



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2017 –

**« LA CONFERENCE DES FINANCEURS DE LA
PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE »**

– Groupe n° « 16 » –

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| – BARBA Georges | – MIRAVETE Véronique |
| – DEBLAIS Clémence | – REMSHAGEN Delphine |
| – DURGUEIL Jérôme | – RENAUT Marion |
| – MASQUELIER Aurore | – SILLY Fabienne |

Animateur/trice(s)

– *BOHIC Nicole*

S o m m a i r e

Introduction.....	1
I. La densité médicale, ayant des impacts certains mais non décisifs dans la promotion du « bien vieillir » sur les territoires....	7
1. La densité médicale et son évolution ont des impacts certains....	7
1.1. Des impacts de la densité médicale sur le repérage des fragilités	8
1.2. Des impacts de la densité médicale sur le suivi de la personne âgée.....	11
2. ... qui ne suffisent pas à eux seuls à garantir la promotion du « bien vieillir » sur les territoires	13
2.1. Le problème n'est pas la densité médicale mais la pratique médicale.....	14
2.2. Les médecins n'ont pas le leadership de la construction des projets de vie	17
II. ... est une réalité territoriale à prendre en compte par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie lors de l'élaboration du programme de coordination	18
1. Lors de l'élaboration du programme de coordination, deux impératifs s'imposent à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie : adopter un positionnement cohérent dans la prise en charge.....	18
1.1. Un positionnement à opérer : donner les moyens pour placer de manière effective, efficiente et cohérente le médecin généraliste au cœur de la promotion du « bien vieillir »	19
1.2. ... ou favoriser l'émergence de nouvelles organisations mieux à même de garantir cette démarche	22
2. ...et être créatif, pragmatique sur le long terme	25
2.1 Une fois le positionnement choisi, la nécessité d'être créatif et pragmatique... ..	25
2.2 ...en pérennisant les dispositifs de promotion sur le long terme	27
Préconisations.....	28
Conclusion	29
Bibliographie	31
Liste des annexes	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier M. Christophe Le Rat responsable du module interprofessionnel à l'EHESP, pour ce projet qui nous a permis de nous rencontrer sur une thématique majeure de santé publique et croiser nos regards issus de différentes filières de formation.

Nous souhaitons également remercier chaleureusement Mme Nicole Bohic, professeur à l'institut du management, pour sa disponibilité, les échanges et la confiance qu'elle nous a octroyée. Sa bienveillance a contribué à instaurer dans le groupe une dynamique propice à la production de ce travail.

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui nous ont accordé de leur temps pour éclairer notre questionnement et enrichir notre réflexion.

GLOSSAIRE

- AAH** : Attaché d'Administration Hospitalière
- AGGIR**: Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
- AGIRCC**: Association Générale des Institutions de Retraite Complémentaire des Cadres
- ANAP**: Agence Nationale d'Appui à la Performance
- ANAH** : Agence Nationale de l'Habitat
- ANESM**: Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des ESSMS
- APA**: Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARRCO**: Association pour le Régime de Retraite Complémentaires des salariés
- ARS**: Agence Régionale de Santé
- ASV** : Adaptation de la Société au Vieillissement
- CAIM** : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins
- CARSAT**: Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
- CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CCAS**: Centre Communal d'Action Sociale
- CD**: Conseil Départemental
- CDCA** : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CIAS** : Centre Intercommunal d'Action Sociale
- CFPPA** : Conférence de la Prévention et de la Perte d'Autonomie (des personnes âgées)
- CGCT** : Code Général des Collectivités Territoriales
- CSS** : Code de la Sécurité Sociale
- CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination
- CNAV**: Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
- CNSA**: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- COSCOM** : Contrat de Stabilisation et de Coordination Médecin
- COTRAM** : Contrat de Transition pour les Médecins
- CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- CRSA**: Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
- CSA** : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
- CSTM** : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin
- CTA**: Coordination Territoriale d'Appui
- CORERPA**: Conférence Régionale des Retraités et des Personnes Agées
- CSA**: Contribution Solidarité Autonomie

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

DGA : Directeur Général des Services Adjoint

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DS : Directeur des Soins

D3S : Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

EDH : Elève Directeur d'Hôpital

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé publique

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESA: Equipe Spécialisée Alzheimer

ESSMS: Etablissements de Services Sociaux et Médico-Sociaux

FEPEM : Fédération des Particuliers Employeurs de France

FEDESAP : Fédération Française des Services à La Personne et de Proximité

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

FNADEPA : Fédération nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et Services pour Personnes Agées

FNAQPA : Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées

FHF : Fédération Hospitalière de France

GIR : Groupe Iso Ressources

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MG : Médecin Généraliste

MIP: Module Interprofessionnel

MONA LISA: MObilisation NAtionale contre L'Isolement Social des Agés

MSA: Mutualité Solidarité Agricole

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM: Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PAERPA: Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PCH: Prestation Compensation du Handicap

PIB: Produit Intérieur Brut

PTA : Plateforme territoriale d'Appui

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

RSI: Régime Social des Indépendants

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SPF : Santé Publique France

UE : Union Européenne

UNCASS : Union Nationale des Centres communaux et intercommunaux d'Action Sociale

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Méthodologie adoptée

A. Phase préliminaire

a. Cadrage du sujet

Un temps important a été consacré aux échanges en inter-filiarité pour travailler le thème et dégager la problématique, sur la base du travail déjà réalisé par Madame BOHIC. Les différents membres du groupe avaient un niveau de connaissance variable du sujet, ce qui a alimenté la réflexion. Plusieurs sources d'informations ont été exploitées :

- Recherche documentaire :

Ces recherches ont porté sur 3 thématiques :

- Les disparités territoriales observables sur le territoire de France métropolitaine ;
- Les objectifs et le fonctionnement de la CFPPA ;
- Les dispositifs de promotion du « bien vieillir » ;

- Entretiens ciblés :

Quatre entretiens ont été réalisés pour alimenter cette phase de cadrage du sujet. Il s'agissait d'entretiens libres conduits auprès d'acteurs identifiés par le groupe comme personnes ressources : un membre de la CNSA, un membre de l'agence Santé Publique France, un membre d'un Conseil Départemental et un directeur général des services adjoint d'une collectivité locale accompagné d'un responsable d'une unité gériatrique intervenant à domicile.

- Présence au « Silver show » :

Dans le cadre des recherches menées par le groupe, nous avons eu connaissance de cet événement, organisé pendant la période du MIP. Le groupe a souhaité assister à cet événement avec pour objectifs de :

- Rencontrer des acteurs et éventuellement conduire des entretiens supplémentaires ;
- Prendre connaissance de projets et initiatives innovants ;

- Alimenter la réflexion sur la promotion du « bien vieillir » en général et plus particulièrement dans le cadre des tables rondes organisées.

Le programme de l'évènement (Annexe 8) et un compte rendu (Annexe 9) sont présentés en annexe.

Au terme de ces échanges le groupe est parvenu à obtenir une définition partagée de l'ensemble des termes du sujet (Annexe 1), à définir la problématique et les hypothèses de travail correspondantes.

b. Modalités de recueil

Le périmètre de l'enquête a été établi comme suit, à partir de la problématique :

- **Population cible** : l'ensemble des acteurs investis dans la promotion du « bien vieillir »
- **Population source** :
 - Les professionnels intervenant dans le cadre de la promotion du « bien vieillir » au sein des départements suivants : l'Aveyron (12), la Corrèze (19), les Côtes d'Armor (22), la Haute-Garonne (31), la Gironde (33), l'Hérault (34), l'Ille et Vilaine (35), l'Isère (38), la Loire (42), le Lot (46), Paris (75), 78 (Yvelines), 91 (Essonne), 94 (Val de Marne). Les caractéristiques démographiques d'intérêt pour le sujet traité pour ces 14 départements sont présentées en Annexe 2;
 - Les usagers et proches aidants de ces mêmes départements.

Le mode de recueil retenu par le groupe pour répondre à la problématique consiste dans des entretiens semi-directifs, répondant à l'objectif de permettre la libre expression des personnes interviewées tout en cadrant les échanges et en favorisant l'exploitation des données recueillies.

Deux grilles d'entretien ont été élaborées pour réaliser ces entretiens :

- Une première grille à destination des professionnels interrogés présentée en Annexe 3
- Une seconde grille à destination des usagers et aidants, présentée en Annexe 4.

Un guide d'entretien reprenant les éléments de cadrage a également été élaboré (Annexe 5).

c. Calendrier de travail

DATES	
Semaine 1 : du 3 au 5 mai	<ul style="list-style-type: none">• Cadrage du sujet et définition de la problématique• Elaboration des outils de recueil
Semaine 2 : du 9 au 12 mai	<ul style="list-style-type: none">• Sollicitation des acteurs• Réalisation des entretiens
Semaine 3 : du 15 au 19 mai	<ul style="list-style-type: none">• Réalisation des entretiens• Exploitation des entretiens• Rédaction du rapport

B. Réalisation des entretiens

Au total, **51 personnes** ont été sollicitées pour réaliser des entretiens. **37 personnes** ont été réellement interrogées (liste présentée en Annexe 6), pour un total de **30 entretiens** réalisés. En effet, parmi ces entretiens, plusieurs entretiens collectifs ont été organisés.

C. Exploitation des résultats

a. Analyse quantitative

Une analyse quantitative des réponses obtenues a été réalisée à partir des questions fermées incluses dans la grille d'entretien (Annexe 7). Dans le cadre de cette analyse, nous ne prenons pas en compte les entretiens ciblés.

L'unité retenue pour l'exploitation des entretiens est exprimée en nombre d'entretien : les entretiens collectifs comptent pour un seul entretien.

Une typologie des acteurs interrogés a été élaborée dans le but de réaliser un traitement croisé des réponses obtenues sur certaines questions. **4 types d'acteurs** ont ainsi été identifiés :

- Membres de la CFPPA
- Acteurs de la coordination : professionnels intervenant dans le cadre des dispositifs MAIA, PAERPA, etc.
- Professionnel de terrain : médecins généralistes, pharmaciens, associations dispensant des services d'aide à domicile, etc.
- Usagers et proches aidants

b. Analyse qualitative

Une analyse qualitative des réponses a été réalisée à partir des questions ouvertes incluses dans la grille d'entretien. Dans le cadre de cette analyse, nous ne prenons pas en compte les entretiens ciblés.

Pour réaliser cette exploitation :

1. Chaque membre du groupe a pris connaissance de l'ensemble des grilles d'entretien complétées ;
2. Un temps de regroupement commun a été organisé où l'ensemble des idées forces ressortant des entretiens ont été listées ;
3. Le plan du présent rapport a été élaboré, permettant de structurer la restitution des éléments recueillis dans le cadre des entretiens.

Par ailleurs, un travail d'extraction de verbatim par thématique a été réalisé dans le but d'alimenter la rédaction du rapport. Les thématiques retenues par le groupe pour ce travail sont :

- La représentation du « bien vieillir » ;
- Le programme de coordination élaboré par la CFPPA ;
- Le rôle du médecin généraliste ;
- Les pistes d'améliorations du dispositif de promotion du « bien vieillir » ;
- Les opinions et attentes des acteurs eu égard à la CFPPA.

Ce travail d'extraction est présenté en Annexe 10.

D. Limites méthodologiques

La méthodologie suivie pour ce travail comporte certaines limites. Les résultats quantitatifs, comme la réponse à la problématique élaborée par le groupe de travail, ne prétendent pas à l'exhaustivité et doivent être pris avec précaution. En effet :

- Les personnes interrogées ne peuvent pas être considérées comme étant un échantillon représentatif de la population cible. Le nombre de personnes interrogées est restreint et il concerne un nombre restreint de départements. Par ailleurs, l'effectif par type d'acteur est inégal, ce qui fragilise notre approche comparative ;

- La réalisation d'entretiens collectifs peut constituer un biais, au sens où la réponse est le fruit d'une élaboration collective qui peut ne pas refléter pleinement le point de vue de chaque acteur pris individuellement ;
- Les outils de recueil auraient pu être améliorés. Il est apparu dans le cadre de l'exploitation des entretiens qu'il aurait été plus pertinent d'élaborer une grille différente pour chaque type d'acteur professionnel défini ;
- Le travail d'exploitation qualitative des entretiens aurait également pu être amélioré. Ici, ce sont des contraintes de temps et des contraintes techniques qui ne nous ont pas permis de pousser plus loin ce travail.

Introduction

« *Vieillir est le seul moyen qu'on ait trouvé pour vivre longtemps* » ironisait Charles-Augustin Saint-Beuve, écrivain et critique littéraire français du XVIII^e siècle. La population française vieillit. En 2030, un tiers de la population aura plus de 60 ans selon l'INSEE. Loin d'être une particularité française, cette tendance traverse la quasi-unanimité des pays dits « développés ». Constat certain, tendance pour les prochaines années, ce phénomène constitue un incroyable défi pour nos sociétés. Il s'agit de penser l'accompagnement de l'avancée en âge et de garantir à chacun la réalisation de ses « *capabilités* ». Développée par l'économiste Amartya Sen, cette notion renvoie aux possibilités de la personne de choisir dignement son projet de vie parmi un ensemble de possibilités.

L'opportunité est donc grande pour questionner nos modes de prise en charge sociétale de l'avancée en âge afin de garantir le « bien vieillir ». Le « bien vieillir » qui n'est autre que la bonne santé de nos aînés. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit en 1946 **la santé** comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». La prise en charge du vieillissement est dès lors globale et multidimensionnelle. **Promouvoir le « bien vieillir »** renvoie ainsi à la « **promotion de la santé** ». Elle « *a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. (...) La promotion de la santé ne relève (...) pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu* »¹. Ce bien-être passe par la réalisation des aspirations des individus. Rester chez soi le plus longtemps possible est le souhait de la majorité des Français².

