurs mesures étaient déjà incluses dans d'autres plans de santé publique et intégraient les moyens associés à ces derniers.



### Gouvernance et pilotage

Pour le comité d'évaluation, la question de la gouvernance du PNBV est centrale. En effet, les auditions montrent que, dès l'annonce début 2007 du lancement du PNBV, une série d'événements a abouti à un déficit à la fois de la gouvernance administrative et du pilotage des actions à mener.

Le rôle du président du comité de pilotage, personnalité incontestable sur cette thématique, n'a pas été clairement défini et a évolué par à-coups au fil du temps. D'après les informations disponibles et les auditions réalisées, aucun référent unique au niveau de l'administration n'a été missionné pour piloter le plan. Les responsabilités ont été éparpillées entre les trois opérateurs, qui les ont assurées au mieux de leurs possibilités. Certaines mesures n'avaient pas de pilote affiché dans le plan. Il n'y a pas eu de soutien clairement défini, d'appui réel au président du PNBV qui a assuré sa mission tout au long du processus.

Les différentes personnes qui ont été successivement en charge des dossiers sont motivées et de qualité, mais les fréquents changements de personnes, les faibles effectifs dédiés au plan ne leur ont pas permis d'assurer le suivi pérenne et efficace des mesures et actions prévues.

À sa création, le comité de pilotage était également chargé du suivi du plan. Cependant, après l'élaboration du plan, un comité de suivi a été installé, pour recenser les mesures mises en place. Une seule réunion (le 23 septembre 2008) a été citée lors des auditions, mais son compte rendu n'a pas été validé.

Il n'y a pas eu de réelle coordination interministérielle autre que des contacts interpersonnels, et parfois des effets de balancier sur les responsabilités au gré d'effets d'annonce ou d'opportunités médiatiques. Le niveau d'engagement sur le plan a varié dans le temps et selon les directions. La discordance entre le pilotage attendu et le suivi effectif a engendré une certaine frustration sur le développement des projets.

Lors des auditions, le suivi du PNBV a été fréquemment comparé à celui du Plan Alzheimer, plus ambitieux en termes de suivi des actions et de budgets alloués. Concernant l'interaction avec d'autres plans de santé publique, l'application du Plan cancer était une des mesures du PNBV. Une autre mesure concernait le Plan national nutrition santé (PNNS) mais son intégration dans le PNBV a essentiellement servi à souligner des actions déjà prévues par le PNNS. Ce sont les seuls plans nationaux de santé publique explicitement en cohérence (et parfois volontairement redondants) avec le PNBV. De manière générale, on a le sentiment que le PNBV a subi les effets de l'insuffisante intégration des concepts du « bien vieillir » dans les autres plans de santé publique. Cela met en exergue le peu d'importance accordée à la prévention gérontologique.

Des liens existent entre le PNBV et les objectifs annexés à la loi de santé publique de 2004. On peut regretter que ni les indicateurs ni leurs valeurs à atteindre inscrites dans la loi n'aient été repris de manière à pouvoir chiffrer les objectifs du plan. Il est plus étonnant encore que des objectifs visant spécifiquement les personnes âgées n'aient pas été pris en compte dans le PNBV, en particulier ceux relatifs aux vaccinations (obj. 39 : Grippe; obj. 42 : Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale).

Se fondant sur l'évaluation réalisée, des recommandations sont faites pour alimenter la réflexion sur le deuxième PNBV, dont la construction semble, d'après les auditions, déjà bien avancée.

### Recommandations

Réaliser un plan sur le « bien vieillir » implique un changement des mentalités et la mise en place d'une véritable politique de santé publique, où l'action se situe en amont de la maladie et du curatif. C'est une conduite de changement qu'il faut réussir à mener pour obtenir des résultats.

Pour relever ces défis dans la politique publique, il est important de respecter certains principes.

### Pérenniser le concept

Le comité d'évaluation s'est interrogé sur la nécessité de préparer un deuxième plan. Le déficit de gouvernance, le manque de moyens attribués et la redondance avec les autres plans invitaient à ne pas renouveler l'expérience. Cependant, plusieurs éléments incitent à ne pas préconiser de suspendre le projet de PNBV 2 : le plan peut être un support de communication et de pédagogie sur la prévention dans un domaine crucial pour la population, et il a bien été repéré comme tel par les usagers ; l'existence d'un plan est un argument fort pour la réalisation des mesures en interministériel ; enfin, un plan n'est qu'un mode d'intervention limité dans le temps de la politique de santé publique, mais sa répétition sur une période longue peut en accroître l'efficacité.