La promotion du « bien vieillir » comporte différents enjeux. Le premier enjeu est avant tout social. Robert Castel redoutait une « *mort sociale* » pour « *l'individu (qui) ne tient pas debout*

¹ OMS, 1946

² Enquête « Domicile & citoyen » réalisée par l'institut de sondages CSA en partenariat avec la Fepem : 83% des 2 001 personnes de plus de 18 ans interrogées disent vouloir vieillir à leur domicile, contre 3% en maison de retraite. 14% n'ont pas de préférence et 1% ne se prononcent pas.

tout seul ». Cet enjeu concerne à la fois l'image du vieillissement, la place de la personne âgée au sein de la société et la qualité des acteurs qui accompagnent le « bien vieillir ». Mais l'enjeu est également économique. En effet, dans la mesure où la collectivité, via le système de protection sociale, prend en charge une partie des dépenses liées au vieillissement, la question du financement est centrale. La majorité des dépenses concerne la prise en charge des **personnes dépendantes**³. Etymologiquement, le mot grec « *autos nomos* » renvoie à la loi qu'une personne se donne. Le philosophe Emmanuel Kant l'analysait comme la capacité de faire des choix raisonnables pour soi et valables pour tous. La notion de perte d'autonomie, dans le champ de la gérontologie et des dispositifs déployés (allocation personnalisée d'autonomie), traite plutôt de la question de l'autonomie fonctionnelle des personnes et se rapproche plus de la notion de dépendance considérée comme l'impossibilité qu'a une personne pour effectuer, par elle-même, certains actes de la vie courante, dans son environnement habituel que du sens premier du terme⁴. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) recommande en plus de lutter contre la « *morbidité évitable* », de **prévenir les «incapacités évitables** ». La **prévention** peut ici s'entendre de trois manières :

- La **prévention primaire** a pour objectif de diminuer l'incidence d'une maladie dans une population. Elle se situe en amont de l'apparition de la maladie et cherche à diminuer l'exposition de la population aux divers facteurs de risque.
- La **prévention secondaire** a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population en réduisant l'évolution et la durée de la maladie.
- La **prévention tertiaire** a pour objectif de diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population, c'est-à-dire de réduire au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

La prévention renvoie ainsi à une multitude de réalités et nécessite la coordination de plusieurs acteurs. En France, différents acteurs interagissent et participent à la prévention de la perte d'autonomie. Peuvent être distingués :

³ Voir Annexe 1 : Liste des définitions.

⁴ La notion d' « incapacité » peut englober un ensemble de réalités médicales et/ou non médicales (incapacité juridique par exemple). La dépendance est donc un ensemble d'incapacités propre à l'avancée en âge d'une personne.

- Les **professionnels de la coordination** : CLIC, MAIA, PAERPA, réseaux gérontologiques, Plateforme Territoriale d'Appui, les conseils départementaux, les communes, etc.
- Les **professionnels du soins et de l'accompagnement** : professionnels médicaux, professionnels paramédicaux, professionnels pharmaceutiques, acteurs du milieu associatif, acteurs institutionnels (établissements de santé, médico-sociaux, sociaux), la commune, etc.

L'ensemble de ces professionnels coexistent et interagissent sur les territoires afin de prévenir la perte d'autonomie de la personne et/ou garantir son « bien vieillir ». Ces deux notions, bien que renvoyant à des périmètres d'action différents seront ici considérées comme synonymes. Celle de « bien vieillir » sera privilégiée dans la mesure où elle renvoie à des aspects positifs du vieillissement. Aussi, afin de garantir la cohérence de la mise en place d'une politique de prévention de la perte d'autonomie sur les territoires, a été mise en place par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁵, la **conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** : (voir encadré suivant).

La conférence des financeurs de prévention de la perte d'autonomie...

❖ ...qu'est-ce que c'est ? (Article L. 233-3 du CASF)

La Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est une instance de coordination qui doit permettre, au niveau du département (ou le cas échéant de la métropole), de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales et réglementaires. Aussi, dans le cadre de ce rapport, la notion de territoire renvoie au territoire de compétence de la CFPPA : le département. Le programme de prévention élaboré par cette instance s'adresse aux personnes de soixante ans ou plus ainsi qu'aux proches aidants de ces personnes⁶. La finalité est de développer une prévention globale. Son principe est de laisser l'initiative de la mise en œuvre aux acteurs de terrain qui réalisent les actions de prévention, tout en leur donnant un cadre et des objectifs. Elle impose de fédérer les acteurs du secteur autour de stratégies partagées et d'actions au service de la construction de réponses plus lisibles et cohérentes pour les personnes.

⁵ Loi n° 2015-1776

⁶ La prévention de la perte d'autonomie / promotion du « bien vieillir » ne cible pas une tranche d'âge particulière. Il n'y a pas d'âge où une personne deviendrait vieille. Soixante ans sera ici retenu dans la mesure où il est l'âge plancher des dispositifs éligibles par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Ce seuil peut être questionné. En effet, l'importance d'une démarche de promotion du « bien vieillir » et la singularité de chaque projet de vie implique de ne pas s'imposer de seuil qui pourrait exclure des personnes d'un type de prise en charge. La souplesse des dispositifs peut être source de pertinence de prise en charge.

❖ **...qui la compose ?** (Article L. 233-3 du CASF)

- Le président du conseil départemental (président),
- Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou son représentant (vice-président),
- Des représentants du département,
- Des représentants de l'Agence Nationale de l'Habitat dans le département,
- Des représentants de l'ARS,
- Des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et des fédérations d'institutions de retraite complémentaire,
- Des représentants des organismes régis par le code de la mutualité,
- Toute autre personne physique ou morale concernée par la politique de prévention de la perte d'autonomie peut y participer, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

❖ **...quel est son périmètre d'action ?** (Article L. 233-1 du CASF)

Le programme élaboré par la CFPPA porte sur six grandes thématiques :

- L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le maintien à domicile,
- L'attribution du forfait autonomie,
- La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aides et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées,
- La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SPASAD
- Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie,
- Le développement des autres actions collectives de prévention.

❖ **...quelle est sa démarche ?** (Article L. 233-1 du CASF)

- 1^{ère} étape : Réaliser le diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans ou plus,
- 2^{ème} étape : Recenser l'offre sur le département et les financements qui y sont consacrés,
- 3^{ème} étape : Elaborer le programme coordonné de financement et le soumettre au vote,
- 4^{ème} étape : Mettre en œuvre le programme avec le plan d'actions annuel.

❖ **...quel est le suivi ?** (Article L. 233-4 du CASF)

La réalisation d'un rapport d'activité, transmis chaque année à la CNSA au plus tard le 30 juin, permet de suivre l'utilisation des financements consacrés à la prévention de la perte d'autonomie par la CFPPA. Ce rapport est transmis au Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) et aux instances régionales.

❖ **...quels sont les moyens ?** (Article L. 14-10-10 du CASF)

Deux concours de la CNSA sont versés aux conseils départementaux :

- Le concours correspondant au forfait autonomie est réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de places dans les résidences-autonomie,
- Le concours correspondant aux autres actions de prévention est réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de personnes âgées de soixante ans ou plus.

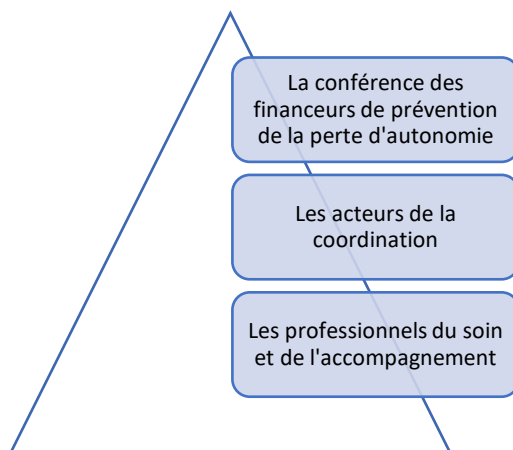
Encadrée d'un point de vue réglementaire, la CFPPA suscite interrogations et critiques mais également curiosité et espoirs parmi les acteurs de la promotion du « bien vieillir » sur les

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

territoires. Dans son raisonnement, le groupe de travail aura à tenir compte de la mise en place récente de l'instance. Il sera alors intéressant d'émettre des hypothèses et suggestions pour l'avenir.

En considérant cette réalité, une représentation des différents acteurs de la promotion du « bien vieillir » sur les territoires départementaux peut être formalisée ainsi :



Allouer des fonds de manière pertinente au regard des besoins des seniors et des finances publiques implique de questionner l'organisation des acteurs de la coordination et des professionnels de santé. Cette organisation est à questionner d'un point de vue qualitatif (organisation du maillage territorial, types d'actions de prévention, évaluation sur le long terme, etc.) et quantitatif (nombre d'acteurs au regard de la population des soixante ans ou plus). Aussi, si des défaillances organisationnelles existent, l'allocation de fonds spécifiquement dédiés à la promotion du « bien vieillir » semble peu pertinente. A partir de ce questionnement, le groupe de travail a choisi de se concentrer sur les écarts existant entre les territoires et de chercher s'ils constituaient des freins à la mise en place d'un programme de coordination sur le territoire par la CFPPA. Afin de privilégier un angle d'attaque pertinent au regard de ce questionnement, au regard de notre représentation des acteurs intervenant dans la promotion du « bien vieillir » et compte tenu du temps imparti, le groupe de travail a décidé de se concentrer sur un acteur qui lui apparaissait tenir une place centrale dans la promotion du « bien vieillir » : le médecin généraliste. Si le médecin généraliste est

bien un acteur clé du dispositif, alors la densité médicale (entendue ici comme la densité de médecins généralistes sur un territoire donné) pourrait être déterminant en matière de promotion du « bien vieillir » sur un territoire. Dans cette perspective, différentes hypothèses peuvent être retenues :

- **Hypothèse 1** : une faible densité médicale constitue un frein à l'élaboration du programme de coordination des actions individuelles et collectives de prévention. La CFPPA pourra allouer des fonds, dans les faits, peu d'actions pourront être mises en œuvre.
- **Hypothèse 2** : une faible densité médicale ne constitue pas un frein à l'élaboration du programme de coordination. En effet, le médecin généraliste n'est pas déterminant dans la promotion du « bien vieillir », d'autres acteurs multiples, créatifs et impliqués existent. La CFPPA pourra donc allouer des fonds de manière pertinente.

Au vu de ces hypothèses, notre problématique devient : « **Dans le cadre de l'élaboration du programme de coordination par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, quels sont les impacts de la densité médicale dans la promotion du « bien vieillir » sur les territoires** » ?

La densité médicale, ayant des impacts certains mais non décisifs dans la promotion du « bien vieillir » sur les territoires (I), est une réalité territoriale à prendre en compte par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie lors de l'élaboration du programme de coordination (II).

I. La densité médicale, ayant des impacts certains mais non décisifs dans la promotion du « bien vieillir » sur les territoires...

Si de par son positionnement le médecin généraliste bénéficie d'une place importante en matière de promotion du « bien vieillir » (1), la forte densité médicale d'un territoire ne permet pas de préjuger de la qualité de cette politique (2).

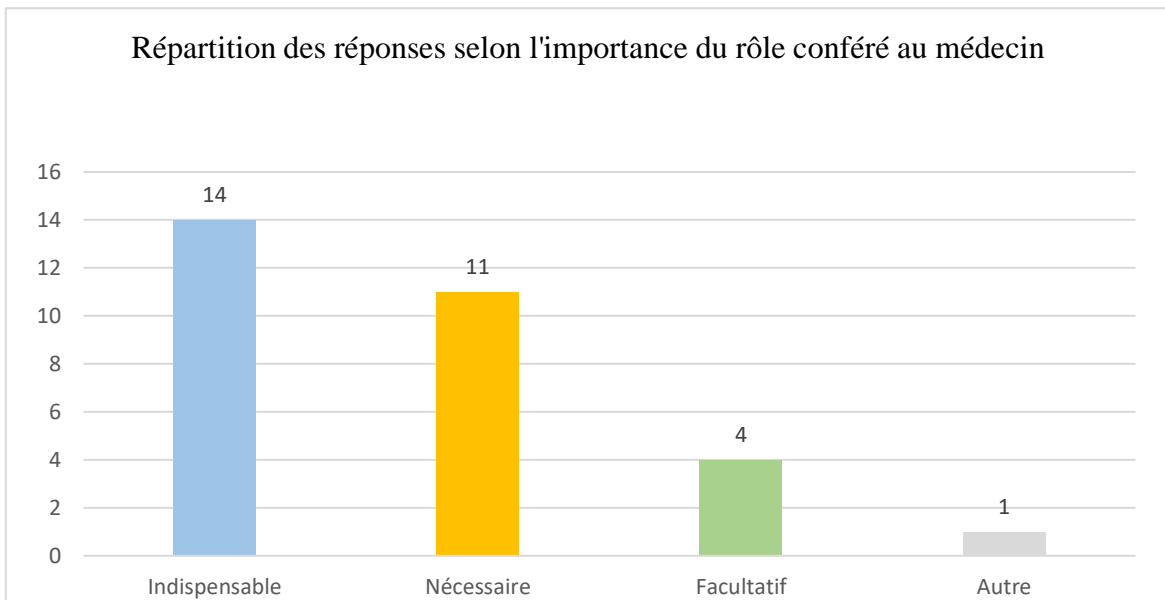
1. La densité médicale et son évolution ont des impacts certains....

Le médecin généraliste ou traitant apparaît comme étant l'un des acteurs majeurs de la promotion du « bien vieillir » à l'échelle d'un territoire. Ce constat formulé lors de notre réflexion a été confirmé lors des entretiens. Le médecin généraliste est identifié dans 80% des entretiens comme étant un acteur clé de la promotion du « bien vieillir » des personnes âgées.

Répartition des réponses à la question : « Pensez-vous que le médecin généraliste soit un acteur clé dans la promotion du « bien-vieillir » des personnes âgées » ?				
Oui	SA	Non	Répartition des "non" par type	
24	0	6	Membres CFPPA	4
			Acteurs de la coordination	0
			Professionnel de terrain	2
			Usagers et aidants	0

Néanmoins, ce point de vue varie fortement selon le type d'acteur considéré. En effet :

- Les sept membres de la CFPPA interrogés considèrent unanimement que le médecin généraliste n'est pas un acteur clé,
- Un consensus fort sur l'importance du médecin généraliste semble se dégager des réponses de l'ensemble des autres acteurs.



Cet item confirme l'importance accordée par la majorité des personnes interrogées au médecin généraliste. En effet, 83% des entretiens désignent celui-ci comme étant indispensable ou nécessaire à la promotion du « bien vieillir » auprès de la personne âgée.

Le rôle du médecin généraliste dans la politique de promotion du « bien vieillir » peut dès lors s'appréhender de deux manières.

1.1. Des impacts de la densité médicale sur le repérage des fragilités

❖ La nécessité d'un repérage précoce des fragilités

Le projet de rapport annexé à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁷ a posé le principe selon lequel « *la prévention de la perte d'autonomie passe par le repérage de facteurs de risque à toutes les étapes du parcours des personnes âgées* ». Cette fragilité des seniors résulte de la combinaison de multiples facteurs (économiques, territoriaux, environnementaux, sociaux, démographiques...). Ainsi, selon l'atlas des situations de fragilités de 2014, « *le repérage des risques de fragilité des jeunes seniors donne l'opportunité d'infléchir le processus de dépendance qui, une fois installé, est le plus souvent*

⁷ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

irréversible »⁸. Il s'agit donc d'un axe majeur de la politique de promotion du « bien vieillir » des personnes âgées.