### Adapter la méthode

Dans le futur plan, il sera nécessaire de distinguer le pilotage, qui relève de la puissance publique, de la mise en œuvre, qui doit être confiée aux opérateurs de façon protocolisée. La nature de la thématique abordée, qui rend le pilotage plus difficile à structurer puisqu'il nécessite une approche transversale, appelle le respect de certains principes, notamment :

- Une gouvernance partagée sous l'autorité d'un comité de pilotage interministériel présidé par une personnalité reconnue de tous, assistée en permanence par un coordonnateur référent des opérateurs interministériels pour la mise en œuvre et le suivi des mesures ;
- L'entretien d'un lien fort avec les ARS afin que la politique du plan soit déclinée sous leur conduite, sous réserve d'un suivi rapproché, coordonné et homogène des actions entre les régions ;
- L'anticipation et la conduite de l'évaluation des axes et des actions dès la constitution du plan dans

le respect des objectifs de santé publique fixés en amont.

Il faut aussi prévoir, dès la conception du plan, un tableau de bord de suivi des objectifs et des actions mises en œuvre, en programmer le pilotage et le financement, prévoir des réunions régulières.

### Inclure la problématique des inégalités sociales de santé

Comme l'ont montré divers travaux de recherche et ceux du groupe « inégalités sociales de santé » du HCSP, les inégalités sociales traversent l'ensemble de la population. La santé en est un marqueur et, si les actions de prévention ne tiennent pas compte des différences sociales, elles risquent de creuser encore plus les écarts existants.

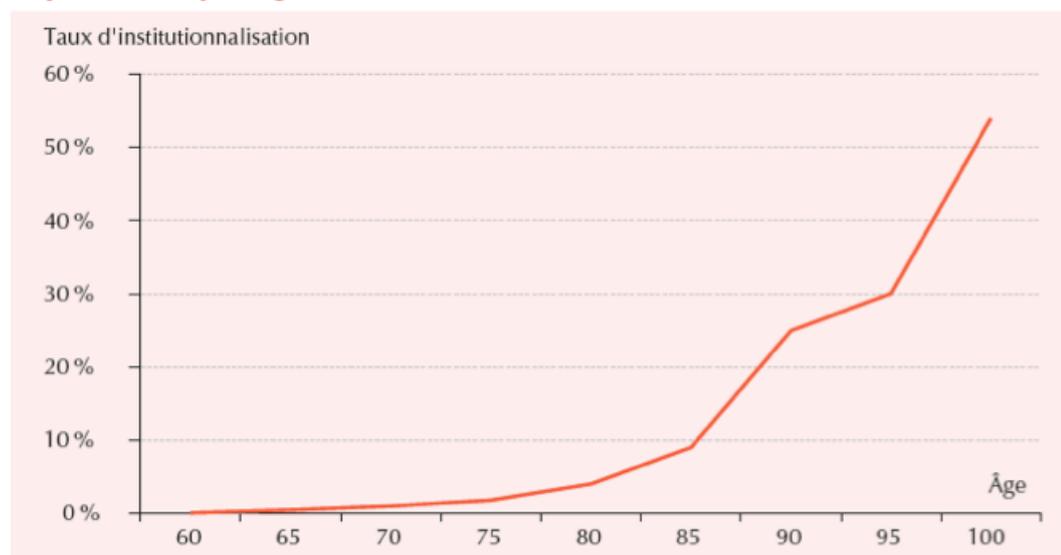
Cette problématique, essentielle dans le cadre de la prévention du vieillissement, ne saurait se réduire à la prévention de l'isolement social où à des mesures orientées vers quelques populations précaires. Agir sur l'ensemble des déterminants de la santé est essentiel pour réduire le gradient social et territorial des états de santé ; cela implique des actions différenciées par grandes sous-populations et des actions à des échelons géographiques fins.

### Structurer la problématique et intégrer la notion du « bien vieillir » dans une action politique à visée collective et individuelle

Le PNBV se fonde sur une approche du vieillissement morcelée et peu lisible. Les axes opérationnels du plan se réfèrent à des thématiques hétérogènes : départ en retraite, nutrition, activité physique et sportive, qualité de vie (facteurs de risque/pathologies), médicaments, solidarité entre générations, solidarité locale, recherche/innovation, enfin dimension européenne. En lien avec les travaux européens, deux grands champs d'action se dégagent : d'une part, le « bien vieillir » de l'individu et, d'autre part, la société accompagnant le « bien vieillir ». C'est autour de ces deux axes que pourrait être structuré un deuxième plan. ■

## Annexe n°14: Taux d'hébergement pour personnes âgées et/ou dépendantes par âge

### Taux d'hébergement en établissement pour personnes âgées et/ou dépendantes par âge



Champ : personnes de 60 ans et plus, France.  
Source : INSEE, enquête Handicap Santé Ménages 2008.