❖ **Le médecin généraliste, un acteur incontournable dans le repérage des fragilités et de la promotion du « bien vieillir »**

Le médecin généraliste apparaît comme étant l'un des acteurs le plus à même de repérer les fragilités des personnes âgées vivant à leur domicile.

En premier lieu, la place du médecin généraliste dans la conduite des politiques de promotion du « bien vieillir » relève notamment de sa visibilité sur le terrain par la population. Acteur de proximité connu de la famille, le médecin est souvent le premier interlocuteur sollicité par les seniors et leurs proches lorsqu'une difficulté est rencontrée. Cette dernière peut ne pas relever uniquement du champ médical.

De plus, et en lien avec cette relation de suivi, le médecin dispose d'une connaissance approfondie de la situation médicale de son patient mais aussi de son environnement (matériel et social) et de ses conditions de vie. Cette connaissance globale et historique de la personne est alors un préalable indispensable à la mise en place de réponses adaptées aux fragilités présentées par la personne et à son orientation adéquate vers les divers dispositifs existants. Enfin, en raison de la durée de ce colloque singulier, une relation de confiance s'instaure entre la personne âgée et « son » médecin. Cette relation permet alors :

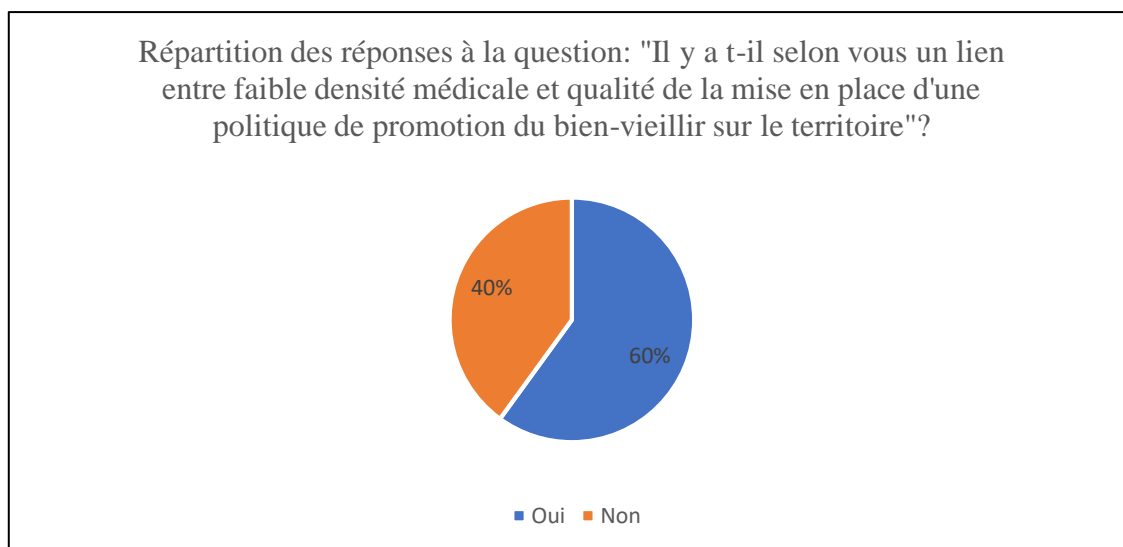
- Une meilleure expression des besoins et attentes des personnes et leur famille,
- Une meilleure réception et compréhension par les personnes des informations et conseils qui leur sont prodigués pour répondre à leurs besoins.

L'absence de cette relation privilégiée peut être source d'une réelle altération du « bien vieillir » de la personne âgée. En particulier, elle peut entraîner déni eu égard à l'apparition d'incapacité et/ou refus de bénéficier d'une aide extérieure, qui ont souvent pour conséquences une dégradation rapide de la situation de la personne et/ou des ruptures dans son parcours de prise en charge.

Par la même, la densité médicale d'un territoire impacte sans nul doute la mise en œuvre d'une politique de promotion du « bien vieillir » de proximité.

⁸ Atlas des situations de fragilité de 2014 réalisé conjointement par l'assurance maladie et l'assurance retraite.

Ce constat est partagé par la majorité des acteurs interrogés au cours de notre étude. En effet, 60% des entretiens réalisés tranchent en faveur d'un lien entre faible densité médicale et qualité de la politique conduite.



Ainsi, la densité médicale semble avoir un impact sur la qualité de la promotion du « bien vieillir » d'après les personnes interrogées. Ces chiffres doivent néanmoins être nuancés : 40% des entretiens tranchent à l'inverse en faveur d'une absence de lien entre densité médicale et qualité de la politique de promotion du « bien vieillir ». Pour ces personnes, les entretiens ont permis de mettre en exergue que la densité médicale n'est pas identifiée comme étant le principal frein à la conduite d'une telle politique.

❖ Des impacts de la densité médicale sur le repérage des fragilités

L'accès des seniors aux dispositifs de promotion du « bien vieillir » est directement impacté par une moindre densité médicale. Le repérage des fragilités de la personne semble alors précaire.

Cette distorsion entre l'offre médicale et les besoins de la population d'un territoire peut obliger le médecin à se restreindre à une prise en charge strictement curative. A titre d'exemple, on peut citer la réduction des temps de consultation par patient de certains médecins. Celle-ci s'opère dans le contexte d'une hausse de la demande de consultation par rapport à la disponibilité de l'offre et d'une rémunération à l'acte des médecins. Par ailleurs,

les médecins généralistes se déplacent moins souvent à domicile et leur participation à la permanence des soins⁹ est également en baisse.

La difficulté à assurer la permanence des soins sur l'ensemble des territoires¹⁰ est, dans une certaine mesure, liée à la densité médicale. Une moindre densité médicale met en tension le système de gardes : moins nombreux, les médecins doivent assurer des gardes plus souvent et le roulement est fragilisé. Cependant, la densité médicale n'explique pas l'intégralité de cette tendance. En effet, la réglementation relative à la participation des médecins aux gardes permettant d'assurer la permanence des soins s'est assouplie. Avant 2003, cette participation était obligatoire¹¹. A la suite d'un mouvement de contestations et de grèves des médecins généralistes, des évolutions règlementaires sont mises en œuvre en 2003 et 2005¹² à la faveur desquelles cette participation deviendra facultative.

1.2. Des impacts de la densité médicale sur le suivi de la personne âgée

❖ **Le médecin généraliste, un acteur sanitaire de proximité pour une population davantage poly-pathologique**

La densité médicale d'un territoire a une conséquence indéniable sur la qualité du suivi de la personne âgée. En effet, la régularité et la fréquence des rendez-vous médicaux permet alors d'assurer un meilleur ajustement des traitements à la personne qui les suivent. Cette problématique est essentielle en ce qui concerne le public des personnes âgées dont une part importante de la population présente des maladies chroniques. Selon la fiche « *Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires* » de la Haute Autorité de la Santé (2015), une personne âgée entre 65 et 74 ans présente en moyenne 2,12 pathologies, ce chiffre augmentant avec l'avancée en âge.

⁹ L'article R. 6315-1 du Code de la Santé Publique

¹⁰ Enquête du Conseil National de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2014.

¹¹ L'article 77 du Code de déontologie médicale, dans sa version antérieure à 2003, disposait: « C'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit »

¹² Décret n°2003-880 du 15 décembre 2003 et n° 2005-328 du 7 avril 2005 et avenant du 22 avril 2005 à la convention médicale du 12 janvier 2005

Par la même, et selon les logiques exposées précédemment, la faible densité médicale d'un territoire est propre à dégrader l'accès aux soins des populations locales.

❖ **Le médecin généraliste, un acteur du suivi et de coordination au cœur de la construction du projet de vie du patient**

Il apparaît que le « bien vieillir » des personnes est intrinsèquement lié à leur suivi, ce dernier devant être appréhendé dans le cadre d'une véritable logique de projet de vie. Cette approche, qui vise à prévenir les risques de rupture préjudiciables à la personne âgée, invite donc au décloisonnement et à la coordination des différents acteurs intervenant auprès d'elle. A titre d'exemple, on citera la problématique de l'articulation entre prise en charge hospitalière et prise en charge libérale.

❖ **L'évolution de la démographie est au cœur de la construction et de l'animation du parcours de vie de la personne âgée**

L'évolution de la densité médicale d'un territoire interroge le suivi médical des personnes âgées et la promotion de leur « bien vieillir ». En effet, le départ à la retraite d'un médecin généraliste n'est pas sans conséquences pour ses patients. Si son départ n'est pas anticipé, la question de l'animation des projets de vie de ses patients est entière. Cette question est d'autant plus prégnante lorsqu'elle concerne des territoires déjà faiblement dotés en médecins généralistes. Il s'agit donc d'une véritable problématique alors même que, comme le suggère la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)¹³, la France devrait voir entre 2016 et 2025 un nombre important de médecins généralistes libéraux cesser leur activité. Face à cette situation, les pouvoirs publics tentent d'inciter les médecins à s'installer dans les zones dites sous-dotées. La Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie¹⁴ met en place des contrats types nationaux pour lutter contre cette tendance. A ce titre, est mis en place à l'article 4 un contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), à l'article 5 un contrat de transition pour les médecins (COTRAM), à l'article 6 un contrat de stabilisation et de

¹³ « *Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée* » mai 2017 n°1011,

¹⁴ *Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie*, signée le 25 août 2016

coordination pour les médecins (COSCOM) et à l'article 7 un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM). Ces contrats permettent d'octroyer des avantages, notamment financiers à l'installation ou l'exercice en zones sous-dotées.

Les pouvoirs publics ont choisi ce positionnement. Il apparaît en effet difficile, pour différentes raisons, de revenir sur le principe de libre installation des médecins. La liberté d'installation est rappelée par l'article L.162-2 du Code de la sécurité sociale, qui dispose que : « *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux* ». Il paraît essentiel de réfléchir pourtant à cet aspect. Toutefois, ce questionnement ne peut se faire qu'en considérant la globalité du problème. Il ne peut être imposé à des médecins d'aller s'installer dans des zones délaissées par les services publics et dépourvues d'aménagements à même d'accueillir un praticien (commerce de proximité, présence de professionnels du soin, etc.) et sa famille (bassin d'emploi, école, etc.). De plus, cette mesure coercitive ne serait pas source de gains en termes de motivation, d'investissement et d'initiatives des médecins.

La densité médicale d'un territoire a de nombreux impacts dans la promotion du « bien vieillir ». Toutefois, il n'est pas possible aujourd'hui d'affirmer que le médecin traitant est l'acteur indispensable et unique dans cette démarche.

2. ... qui ne suffisent pas à eux seuls à garantir la promotion du « bien vieillir » sur les territoires

Si la densité médicale est un facteur indéniable qui influence la qualité de la politique de promotion du « bien vieillir », la pratique médicale semble être un élément davantage déterminant (2.1.). De plus, une pluralité d'acteurs intervient dans la prise en charge des personnes vieillissantes : les médecins généralistes n'en détiennent pas le monopole (2.2.).

2.1. Le problème n'est pas la densité médicale mais la pratique médicale

❖ **Une méconnaissance par le médecin généraliste des possibilités de prise en charge du « bien vieillir » sur le territoire**

La densité médicale ne peut à elle seule rendre compte de la promotion du « bien vieillir » sur un territoire.

Répartition des réponses à la question: " <i>Quel est l'investissement des médecins généralistes sur le territoire dans le cadre de la promotion du « bien vieillir »</i> "?		
MODALITES DE REPONSE	Nombre de réponses	Pourcentage de répondants
Connaissance des dispositifs	5	19%
Participation à des groupes de travail	3	12%
Soutien et orientation des aidants	4	15%
Strictement curatif	13	50%
Aucun	1	4%
Autres dont:	10	
Variable et personne dépendant	4	15%
Sans opinion	5	19%
Rôle d'éducation à la santé	1	4%

Parmi les réponses obtenues sur cette question, on constate que **50% des entretiens** pointent le rôle strictement curatif du médecin généraliste dans la promotion du « bien vieillir ». Par ailleurs, son rôle d'information et d'orientation au sein du dispositif de prévention est relativement peu mis en avant par les personnes interrogées, contre une des hypothèses envisagées par le groupe de travail.

Ces résultats sont en contradiction avec la réglementation qui énonce les attributions du médecin généraliste / médecin traitant. En effet,

- L'article L. 4130-1 du Code de Santé Publique stipule notamment que « *les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les*

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

suivantes : 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé (...); 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins (...); 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients (...); 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage »,

- L'arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant met en avant le fait que le médecin traitant « assure le premier niveau de recours aux soins, (...) oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés, (...) concourt aux soins de prévention, (...) favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants (...) ».

Par ailleurs, nos résultats doivent être pris avec précaution du fait du manque de représentativité des acteurs interrogés. A cet égard, Arnaud Gautier, Cécile Fournier et François Beck dans leur analyse « *Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention* »¹⁵ mettent en avant le fait que les médecins généralistes estiment en majorité que la prévention relève de leur compétence, qu'elle doit être assurée par eux et ne doit pas être déléguée à un autre acteur.

❖ La prédominance du « cure » ...

○ ...interroge la formation initiale et continue...

La formation initiale des médecins se concentre largement sur la prise en charge curative du patient. Cependant, la prise en charge des seniors implique de penser la personne dans sa globalité. Les personnes vivent de plus en plus longtemps avec des maladies qui autrefois entraînaient des décès brutaux. En conséquence, l'ensemble des professionnels médicaux sont confrontés à des personnes âgées polypathologiques. Il est donc crucial que l'ensemble du corps médical (et non seulement les médecins généralistes et gériatres) soit sensibilisé aux questions du vieillissement et développe une approche globale du patient vieillissant. Au niveau de la formation initiale, cela pourrait passer par une sensibilisation dans le cadre de la formation théorique et davantage de stages en cabinets de ville. A ce stade de la formation, il apparaît essentiel de renforcer leurs connaissances des besoins spécifiques de cette population et de l'offre de prise en charge existante.

¹⁵ *Actualité et dossier de santé publique* - ADSP n°77, décembre 2011

Par ailleurs, la nécessité de renforcer la formation continue est mise en avant par le Conseil national de l'ordre des médecins¹⁶. Il préconise également de mettre en place une certification périodique obligatoire des médecins. Celle-ci permettrait de valider les acquis de l'expérience, d'assurer le maintien des connaissances et la sécurité des usagers. Elle serait conduite à partir de 4 sources : le Développement Professionnel Continu (DPC) du médecin, l'analyse de l'activité du médecin, la répartition des activités du médecin, le portfolio du médecin.

○ **... ainsi que le mode de rémunération des professionnels médicaux**

Cette valorisation passera par la diversification des modes de rémunération afin de reconnaître réellement la mission de prévention des médecins. Ce glissement concerne certes les médecins généralistes mais plus largement les médecins libéraux et salariés (hospitaliers, scolaires, médecins du travail et autres). La mise en place de nouveaux modes de rémunération aura à veiller à la simplicité de sa mise en œuvre, si elle entend valoriser et promouvoir l'implication des médecins.

❖ **Des changements de mentalités**

Un rajeunissement des médecins (diminution de l'âge moyen des médecins passant de 51 ans aujourd'hui à 45 ans en 2035¹⁷), ainsi qu'une féminisation de la profession (en 2021, 60% des médecins en activité seront des femmes)¹⁸, est attendue. Ces tendances, qui s'accompagnent d'une évolution des attentes des jeunes métiers en matière de condition d'exercice, conduisent à une réduction des temps médicaux proposés (temps partiels des médecins généralistes).

Les pratiques médicales actuelles et à venir interrogent la pertinence d'un dispositif de promotion du « bien vieillir » reposant uniquement sur le médecin généraliste. L'implication des autres acteurs apparaît donc nécessaire.

¹⁶ *Pour l'avenir de la santé, de la grande consultation aux propositions*, 2016

¹⁷ « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », DREES, mai 2017.

¹⁸ Ibid.

2.2. Les médecins n'ont pas le leadership de la construction des projets de vie

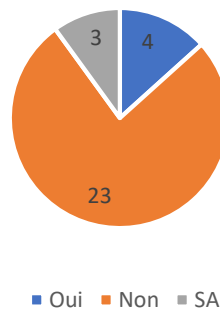
La promotion du « bien vieillir » est une démarche sociale avant d'être une démarche médicale. La personne doit être considérée dans sa globalité et son environnement doit être pris en compte. La Charte d'Ottawa stipule en 1986 que « *la santé se fabrique dans le contexte de la vie de tous les jours ; là où les gens vivent, aiment, travaillent et jouent* ». Le but est donc de construire un projet de vie avec la personne vieillissante. Le groupe de travail a préféré la notion de « projet de vie » à celle de « parcours de soin », parce qu'elle englobe l'ensemble des besoins et aspirations de la personne tout en la positionnant en co-constructeur du projet. Promouvoir le « bien vieillir », compte-tenu de l'approche retenue par le groupe, ce serait donc maintenir la capacité de la personne d'être acteur d'un projet de vie personnalisé et choisi.

Une telle approche du « bien vieillir » suppose l'intervention, la coordination et coopération d'une multitude d'acteurs ; chacun apporte ses compétences propres et concourt à une prise en charge globale et personnalisée.

La multiplicité des acteurs soulève la question de leur nombre. Une hypothèse de départ du groupe de travail était que ce nombre, trop important, constituait une difficulté dans la mise en œuvre d'une politique de promotion du « bien vieillir ». Or, 73% des réponses obtenues dans le cadre des entretiens tranchent en faveur du fait que ce nombre d'acteur n'est pas trop important. Ce positionnement est partagé par l'ensemble des acteurs interrogés, qu'ils soient usagers ou professionnels. L'hypothèse de départ n'est donc pas confirmée. Certains acteurs interrogés considèrent d'ailleurs cette multiplicité d'acteurs comme une richesse et une source d'innovation du point de vue de la prise en charge.

Ainsi, le problème ne serait pas tant le nombre d'acteur que leurs rapports les uns aux autres, c'est-à-dire leur capacité à se coordonner. D'après l'étude réalisée, la majorité des personnes interrogées (23 entretiens) pointe un manque de coordination dans le dispositif de promotion du « bien vieillir » sur leurs territoires respectifs. Cette réponse ne varie pas selon le type d'acteur considéré.

Répartition des réponses à la question: "Pensez-vous que les acteurs de la promotion du bien vieillir sur le territoire soient coordonnés dans leurs actions"?



Ainsi, la densité médicale a des impacts certains dans la promotion du « bien vieillir ». Ces impacts doivent être pris en compte par la CFPPA dans le cadre de l'élaboration du programme de coordination. En effet, plus le programme de coordination tiendra compte de cette donnée et plus sa mise en œuvre, en local, sera pertinente.

II. ... est une réalité territoriale à prendre en compte par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie lors de l'élaboration du programme de coordination

Face à la réalité territoriale constatée lors du diagnostic, la CFPPA élabore un programme de coordination afin de financer les actions les plus efficaces en matière de promotion du « bien vieillir ». Lors de l'élaboration de ce programme, deux impératifs se présentent à la CFPPA : adopter un positionnement cohérent dans la prise en charge (1) et être créatif, pragmatique sur le long terme (2.)

1. Lors de l'élaboration du programme de coordination, deux impératifs s'imposent à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie : adopter un positionnement cohérent dans la prise en charge...

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

- 1.1. Un positionnement à opérer : donner les moyens pour placer de manière effective, efficiente et cohérente le médecin généraliste au cœur de la promotion du « bien vieillir » ...

La densité médicale, et au-delà, le travail médical est au cœur de la promotion du « bien vieillir » sur un territoire. Partant de cette affirmation, la CFPPA doit se donner les moyens d'impliquer ces professionnels et de développer des dispositifs de coordination les associant de manière pérenne. Parmi les actions possibles, peuvent être mises en avant de :

❖ **Permettre une meilleure coopération inter et intra-professionnelles**

La majorité des médecins pensent que la coordination entre les professionnels de santé doit être améliorée. Dans son livre blanc publié en 2016 *Pour l'avenir de la santé, de la grande consultation aux propositions*, le Conseil national de l'Ordre des médecins met en avant le fait que 79% des médecins interrogés (consultation de 35 000 professionnels) sont favorables à une coopération forte entre médecine ambulatoire et hospitalière. De plus, pour 85% des médecins, il est important de structurer le parcours de soins entre la ville et l'hôpital.

L'amélioration de la coopération inter et intra-professionnelle pourrait par exemple passer par :

- L'aménagement de locaux dédiés, en proximité, ayant vocation à rassembler différents professionnels de santé. En France les maisons pluri professionnelles se développent mais méritent d'être confortées et pérennisées. Il ne s'agit pas uniquement de rassembler différentes spécialités médicales, mais bien de permettre à des acteurs aux domaines de compétences divers de collaborer. Pourront par exemple être rassemblés un médecin généraliste, un kinésithérapeute et un ophtalmologue, mais également une association travaillant pour le « bien vieillir » des seniors, une assistante sociale et une socio-esthéticienne. Il s'agit d'aller au-delà des modèles classiques d'organisation et de segmentation professionnelles¹⁹.

¹⁹ Les MVZ (Medizinische Versorgungszentren) allemands sont à ce titre un exemple de prise en charge. Centres de santé de proximité pluridisciplinaires de petite taille, ils sont nés en Allemagne en 2004. Ils ont pour

Ceci pourrait améliorer le repérage précoce de la fragilité, et une orientation rapide dans un dispositif de promotion du « bien vieillir », reposant sur l'élaboration d'un projet de vie. En plus de garantir une prise en charge de qualité, cet aménagement est gage d'attractivité pour les territoires et ses professionnels.

- La mise en place d'ateliers thématiques autour du « bien vieillir » rassemblant les différents acteurs du soin. Pour permettre une collaboration, coopération des acteurs, il faut au préalable les faire se rencontrer et leur donner envie de travailler ensemble autour de projets fédérateurs. Dans cette perspective, la CFPPA a toute sa place pour soutenir des projets innovants et favoriser ces temps de rencontre et d'échange. Elle doit en particulier veiller à les faciliter d'un point de vue organisationnel: aménagement des horaires de réunion, compensations financières pour la fermeture du cabinet, etc.
- La conception d'outils informatiques permettant les rapprochements virtuels des professionnels du soin. Cette mesure implique la promotion de projets autour de systèmes d'informations partagés permettant de disposer d'informations actualisées : identité et contact des professionnels, différents modes de prise en charge possibles, disponibilités des professionnels à un instant T, etc.

Il peut être intéressant de constater que les propositions précédentes (aménagement de locaux, favoriser les rencontres entre acteurs du soin, etc.), ne sont pas forcément coûteuses ou ni chronophages à mettre en œuvre. Penser la coopération implique du pragmatisme.

❖ **Intéresser les médecins aux démarches de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie**

Actuellement, les médecins libéraux (toutes spécialités confondues) ne sont pas les destinataires potentiels des appels à projets (ces derniers d'adressant uniquement aux personnes morales). Et pourtant, ils demeurent des acteurs essentiels dans la promotion du « bien vieillir » sur le territoire. Confirmer un dispositif de prise en charge qui fait, du

origine les « poliklinik » de l'ex-Allemagne de l'Est. Offrant une médecine de proximité, les MVZ facilitent l'accès aux soins coordonnés de premier et second recours. Ils proposent une médecine centrée sur le patient en favorisant la coordination entre des professionnelles du soins.

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

médecin en général, et du médecin généraliste en particulier, une pierre angulaire et un sentinelle en matière de prévention impose de les mobiliser plus fortement au sein de l'instance. Lors des entretiens menés, les membres de la CFPPA et les médecins ont affirmé la participation des professionnels médicaux aux travaux réalisés dans le cadre de cette instance était envisageable. Cependant, dans les faits, leur présence reste précaire. Différentes explications peuvent être avancées : manque de temps, manque d'implication des médecins en matière de « bien vieillir », etc. Par ailleurs, le fait que les médecins ne soient pas ciblés par les procédures d'appel à projet fait question. En effet, à défaut de les inclure dans ce dispositif, leur participation aux travaux de la CFPPA risque d'être de pure forme. A l'inverse, cibler ces acteurs dans le cadre des appels à projet permettrait de les intéresser réellement à la démarche de promotion du « bien vieillir ».

Si les acteurs de la promotion du « bien vieillir », médecin compris, ont intérêt à travailler ensemble, le lien de coordination / coopération pourra alors se faire. Or, établir un lien entre des acteurs aux identités propres et aux logiques différentes est ce qu'il y a de plus difficile à faire. C'est là tout l'enjeu de la CFPPA.

Mais, bien au-delà des actions de la CFPPA, des positions claires doivent être adoptées au niveau national afin de garantir une déclinaison territoriale cohérente. Dans la mesure où cela n'est pas du ressort de la CFPPA, il s'agira ici de les mentionner et non de les développer. Parmi les éléments pour lesquels une position affirmée à l'échelon national est nécessaire figurent notamment :

- La liberté d'installation des médecins,
- La formation initiale et continue des médecins,
- La valorisation de l'activité de prévention par les médecins.

La CFPPA peut prendre position en faveur d'une autre structuration du dispositif de promotion du « bien vieillir ». En effet, elle peut légitimement décider que le médecin n'est pas la pierre angulaire de ce dispositif. Si un tel parti est pris, la CFPPA aura à favoriser l'émergence de nouvelles organisations pour mieux garantir cette démarche.

1.2. ... ou favoriser l'émergence de nouvelles organisations mieux à même de garantir cette démarche

L'allocation de moyens supplémentaires et dédiés à la promotion du « bien vieillir » par la CFPPA peut permettre à de nouveaux acteurs de s'impliquer dans cette démarche. Au regard des expérimentations nationales, des mises en œuvre internationales et des entretiens menés par le groupe de travail, deux pistes de réflexion peuvent être envisagées qui recentrent l'organisation du dispositif sur de nouveaux acteurs.

❖ La création de nouveaux métiers






La création de nouveaux métiers peut passer soit par l'aménagement des métiers existants, soit par l'élaboration de métiers inédits. A ce titre et dans le cadre de l'élaboration du programme de coordination, la CFPPA peut prendre position, au regard du recensement des besoins sur le territoire.

L'aménagement de métiers existants semble être en cours. En effet, certains professionnels de santé réalisent des actions qui s'insèrent dans une démarche de promotion du « bien vieillir ». Ces actions ne font pas partie de leur cœur de métier mais relèvent le plus souvent de la bonne volonté des professionnels. Elles ont une réelle plus-value sur le « bien vieillir » mais, faute d'encadrement et de structuration, elles se révèlent fragiles et personne-dépendantes. Non pérennes, il s'agit dès lors d'identifier ces actions pour les valoriser et garantir leur continuité. L'exemple du métier de pharmacien peut être cité. En effet, certains pharmaciens ont un vrai rôle de prévention auprès des seniors. Ils ont la confiance des personnes et sont parfois les seuls à même de déceler des situations de fragilités. Valoriser ce rôle de prévention en leur confiant davantage de tâches (renouvellement d'ordonnances, vaccination contre la grippe, etc.) est une démarche en cours. Dans cette perspective la CFPPA pourrait mobiliser les pharmaciens afin de mettre en place des actions clairement définies et entrant dans leur domaine de compétences (conseil aux aidants, repérage des fragilités, information et orientation, etc.). Ces mesures ne sont ni difficiles à mettre en œuvre, ni coûteuses. Il appartient à la CFPPA, si telle est sa position, d'inclure ces professionnels dans son programme de coordination.

La conception de métiers inédits pourra également être envisagée. Le développement du « bien vieillir » nécessite de répondre à différents besoins. Dans son rapport de juillet 2015, *Faire du bien vieillir un projet de société*, l'Institut Montaigne envisage trois besoins insuffisamment satisfaits à ce jour. Sont mentionnés : le besoin d'information et d'orientation du senior dans la durée, le besoin de cohérence et de coordination des services et le besoin de contrôle de la qualité des prestations. Sur la base de ce qui a été mis en place à l'étranger (voir encadré), un moniteur de service pourrait intervenir sur trois plans : le suivi du senior, la coordination des services et le contrôle de la qualité des services. Cet acteur de proximité pourrait être une personne salariée, employée par un organisme de pilotage de l'intégration de service à la personne. Il serait le pivot en termes de coordination des services. Parallèlement à cette mise en place, le rapport recommande l'accompagnement de la personne par un « coach de vie ». Ce nouvel acteur interviendrait avant et pendant la dépendance de la personne âgée. Il serait alors un acteur essentiel dans le repérage des fragilités. Le coach de vie interviendrait sur trois plans : être attentif aux besoins psychologiques et cognitifs de la personne, être attentif à ses besoins physiques et être impliqué dans la vie quotidienne à domicile (courses, préparation des repas, etc.). Il aurait aussi un rôle d'information et d'alerte auprès du médecin traitant et des aidants.