- Il peut être symbolique de la très grande majorité des personnes âgées qui vivent à domicile ;
- Il montre aussi que malgré toute la promotion et la prévention, il reste toujours une fin de vie durant laquelle un taux important d'individus passent en institution.

## Annexe n°15: Définitions

- Santé (OMS) : La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946

- Promotion de la santé : La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.

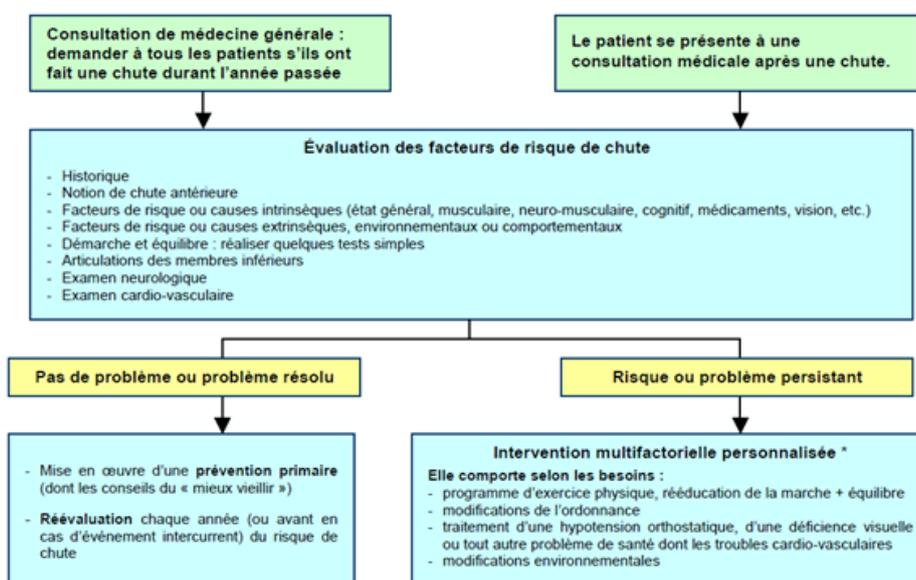
Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte"

- Prévention de la santé : La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents.

L'OMS fait une distinction, aujourd'hui reprise par tous, entre :

1. Prévention primaire : comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.
2. Prévention secondaire : comprend «tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie».
3. Prévention tertiaire : comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

## Annexe n°16: Fiche de prévention des chutes (HAS)



[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention\\_chutes\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf)



*Thème n°28 Animé par : Marick Fèvre* <**La vieillesse n'est pas une maladie....mais ça se soigne : enjeux de la prévention et promotion de la sante à la vieillesse**>

**Benoit CAMIADE (DH)**

**Célia CARILLO (IASS)**

**Elodie CORONA (AAH)**

**Mathilde DAMBO (D3S)**

**Katia GARCIA LIDON (DS)**

**Anaëlle LAMIRAULT (D3S)**

**Mathilde MAUDHUIT (D3S)**

**Valérie PLARD (AAH)**

**Denis ROME (DH)**

**Résumé** : La vieillesse et le vieillissement, catégories difficiles à définir et aux représentations fluctuantes, sont devenues une donnée majeure de notre société. Pendant des décennies, les politiques publiques se sont principalement attachées à fournir aux personnes âgées des revenus – retraites et minimum vieillesse – et à prévoir une réponse curative aux problèmes de santé. L'évolution des représentations, l'élargissement de la population des personnes retraitées, l'augmentation de l'espérance de vie, conduisent à modifier l'approche et les politiques mises en œuvre pour et avec les personnes âgées. Dans cette optique, notre groupe s'est penché sur l'axe de la promotion et la prévention du bien vieillir, avec une finalité : favoriser le rester à domicile, souhait très majoritairement émis par les personnes âgées. Le rester à domicile implique d'agir sur les différents déterminants de santé - individuels et collectifs – et sur l'environnement global des personnes âgées. Les thématiques analysées sont donc nombreuses et hétérogènes : activité physique, nutrition, sexualité, logement adapté, prévention des chutes, lutte contre l'isolement social, évolution des représentations. Dans ces différents domaines, nous avons recensé les politiques publiques et les initiatives qui existent au travers d'entretiens auprès des acteurs (professionnels, bénévoles et personnes âgées). L'analyse des forces et faiblesses de ces différents outils nous a servi de support pour développer des préconisations. Celles-ci comportent d'une part des bonnes pratiques et des éléments transversaux qu'il faut prendre en compte et, d'autre part, un plan constitué de plusieurs actions que peuvent reprendre à leur compte les acteurs de la prévention.

**Mots clés** : Prévention – Promotion – Vieillesse - Personnes âgées - Déterminants de santé- Besoins à satisfaire – Action ciblée - Evaluation -

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*