Les possibilités sont nombreuses et la CFPPA a toute sa place à prendre dans cette réflexion créative au cœur de la promotion du « bien vieillir ». La nécessité de mise en place de nouveaux métiers a largement été mentionnée lors des entretiens. La prise de conscience existe, le besoin est réel, une prise de position claire est attendue.

Plusieurs pays tels que le Japon, la Suède, le Canada, l'Allemagne ou encore le Danemark ont développé des systèmes de care management permettant de coordonner et / ou d'auditer les prestations de services reçus par les personnes âgées dépendantes.

	Responsabilités du « care manager »				Employeur	Date de création
	Évaluation de la situation	Définition du plan d'aide	Coordination des services	Contrôle de la qualité des services		
	✓	✓	✓	✓	Municipalité	Années 1990
	✓	✓	✓	✓	Community Care Access Centres (organismes publics)	1996
	✓	✓	✓	✓	Municipalité	2000
			✓		Caisse d'assurance	2009
	> Réalisée par un « care assessor »	> Réalisée par un « care assessor »	✓		Municipalité	

Au **Japon**, la fonction de care manager (coordinateur / auditeur) a été instituée en 2000 parallèlement à la mise en place d'un système d'assurance dépendance géré par les municipalités. Le Japon compte cinq millions de personnes dépendantes.

Le **care manager** (coordinateur / auditeur) fait le lien entre la personne dépendante et les prestataires de services à la personne. Il remplit quatre fonctions principales :

- l'**évaluation des besoins** des personnes en coordination avec une équipe d'experts et le médecin traitant,
- la **définition du plan de services** et de **soins**,
- la **coordination des prestations** reçues,
- le **contrôle** de la **qualité** des prestations.

Source : *Faire du bien vieillir un projet de société*, Institut Montaigne, Juillet 2015

❖ La co-construction du projet de vie avec la personne âgée actrice de son projet

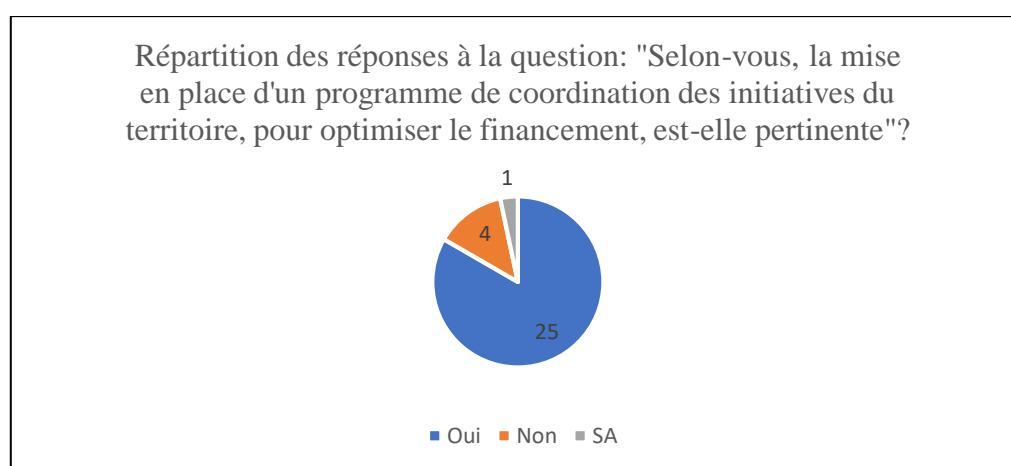
La définition même de promotion du « bien vieillir » renvoie à l'implication des personnes dans l'élaboration, la construction et le suivi de leur projet de vie. Cette implication est déjà reconnue, valorisée et institutionnalisée dans certains pays. Par exemple, au Japon, les usagers élaborent eux-mêmes leurs projets avec les conseils d'un *Care Manager*. Celui-ci conseille les bénéficiaires dans le choix des services et coordonne les prestataires mais la décision revient aux bénéficiaires. Pour contraster, en France, l'équipe médico-sociale définit avec le bénéficiaire le plan d'aide dans la limite d'un plafond. L'approbation de ce plan revient ensuite au Conseil départemental.

Adopter un positionnement clair quant à la politique de promotion du « bien vieillir » à conduire sur le territoire permettra de libérer les créativité et de favoriser la structuration d'un dispositif pragmatique et pérenne.

2. ...et être créatif, pragmatique sur le long terme

2.1 Une fois le positionnement choisi, la nécessité d'être créatif et pragmatique...

La majorité des réponses obtenues dans le cadre des entretiens réalisés (83%), quel que soit le type d'acteur considéré, tranche en faveur de la pertinence d'un programme de coordination, au moins théorique.



Pour autant, la pratique a amené nos interlocuteurs à nuancer cette position dès lors qu'il leur était demandé d'apporter des précisions. De nombreux axes d'amélioration peuvent ainsi émerger que la CFPPA peut prendre en compte afin de promouvoir une véritable politique de promotion du « bien vieillir ».

❖ **Fédérer les acteurs sur son territoire**

Si la CFPPA doit être à l'initiative d'une véritable dynamique de promotion du « bien vieillir » sur un territoire, une telle politique doit inclure une pluralité des acteurs.

Ainsi, la CNSA, dans sa présentation de la CFPPA indique: qu'« *elle fédère les acteurs du secteur sur des actions et des stratégies partagées au service de la construction de réponses*

plus lisibles et cohérentes pour les personnes »²⁰. Au regard de cet objectif, le choix de l'appel à projet comme procédure d'attribution des financements peut être questionné.

Si cette modalité répond sans nul doute à l'impératif d'efficacité et de pertinence dans l'allocation des financements, elle ne semble pas permettre de fédérer les acteurs. En effet, la procédure appels à projet peut se révéler laborieuse et administrative. Ainsi, la nécessité de disposer de la compétence, en interne, pour répondre à ces appels peut créer une barrière à l'entrée du dispositif: cette procédure écarterait les acteurs qui n'en disposent pas et privilégierait ceux qui en disposent. Dans certains territoires, un organisme ou institution (la mairie par exemple) peut soutenir les acteurs locaux et leur apporter cette compétence. Une telle démarche n'est cependant pas généralisée.

❖ **Promouvoir des actions globales**

La Charte d'Ottawa insiste sur le fait que « *la politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles* ».

La CFPPA doit tendre vers cet objectif en privilégiant le financement de dispositifs prenant en compte l'ensemble des besoins du senior. Toutefois, la procédure d'appel à projet tend à promouvoir aujourd'hui le financement d'actions ciblées et ponctuelles.

Par ailleurs, la CFPPA devra soutenir des dispositifs innovants : création de nouveaux métiers, nouvelles formes de collaboration, etc.

❖ **La nécessité d'une cohérence territoriale**

La CFPPA doit avoir une démarche pragmatique et veiller à la cohérence territoriale. Cela implique notamment de questionner l'échelon le plus à même de garantir la promotion du « bien vieillir » des seniors. Parmi les acteurs interrogés, l'échelon de la commune a été largement identifié comme étant le plus pertinent pour répondre aux besoins des aînés. Les seniors interrogés le désignent comme étant l'échelon le plus visible. Questionner l'échelon territorial suppose également de prendre en compte les réalités territoriales qui l'entourent. Ces dernières peuvent se superposer et nuire à la cohérence de la prise en charge et à la

²⁰ www.cnsa.fr.

réalisation du projet de vie. Ainsi, le territoire d'un Groupement Hospitalier de Territoire peut ne pas correspondre à celui du département, celui de la MAIA, celui du PAERPA, celui du gérontopole, etc.

Par ailleurs, une coordination entre les différentes CFPPA devra être mise en place afin d'échanger sur les actions menées et les bénéficiaires des financements.

2.2 ...en pérennisant les dispositifs de promotion sur le long terme

❖ **La nécessité que la CFPPA s'inscrive dans la durée pour s'ancrer dans le territoire**

S'inscrire comme acteur déterminant de la promotion du « bien vieillir » sur le territoire passera par un travail de clarification de son rôle et une communication à même d'asseoir sa notoriété sur le territoire. Cela passe par une programmation précise et un bilan des actions menées sur le terrain. Lisibilité et notoriété permettront d'améliorer le recours à ce dispositif et donc la promotion du « bien vieillir » des personnes âgées in fine.

❖ **Des aménagements à réaliser**

Différents aménagements pourront être réalisés pour tendre vers cet objectif.

- Tout d'abord, le principe d'annualité d'allocation de crédits ne permet pas de pérenniser un dispositif. Il apparaît difficile de parvenir à fédérer des équipes et donner un cap en matière de « bien vieillir » si le dispositif n'a pas une durée de vie à moyen terme. Dès lors, il serait intéressant d'envisager une allocation de financement pluriannuelle (cinq ans par exemple).
- Ensuite, la CFPPA aura à privilégier les actions ayant une réelle portée sur le long terme. En effet, au-delà de mesures ciblées dans l'espace et dans le temps, il sera nécessaire de privilégier les mesures ayant vocation à s'inscrire durablement sur un territoire et considérant le senior dans sa globalité.
- Enfin, la CFPPA, pour garantir la pérennité des projets qu'elle finance, devra veiller à leur évolutivité et adopter une posture prospective. Ces projets devront en effet pouvoir s'adapter au cours du temps pour garder toute leur opérationnalité. Cette modalité pourra faire l'objet d'exigences dans le cadre de l'élaboration du cahier des charges.

Préconisations

POUR PROMOUVOIR LE « BIEN VIEILLIR » SUR LES TERRITOIRES

- 1. Favoriser une approche globale de la personne âgée au regard de ses besoins et de son environnement** en permettant le travail inter et intra-professionnels. La promotion du « bien vieillir » a une dimension collective ;
- 2. Permettre à la personne âgée d'être co-constructeur de son projet de vie** au regard d'un ensemble de possibilités ;
- 3. Offrir une image positive du vieillissement** par l'insertion des personnes âgées dans la cité (logement, transport, milieu associatif, programmations culturelles, etc.) ;
- 4. Harmoniser la dénomination et l'organisation des dispositifs entre les territoires** pour permettre une vue d'ensemble et une meilleure appropriation des dispositifs par les professionnels et les personnes âgées ;
- 5. Renforcer la formation des médecins sur l'offre relative à la promotion du « bien vieillir » sur les territoires** lors de la formation initiale et de la formation continue (cours, colloques, séminaires, travaux interprofessionnels, plateforme informatique unique, unifiée et didactique, etc.) ;
- 6. Valoriser l'activité de prévention et d'orientation du médecin** via la rémunération et la simplification des démarches (mise en place d'un outil de repérage des fragilités, par exemple) ;
- 7. Mener une réflexion sur la mise en œuvre de nouveaux métiers** de coordination de proximité centrés sur les besoins de la personne au regard de son projet de vie ;
- 8. Mettre en place une consultation globale en amont du départ à la retraite de la personne** en lien avec le monde de l'entreprise et les médecins du travail ;
- 9. Soutenir et pérenniser les initiatives d'opérateurs locaux dans la promotion du « bien vieillir »** en adoptant une démarche de « living lab » ;
- 10. Identifier l'échelon le plus pertinent pour la promotion du « bien vieillir »** en distinguant l'échelon de la coordination et celui de la mise en œuvre. L'échelon régional et communal semblent respectivement les plus appropriés.

Conclusion

La densité médicale a des impacts certains dans la promotion du « bien vieillir » sur les territoires. A la croisée du repérage des fragilités, de la prévention, de l'orientation et du conseil, le médecin généraliste a un rôle important. Cependant, la densité médicale ne peut justifier à elle seule la qualité de la promotion du « bien vieillir »: volonté des professionnels médicaux à s'impliquer dans cette démarche, importance d'autres acteurs qui travaillent également au plus près des seniors, doivent être prises en compte.

Ainsi, la CFPPA doit réfléchir à la manière d'impliquer les médecins généralistes à l'élaboration du programme de coordination et prendre en compte la démographie médicale locale pour garantir l'efficacité des fonds alloués et la pertinence des actions sur le terrain.

Au-delà de cette réflexion sur la place du médecin généraliste dans le dispositif, l'amélioration de la politique de promotion du « bien vieillir » constitue un enjeu majeur, dont la prise de conscience sociétale est croissante. Aussi, la CFPPA, instance récente aura à être créative sur la structuration d'une offre globale permettant de répondre à cet enjeu.

Nous avons eu un intérêt certain à échanger avec une diversité d'acteurs. Elle nous a permis d'élargir notre compréhension des déterminants du "bien vieillir" et des actions à conduire en faveur de sa promotion. La question centrale n'est pas de savoir quel est l'acteur le plus important dans cette démarche dont la richesse réside précisément dans la collaboration et la coopération d'acteurs différents et complémentaires. L'intelligence collective au service des besoins de la personne, tel est l'élément clé dans la promotion du "bien vieillir". Là est tout l'enjeu pour les prochaines années : créer du lien entre les différents acteurs intervenant auprès de la personne âgée.

L'efficacité et la pertinence de l'élaboration du programme de coordination de la CFPPA, comme d'ailleurs la qualité de sa mise en œuvre, tiendra moins au volume des fonds alloués qu'aux nouvelles pratiques et habitudes de travail suscitées.

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

Bibliographie

Textes codifiés

- Article L. 14-10-10 du Code de l'action sociale et des familles
- Articles L233-1 à L233-6 du Code de l'action sociale et des familles
- Article 77 du Code de déontologie médicale (version en vigueur avant 2003)
- Article L. 4130-1 du Code de Santé Publique
- Article R. 6315-1 du Code de la Santé Publique
- Article L162-2 du Code de la Sécurité Sociale

Textes législatifs

- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 3 à 5)

Textes règlementaires

- Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
- Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
- Arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant salarié.
- Décret n°2016-209 du 26 février 2016 relatif à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées
- Décret n°2016-212 du 26 février 2016 relatif aux concours versés aux départements par la CNSA.

- Décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées
- Décret n°2016-1454 du 28 octobre 2016 portant sur l'adaptation aux départements d'outre-mer et à des collectivités d'outre-mer des dispositions relatives à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Conventions

- Avenant du 22 avril 2005 à la convention médicale du 12 janvier 2005
- Convention nationale du 25 août 2016 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

Chartes

- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé établie par l'Organisation mondiale de la santé le 21 novembre 1986

Articles

- DIRECTION GENERALE DU TRESOR ET DE LA POLITIQUE ECONOMIQUE, septembre 2008, "Mode de rémunération des médecins", *Trésor éco*, lettre n°42, [En ligne] [Consulté le 10 mai 2017], disponible à l'adresse: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/file/326885>
- GAUTIER A., FOURNIER C. et BECK F., décembre 2011, "Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention", *ADSP*, n°77
- MANSUY M., LACROIX S, avril 2011 "Aide sociale à l'insertion et aux personnes âgées, la situation contrastée des départements", *INSEE Première* n°1346 [En ligne] [Consulté le 5 mai 2017], disponible à l'adresse: http://www.fesp.fr/sites/default/files/attachments/insee_premiere_aidessociales_per_s_agees.pdf
- IRDES et DRESS , mars 2012 "L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux", *Questions*

d'Economie de la santé, n°174, [En ligne] [Consulté le 5 mai 2017], disponible à l'adresse: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>

- IRDES, janvier 2016 "La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire", *Questions d'économie de la santé*, n°214, [En ligne] [Consulté le 5 mai 2017], disponible à l'adresse: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins.pdf>

Rapports et plans

- Dr AQUINO J-P, 2013, " Anticiper pour une perte d'autonomie préservée : un enjeu de société", *Comité avancé en âge, prévention et qualité de vie*, [En ligne] [Consulté le 4 mai 2017], disponible à : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000175/>
- ASSURANCE MALADIE ET ASSURANCE RETRAITE, 2014, "Atlas des situations de fragilité", [En ligne] [Consulté le 4 mai 2017], disponible à : <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub-bootstrap/files/pdf/rapports-documents-reference/atlas-situations-fragilite.pdf>
- BACHELET M. et M. ANGUIS M, mai 2017, " Le médecin d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée", *DREES*, n°1011, [En ligne] [Consulté le 4 mai 2017], disponible à l'adresse <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>
- BARTHELEMY L. BODARD L. FEROLDI J., avril 2014, "Actions collectives « bien vieillir », repères théoriques, méthodologiques et pratiques", *INPES*, [En ligne] [Consulté le 5 mai 2017], disponible à l'adresse: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1548.pdf>
- Dr BROUET, , Janvier 2016 "Atlas de la démographie médicale en France ", *Conseil national de l'ordre des médecins*, disponible à l'adresse https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, janvier 2016, libre blanc " *Pour l'avenir de la santé, de la grande consultation aux propositions*" [En ligne] [Consulté le 5 mai 2017], disponible à l'adresse: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/file/cnom_lb_grande_consultation.pdf
- COUR DES COMPTES, juillet 2016, " Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, *Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*", *Cour des comptes et chambres régionales des comptes*, [En ligne] [Consulté le 2 mai 2017], disponible à l'adresse: <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Le-maintien-a-domicile-des-personnes-agees-en-perte-d-autonomie>
- Pr DRUAIS P-L, mars 2015 "La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé", rapport remis à Madame Marisol Touraine, [En ligne] [Consulté le 4 mai 2017], disponible à l'adresse: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
- INSTITUT MONTAIGNE, Juillet 2015, " Faire du bien-vieillir un projet de société", [En ligne] [Consulté le 4 mai 2017], disponible à l'adresse: <http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/rapport%20vieillessement.pdf>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, Septembre 2015, " Plan national d'Action et de prévention de la perte d'autonomie", [En ligne] [Consulté le 4 mai 2017], disponible à l'adresse: http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_per_te_dautonomie.pdf
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, 2007 " Plan national « bien-vieillir » 2007-2009 ", [En ligne] [Consulté le 2 mai 2017], disponible à l'adresse: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.p
- Projet de rapport annexé à la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, février 2014, [En ligne] [Consulté le 2 mai 2017], disponible à l'adresse:

http://ancreai.org/sites/ancreai.org/file/rapport_annexe_loi_autonomie_pour_le_ce.pdf

- RAHOLA A., rapporteur du comité interministériel de la dépendance, juin 2011 : "Synthèse du débat national sur la dépendance", *ministère des solidarités et de la cohésion sociale* [En ligne] [Consulté le 4 mai 2017], disponible à l'adresse: http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_de_debat_national_sur_la_depandance.pdf

Guides et fiches méthodologiques

- CNSA et DGCS, avril 2016, "guide technique de la conférence des financeurs et de la perte d'autonomie".[En ligne] [Consulté le 2 mai 2017], disponible à l'adresse: http://www.cnsa.fr/documentation/conference_des_financeurs_guidetechnique_v1.pdf
- CNSA, avril 2017, les cahiers pédagogiques de la CNSA, Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.
- HAUTE AUTORISE DE SANTE, mars 2015, "note méthodologique et de synthèse documentaire: prendre en charge une personne âgée poly pathologique en soins primaires", [En ligne] [Consulté le 10 mai 2017], disponible à l'adresse: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polyopathie_de_la_personne_agee.pdf

Enquêtes

- CSA et FEPEM: enquête réalisée par l'institut de sondages CSA (*Consumer Science & Analytics*), en partenariat avec la Fepem (Fédération des particuliers employeurs de France), mai 2016 "Domicile & citoyen",[En ligne] [Consulté le 10 mai 2017], disponible à l'adresse: <https://www.autonom-ease.com/sondage-83-des-francais-souhaitent-veillir-a-domicile-309491-article.xhtml>.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, décembre 2014, "Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur la permanence des soins en médecine

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

générale au 31 décembre 2014", [En ligne], [Consultée le 18 mai 2017], disponible à: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds2014.pdf>

Sites internet

- www.apmnews.com
- www.ash.tm.fr
- www.cnsa.fr
- www.data.drees.sante.gouv.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.insee.fr
- www.observatoire-des-territoires.gouv.fr

- www.pourbienvieillir.fr
- www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
- www.vie-publique.fr

Liste des annexes

Annexe 1: Liste de définitions

Annexe 2: Caractéristiques démographiques des 14 départements d'étude

Annexe 3: Grille d'entretien professionnel

Annexe 4: Grille d'entretien usagers et proches aidants

Annexe 5: Guide d'entretien

Annexe 6: Présentation des personnes sollicitées

Annexe 7: Présentation des résultats de l'analyse quantitative des entretiens

Annexe 8: Programme de l'évènement "Silver show"

Annexe 9: Compte-rendu de l'évènement "Silver show"

Annexe 10: Présentation des verbatims extraits par thématique de l'entretien

ANNEXE 1 : Liste des définitions

Aidant (définition de la Haute Autorité de Santé)

- Les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non, et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, etc.

Allocation Personnalisée d'autonomie (APA)

- L'APA est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie. Elle permet de financer une partie des dépenses nécessaires au maintien à domicile. Elle est versée par le Conseil Départemental sans condition de revenus, en revanche le montant attribué dépend du niveau de revenu. Son évaluation est réalisée à partir d'une grille nationale appelée AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe Iso-Ressources) (CASF, art. R. 232-3).

Bien vieillir

- Consiste à garder, malgré l'apparition de pathologies liées à l'âge, le maximum de ses capacités physiques, intellectuelles et son activité sociale. Cette expression renvoie à la distinction entre vieillissement physiologique et vieillissement pathologique : il ne s'agit pas de lutter contre le vieillissement mais de limiter ses effets indésirables. A rapprocher de la notion de "**bien vivre ensemble**".

Coordination

- La coordination consiste dans un groupe à diriger les actions des différents membres vers la réalisation d'un but commun avec la meilleure efficacité. Elle recouvre l'ensemble des moyens que se donne un groupe pour atteindre un objectif partagé.
- La coordination suppose la complexité (renvoie au concept d'Edgard Morin) : dans le cas de la prévention de la perte d'Autonomie on a une multiplicité d'acteurs, une hétérogénéité importante des besoins selon la situation de la personne et son environnement. Plus un système est complexe, plus le besoin de coordination est important et plus la coordination est elle-même compliquée à organiser.

Démographie médicale : étude statistique du corps médical sur un territoire donné.

Densité médicale : Elle mesure le nombre de professionnels de santé par rapport à la population d'un territoire donné. Elle est calculée pour 100 000 habitants.

- Pour les **médecins généralistes**, leur densité est passée de 118,79 pour 100 000 habitants en 1968 à 298 en 2014. Actuellement ce nombre est dans la moyenne européenne.

- La densité médicale doit être interprétée au regard des caractéristiques démographiques de la population : une même densité n'implique pas la même capacité à répondre aux besoins de santé selon l'âge, le niveau socioéconomique etc. de la population.
- **Un désert médical** correspond à un manque de professionnels médicaux par rapport à la taille et aux besoins d'une population.
- Une faible densité de professionnels de santé au sein d'un bassin de vie peut avoir de **multiples conséquences** :
 - o Des difficultés d'accès liées à l'absence de praticiens ou à leur éloignement ;
 - o Des délais de rendez-vous très importants chez les professionnels de santé présents, pouvant entraîner un renoncement aux soins de la part de certaines personnes ;
 - o Une baisse de la qualité de la prise en charge et du suivi assuré par les médecins ;
 - o Des difficultés de permanence des soins ;

Médecin traitant

- [1] *La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie* met en place le médecin traitant. Son rôle est défini par *l'arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant*. Celui-ci peut être un médecin généraliste ou spécialiste. Il est important de noter qu'il existe une différence entre la reconnaissance d'un médecin traitant par la personne âgée et par le système de sécurité sociale. En effet, une personne pourra avoir recours à son médecin qu'elle pense "traitant", sans pour autant que les démarches administratives n'aient été faites pour le déclarer en tant que tel à l'administration. Dans la majorité des cas, le médecin traitant est le médecin généraliste. Dans le cadre de cette présentation, les deux notions seront considérées de la même manière.

Personne âgée:

- La **personne âgée** est, pour le sens commun, une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. Selon le contexte, l'âge selon lequel on considère une personne "âgée" diffère. Dans le cadre de notre travail, nous envisageons la notion de "personne âgée" dès la sortie de la vie active. Nous associons ce terme à ceux de "*seniors*" ou encore d'*ainés*".

Perte d'autonomie :

- La **perte d'autonomie** peut être définie de la façon suivante : c'est l'incapacité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante. Elle est parfois appelée **dépendance**.
- Elle varie en intensité et en nature, selon les individus et dans le temps.
- La perte d'autonomie des personnes âgées est évaluée selon des critères précis, à l'aide d'une grille "**Autonomie gérontologie groupes iso-ressources**" (**AGGIR**).
- Cette grille permet d'apprécier les activités effectuées ou non par la personne seule. Elle sert à définir les groupes dits iso-ressources (GIR) rassemblant les personnes ayant des niveaux proches en termes de besoins d'aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne.
- Il existe six groupes dits « iso-ressources » (GIR), censés regrouper des personnes qui peuvent avoir des profils d'incapacité différents, mais qui ont besoin d'une même quantité

d'heures de prise en charge. Le GIR 1 constitue le niveau de dépendance le plus sévère et le GIR 6 le plus faible.

Prévention

- Ensemble des mesures qui ont pour but d'éviter qu'une situation se dégrade ou qu'un accident/maladie n'apparaisse.
- L'OMS distingue trois types de prévention : **La prévention primaire, secondaire et tertiaire.**

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. (...) La promotion de la santé ne relève (...) pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu". OMS, Charte d'Ottawa, 1986*
- La notion de promotion de la santé ainsi défini renvoie à celle de "**capabilité**" développée par **Amartya Sen** : capacité qu'a un individu de réaliser son projet de vie au regard d'un ensemble de possibilités s'offrant à lui.
- La promotion de la santé telle que défini pourrait permettre de définir, dans le même esprit, la "**promotion du bien vieillir**".

La santé

- "La santé se fabrique dans le contexte de la vie de tous les jours ; là où les gens vivent, aiment, travaillent et jouent", Charte d'Ottawa, 1986
- "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité", préambule de la Constitution de l'OMS, 1946.

ANNEXE 2 : Caractéristiques démographiques des 14 départements d'étude

Tableau n°1 : Comparaison des contextes socio-économiques des 14 départements d'étude.

Départements	Part des plus de 60 ans (base 2015)	Indice de vieillissement*	Espérance de vie à 60 ans		Ecart à la moyenne européenne des PIB par habitant**	
			Femmes	Hommes		
Aveyron	12	33,16	124,4	23,7	27,4	78
Ille et Vilaine	35	22,23	64,23	27,8	23,5	105
Paris	75	21,15	80,42	28,5	24,8	310
Loire	42	27,39	85,69	27,6	23,3	87
Isère	38	22,60	64,53	28	24	103
Hérault	34	26,21	86,12	27,8	23,5	94
Gironde	33	24,11	76,25	27,8	23,5	106
Essonne	91	19,47	52,07	28	24,1	118
Val de Marne	94	19,26	54,8	28,1	24,2	132
Côtes d'Armor	22	31,20	103,99	27,2	22,7	78
Lot	46	35,35	140,16	27,3	23,5	92
Corrèze	19	33,13	124,07	27,3	22,9	85
Haute Garonne	31	21,10	65,18	28	24,1	112
Yvelines	78	20,73	56,63	28,3	24,4	130
FRANCE		106,18	74,61	27,7	23,1	108

*L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire ; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

**Le PIB par habitant des départements et anciennes régions françaises est ici exprimé en base 100 en référence au PIB moyen de l'UE à 28, ce qui permet de comparer les écarts à la moyenne européenne.

Tableau n°2 : Comparaison des densités médicales des 14 départements d'étude.

Départements		Densité médecins généralistes en 2016	Densité médecins spécialistes en 2016
Aveyron	12	147,8	124,1
Ille et Vilaine	35	158,7	181,3
Paris	75	244,7	588,4
Loire	42	161,6	173,2
Isère	38	159,1	180,2
Hérault	34	185,6	250,5
Gironde	33	179,4	235,3
Essonne	91	120,1	136,8
Val de Marne	94	136	243,5
Côtes d'Armor	22	144,1	123,4
Lot	46	163,6	124,8
Corrèze	19	155,8	137,8
Haute Garonne	31	175,6	246,7
Yvelines	78	127,4	166,7
FRANCE		154,1	182,7

Tableau n°3 : Comparaison des 14 départements d'étude au regard du maintien à domicile des personnes âgées

Départements		Taux de bénéficiaire de l'APA en 2013*	Dont taux de bénéficiaire de l'APA à domicile	Soit en %	Taux d'équipement en place d'EHPAD
Avoyron	12	29,9	16,2	54,2	151,4
Ille et Vilaine	35	20,3	9,1	44,8	141,1
Paris	75	18,3	10,7	58,5	586,4
Loire	42	22,6	11,8	52,2	173,2
Isère	38	20,8	12,8	61,5	180,2
Hérault	34	27,9	19,7	70,6	250,5
Gironde	33	24,1	15,1	62,7	235,3
Essonne	91	13,3	7,7	57,9	136,8
Val de Marne	94	16,6	10,1	60,8	243,5
Côtes d'Armor	22	20,8	9,3	44,7	123,4
Lot	46	24,8	16,1	64,9	123,7
Corrèze	19	22,8	13,3	58,3	125,4
Haute Garonne	31	25,1	17,5	69,7	112,1
Yvelines	78	13	7,1	54,6	166,7
FRANCE		20,8	12,3	59,13	122

** le taux de bénéficiaires de l'APA est rapporté à la population des 75 ans ou plus*

ANNEXE 3 : Grille d'entretien professionnel

Présentation de la CFPPA et de la problématique (voir guide d'entretien)

➤ **Selon vous, qu'est-ce que le « bien vieillir » ?**

➤ **Diriez-vous que la promotion du « bien vieillir » est un enjeu de société prioritaire ?**

- OUI
- NON

➤ **Expliquez pourquoi ?**

➤ **Vous avez plus de 60 ans, vous vivez à votre domicile, qu'est-ce que vous aimeriez qu'il soit mis en œuvre pour prévenir votre perte d'autonomie / garantir votre « bien vieillir » ?**

Thématique 1 : La conférence des financeurs de prévention de la perte d'autonomie

➤ **Avant que la présentation soit faite, aviez-vous connaissance de la conférence des financeurs ?**

- OUI
- NON

➤ **Avez-vous connaissance de projets/initiatives mis en œuvre sur le territoire afin de promouvoir le « bien vieillir » ?**

- OUI
- NON

➤ **Si OUI lesquels :**

- **Pensez-vous que les acteurs de la promotion du « bien vieillir » sur le territoire soient coordonnés dans leurs actions ?**

- OUI
 NON

- **Selon vous, la mise en place d'un programme de coordination des initiatives du territoire, pour optimiser le financement, est-elle pertinente ?**

- OUI
 NON

- **Expliquez pourquoi :**

- **Avez-vous observé une évolution dans la promotion du « bien-vieillir » sur le territoire ?**

- OUI
 NON

- **Expliquez en quoi :**

Thématique 2 : Les acteurs de la promotion du « bien-vieillir »

- **Pouvez-vous me citer des acteurs intervenant dans la prévention de la perte d'autonomie / prévention du « bien vieillir » sur le territoire ?**

- OUI
 NON

- **Si OUI, lesquels ?**

- **Pensez-vous qu'il y ait trop d'acteurs ?**

- OUI
 NON

- **Avec quel(s) acteur(s) travaillez-vous le plus ?**

- **Avec quel(s) acteur(s) aimeriez-vous travailler davantage ?**

- **Au regard de votre travail au quotidien auprès des personnes âgées, quelles sont leurs principales difficultés rapportées ?**

- **Quel est selon vous l'acteur incontournable dans la prise en charge de la promotion du « bien-vieillir » auprès de la personne âgée ?**

- (Si non cité précédemment) **Pensez-vous que le médecin généraliste soit un acteur clé dans la promotion du « bien vieillir » des personnes âgées ?**

- OUI
- NON

- (Si non cité précédemment) **Si OUI, est-il selon vous :**

- Indispensable
- Nécessaire
- Facultative
- Autres.....

- **Expliquez pourquoi ?**

- **Quelle est la part des projets développés, reposant sur le médecin généraliste comme acteur pivot de la promotion du « bien vieillir » ?**

- La majorité
- La moitié
- Une minorité

- **Il y a-t-il selon vous un lien entre faible densité médicale et qualité de la mise en place d'une politique de promotion du bien- vieillir sur le territoire ?**

- OUI
- NON

- **Expliquez pourquoi ?**

- **Quel ressenti avez-vous de la démographie médicale de votre territoire ?**

- POSITIF
- NEGATIF

- **Expliquez en quoi ?**

- **Quel est l'investissement des médecins généralistes sur le territoire dans le cadre de la promotion du « bien vieillir » ?**

- Connaissance des dispositifs suivant les besoins de la personne âgée
- Participation à des groupes de travail
- Soutien et orientation des aidants
- Strictement curatif
- Aucun
- Autre

Thématique 3 : Perspectives

- **En tant que, quels sont vos principaux besoins pour mener une politique de promotion du « bien vieillir » de qualité :**

- Plus de moyens humains
- Plus de moyens financiers
- Un allègement des procédures organisationnelles
- Plus de lisibilité de l'action des autres acteurs sur le même territoire
- Plus de coordination sur le territoire
- Une formation sur la promotion du bien vieillir (clarification de la réglementation, différentes prises en charges, acteurs du territoire, financements, etc.)
- Autres :

- **Quelles seraient, selon vous, les priorités à mettre en œuvre afin de développer un maintien à domicile de qualité des personnes âgées ?**

N.B. Et de manière plus générale, la promotion du « bien vieillir »

- **Est-il pertinent, selon vous, de revenir sur le principe de liberté d'installation des médecins sur les territoires ?**

OUI

NON

- **Expliquez pourquoi ?**

- **La conférence des financeurs via l'élaboration d'un programme de coordination a-t-elle une réelle place stratégique dans la promotion du « bien-vieillir » ?**

NON, elle est là exclusivement pour attribuer des crédits au regard du programme de coordination

OUI, en plus de financer les acteurs de la coordination, elle a à porter une réelle dynamique de promotion et d'accompagnement des projets innovants sur le territoire

A compléter par l'étudiant

- **Vous êtes :**

Médecin

Professionnel non médical intervenant dans la promotion du « bien-vieillir »

Acteur de la coordination

Membre de la conférence des financeurs

- **Localisation de la personne interviewée :**

Région :

Département :
.....
.....

- **Spécificités de la localisation :**

Zone à faible densité médicale

Zone à forte densité médicale

Zone dans la moyenne nationale en termes de densité médicale

ANNEXE 4 : Grille d'entretien usagers et proches aidants

Présentation de la CFPPA et de la problématique (voir guide d'entretien)

- **Selon vous, qu'est-ce que le « bien vieillir » ?**

- **Diriez-vous que la promotion du « bien vieillir » est un enjeu de société prioritaire :**

- OUI
 NON

- **Expliquez pourquoi ?**

- **Vous avez plus de 60 ans, vous vivez à votre domicile, qu'est-ce que vous aimeriez qu'il soit mis en œuvre pour prévenir votre perte d'autonomie / garantir votre « bien vieillir » ?**

Thématique 1 : La conférence des financeurs de prévention de la perte d'autonomie

- **Avant que la présentation soit faite, aviez-vous connaissance de la conférence des financeurs ?**

- OUI
 NON

- **Avez-vous connaissance de projets/initiatives mis en œuvre sur le territoire afin de promouvoir le « bien vieillir » ?**

- OUI
 NON

- **Si OUI lesquels :**

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

➤ **Pensez-vous que les acteurs de la promotion du « bien vieillir » sur le territoire soient coordonnés dans leurs actions ?**

- OUI
- NON

➤ **Selon vous, la mise en place d'un programme de coordination des initiatives du territoire, pour optimiser le financement, est-elle pertinente ?**

- OUI
- NON

➤ **Expliquez pourquoi :**

➤ **Avez-vous observé une évolution dans la promotion du « bien-vieillir » sur le territoire ?**

- OUI
- NON

➤ **Expliquez en quoi :**

➤ **Selon vous, la promotion du bien vieillir doit se faire au niveau**

- De la commune**
- Du département**
- De la région**

➤ **Expliquez pourquoi :**

Thématique 2 : Les acteurs de la promotion du « bien vieillir »

- **Pouvez-vous me citer des acteurs intervenant dans la prévention de la perte d'autonomie / promotion du « bien vieillir » sur le territoire ?**

- OUI
 NON

- **Si OUI, lesquels ?**

- **Pensez-vous qu'il y ait trop d'acteurs ?**

- OUI
 NON

- **A quel(s) acteur(s) avez-vous le plus souvent recours ?**

- **Quelles sont vos principales difficultés pour organiser votre maintien à domicile / le maintien à domicile de votre proche ?**

- **Quel est selon vous l'acteur incontournable dans la prise en charge de la promotion du « bien vieillir » auprès de la personne âgée ?**

- (Si non cité précédemment) **Pensez-vous que le médecin généraliste soit un acteur clé dans la promotion du « bien vieillir » des personnes âgées ?**

- OUI
 NON

- (Si non cité précédemment) **Si OUI, est-il selon vous :**

- Indispensable
 Nécessaire
 Facultative
 Autres.....

➤ **Expliquez pourquoi ?**

➤ **Avez-vous des difficultés à accéder à un médecin généraliste pour vous-même / votre proche?**

- OUI
- NON

➤ **Si oui, est-ce que selon vous ça crée des difficultés pour organiser votre maintien à domicile/ le maintien à domicile de votre proche ?**

- OUI
- NON

➤ **Expliquez pourquoi ?**

➤ **Quel ressenti avez-vous de la démographie médicale du territoire ?**

- POSITIF
- NEGATIF

➤ **Expliquez en quoi ?**

Thématique 3 : Perspectives

➤ **En tant que usager/proche aidant, que faudrait-il pour améliorer le dispositif de prise en charge des personnes âgées ?**

- Plus de moyens humains
- Plus de moyens financiers
- Un allègement des procédures organisationnelles
- Plus de lisibilité de l'action des autres acteurs sur le territoire
- Plus de coordination sur le territoire
- Autres :

- **Quelles seraient, selon vous, les priorités à mettre en œuvre afin de développer un maintien à domicile de qualité des personnes âgées ?**

N.B. Et de manière plus générale, la promotion du « bien vieillir »

- **Est-il pertinent, selon vous, de revenir sur le principe de liberté d'installation des médecins sur les territoires ?**

- OUI
- NON

- **Expliquez pourquoi ?**

A compléter par l'étudiant

- **Vous êtes :**

- Personne de plus de 60 ans qui n'utilise aucun service destiné aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie
- Personne de plus de 60 ans usager d'un ou plusieurs service(s) destiné(s) aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie
- Proche aidant d'une personne âgée de plus de 60 ans

- **Localisation de la personne interviewée :**

- Région :
- Département :
.....
.....

- **Spécificités de la localisation :**

- Zone à faible densité médicale
- Zone à forte densité médicale
- Zone dans la moyenne nationale en termes de densité médicale

ANNEXE 5 : Guide d'entretien

PRESENTATION DU MIP

L'EHESP organise actuellement le Module Interprofessionnel de Santé Publique (MIP). L'ensemble des formations « fonction publique » de l'école se réunit en groupe d'une dizaine d'élèves autour d'un sujet de santé publique. Ce temps de réflexion collectif vise ainsi à faire percevoir l'intérêt des approches pluri-professionnelles des problèmes et à initier des habitudes de travail en concertation, en vue de formuler des orientations pour l'action.

PRESENTATION DU SUJET ET DE LA PROBLEMATIQUE

Notre groupe (2 EDH, 2 D3S, 2DS et 2AAH) travaille sur le thème suivant : **la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.**

La problématique suivante a été formulée :

Elaboration du programme de coordination :

Quels impacts de la densité médicale dans la promotion du « bien vieillir » sur les territoires ?

Le **médecin généraliste** est l'un des acteurs au cœur de la mise en place de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Nous avons ici choisi d'évoquer la « prévention de la perte d'autonomie » sous l'angle de la « **promotion du bien vieillir** ». Différents arguments peuvent être avancés.

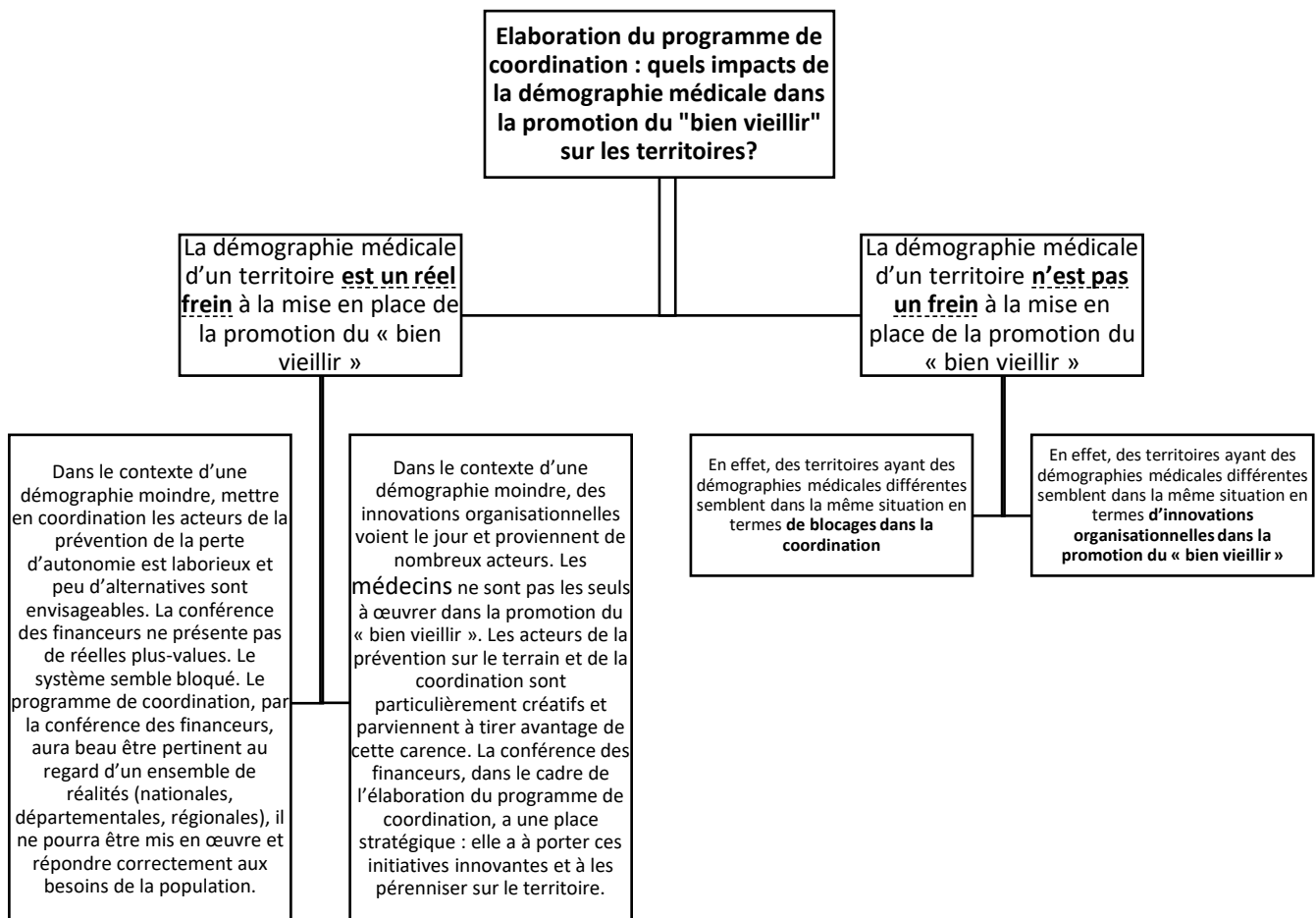
La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, mise en place par la loi ASV du 28 décembre 2015 doit permettre, au niveau du département, de définir un programme coordonné de financements des actions individuelles ou collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. Cette mise en œuvre s'adresse aux personnes de 60 ans ou plus ainsi qu'aux proches aidants de ces personnes. La finalité est de développer une « prévention globale » entendue comme la gestion active et responsabilisée de son « capital autonomie » par chaque personne ou groupe de personnes. Son principe est de laisser l'initiative de la mise en œuvre aux acteurs de terrain qui réalisent les actions de prévention, tout en leur donnant un cadre et des objectifs. Elle impose de fédérer les acteurs du secteur sur des stratégies partagées et des actions au service de la construction de réponses plus lisibles et cohérentes pour les personnes.

Partant de ce constat, le groupe s'est interrogé sur cette logique. Une représentation des différents niveaux d'acteurs de la promotion du « bien vieillir » sur le territoire s'est formée.



Aussi, si des défaillances dans la qualité et la quantité des acteurs, à la base, existent sur le territoire, comment est-il possible de garantir une coordination efficace, et un financement pertinent au regard des besoins des personnes âgées et de la dépense publique ? Malgré la volonté de mettre en place une logique de parcours coordonnés, des difficultés pourraient exister du fait de la qualité du maillage des professionnels de santé sur le territoire.

Dans le souci de respecter le délai imparti pour ce travail, le groupe a choisi de se concentrer sur un des acteurs à la base de la promotion du « bien vieillir » : le médecin généraliste. Il s'agira donc de savoir, si la démographie médicale impacte réellement cette démarche sur un territoire donné. Si tel est le cas, pourront être constatées différentes réalités :



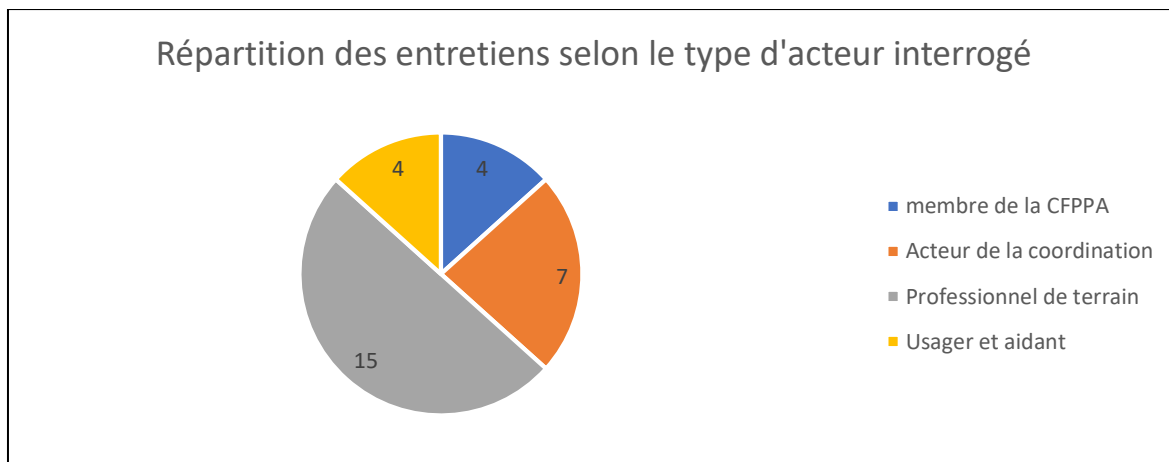
ANNEXE 6 : Présentation des personnes sollicitées

Tableau n°1 : Liste des personnes ayant participé aux entretiens

Personnes interrogées	Type d'acteurs
Directrice USLD	Professionnel de terrain
MAIA	Acteur de la coordination
Médecin généraliste	Professionnel de terrain
Usager	Usager
Pharmacien	Professionnel de terrain
Géiatre	Professionnel de terrain
Chargé de mission-CFPPA	Membre de la conférence
Chargé de mission-CFPPA	Membre de la conférence
Proche Aidant	Usager
CARSAT	Membre de la conférence
Médecin généraliste	Professionnel de terrain
Membre de la CFPPA	Membre de la conférence
Cadre de santé coordonnateur	Acteur de la coordination
CLIC	Acteur de la coordination
Association	Professionnel de terrain
Association	Professionnel de terrain
Association	Professionnel de terrain
Mutuelle	Professionnel de terrain
Géiatre	Professionnel de terrain
Association	Acteur de la coordination
Médecin CHU	Professionnel de terrain
Médecin CHU	Professionnel de terrain
Chargé de mission-CFPPA	<i>Entretien ciblé</i>
Médecin généraliste	Professionnel de terrain
Usager1	Usager
Usager2	Usager
Santé Publique France	<i>Entretien ciblé</i>
Conseil Départemental	Membre de la conférence
Conseil Départemental	Membre de la conférence
Personnel qualifié-CFPPA	Membre de la conférence
Président Collège de MG	Professionnel de terrain
Pharmacien	Professionnel de terrain
CCAS	Acteur de la coordination
Usager	Usager
MAIA	Acteur de la coordination
Membre CRSA	Membre de la conférence
CNSA	<i>Entretien ciblé</i>
DGA Commune	<i>Entretien ciblé</i>
Responsable d'une unité gériatrique	<i>Entretien ciblé</i>

ANNEXE 7 : Présentation des résultats de l'analyse quantitative des entretiens

Graphique n°1 :



Au total 30 entretiens ont été exploités dont, selon la typologie d'acteurs que nous avons défini:

- La moitié auprès de professionnels de terrain ;
- 7 auprès d'acteurs de la coordination ;
- 4 auprès de membres de la CFPPA ;
- 4 auprès de personnes de plus de 60 ans ou de proches aidants.

Tableau n°1 : Répartition des réponses à la question « Aviez-vous connaissance de la conférence des financeurs ? »

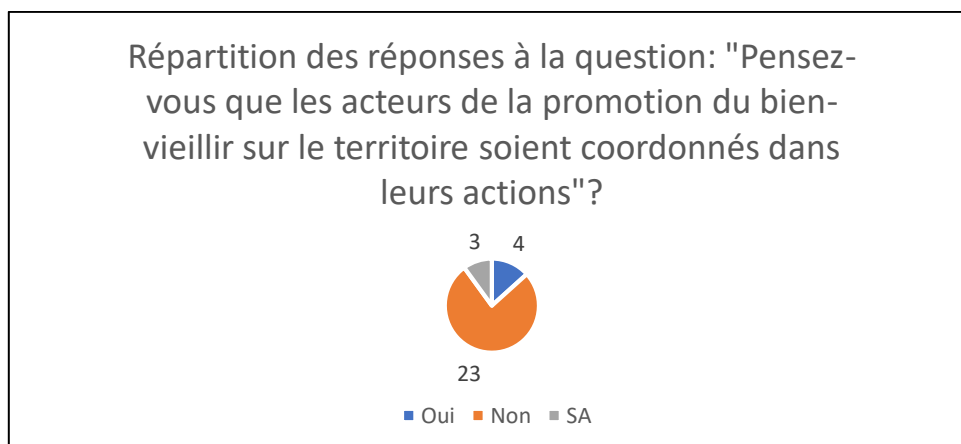
	Connaît la conférence	Ne connaît pas la conférence	Total	%
Membre de la CFPPA	4	0	4	100
Acteur de la coordination	7	0	7	100
Professionnel de terrain	8	7	15	53
Usager et aidant	0	4	4	0
TOTAL	19	11	-	100

Parmi les réponses obtenues :

- 19 expriment une connaissance antérieure à l'étude de l'existence de la CFPPA ;
- 11 expriment une absence de connaissance antérieure de ce dispositif;
- Il est à noter que la réponse varie fortement selon le type d'acteur considéré :
 - Les acteurs de la CFPPA et acteurs de la coordination avaient systématiquement connaissance de cette instance ;
 - Seuls 53% des entretiens réalisés auprès de professionnels de terrain expriment une connaissance de cette instance ;
 - Aucun usager ou aidant ne connaissait cette instance.

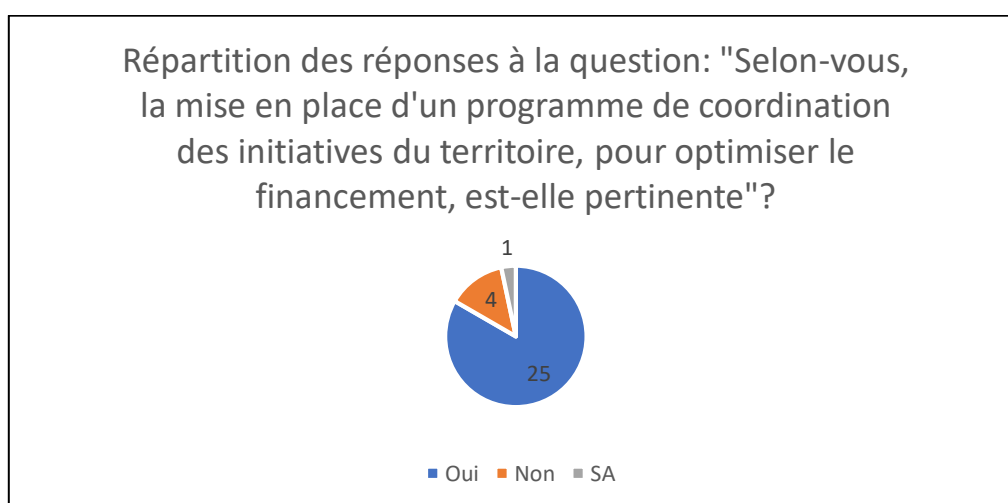
Ce résultat semble indiquer un manque d'information sur l'existence de cette instance en ce qui concerne les professionnels de terrain et les usagers.

Graphique n°2 :



La majorité des entretiens réalisés (76%) exprime un manque de coordination dans le dispositif de promotion du bien vieillir sur leurs territoires respectifs. La réponse sur cet item ne varie pas selon le type d'acteur considéré.

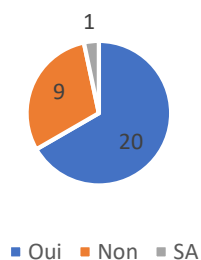
Graphique n°3 :



La majorité des entretiens réalisés (83%), quel que soit le type d'acteur considéré, pense que la mise en place d'un programme de coordination est pertinente.

Graphique n°4 :

Répartition des réponses à la question: "Avez-vous observé une évolution dans la promotion du bien vieillir sur le territoire"?



La majorité des entretiens réalisés (66%), exprime qu'il y a bien eu une évolution positive en matière de promotion du bien vieillir sur leurs territoires respectifs. Parmi les personnes qui ont répondu non à cette question, la plupart explique ce choix par le fait de ne pas disposer du recul ou de la visibilité nécessaire pour exprimer un avis. Ici encore, le type d'acteur n'influe pas sur la réponse exprimée.

Tableau n°2 :

Répartition des réponses à la question: "Pensez-vous qu'il y ait trop d'acteurs"?				
Non	SA	Oui	Répartition des "oui" par type	
22	2	6	Membres CFPPA	0
			Acteurs de la coordination	2
			Professionnels de terrain	3
			Usagers et aidants	1

La multiplicité des acteurs en matière de promotion du bien vieillir ne semble pas être un frein à la coordination de ceux-ci, d'après les personnes interrogées. En effet, la majorité des réponses (73%) tranche en faveur d'un nombre d'acteur qui n'est pas trop important. Par ailleurs, la réponse ne varie pas selon le type d'acteur considéré. Contre une des hypothèses envisagées par le groupe, les usagers et aidants ne semblent pas avoir de difficultés particulières liées à la multiplicité des acteurs.

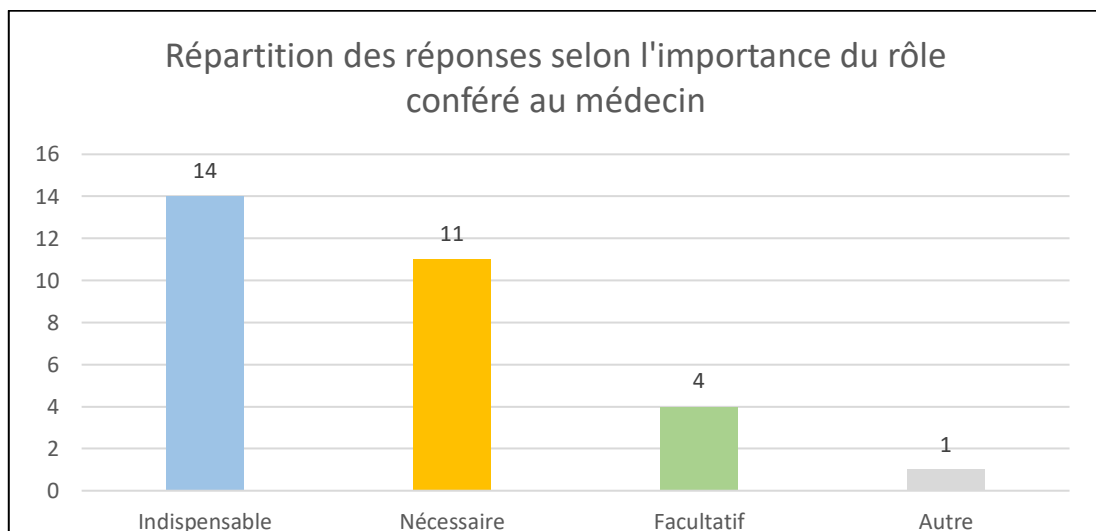
Tableau n°3 :

Répartition des réponses à la question: "Pensez-vous que le médecin généraliste soit un acteur clé dans la promotion du bien vieillir des personnes âgées"?				
Oui	SA	Non	Répartition des "non" par type	
24	0	6	Membres CFPPA	4
			Acteurs de la coordination	0
			Professionnels de terrain	2
			Usagers et aidants	0

Le médecin généraliste est identifié par **80%** des entretiens comme étant un acteur clé de la promotion du bien vieillir des personnes âgées. Néanmoins, ce point de vue varie fortement selon le type d'acteur considéré. En effet :

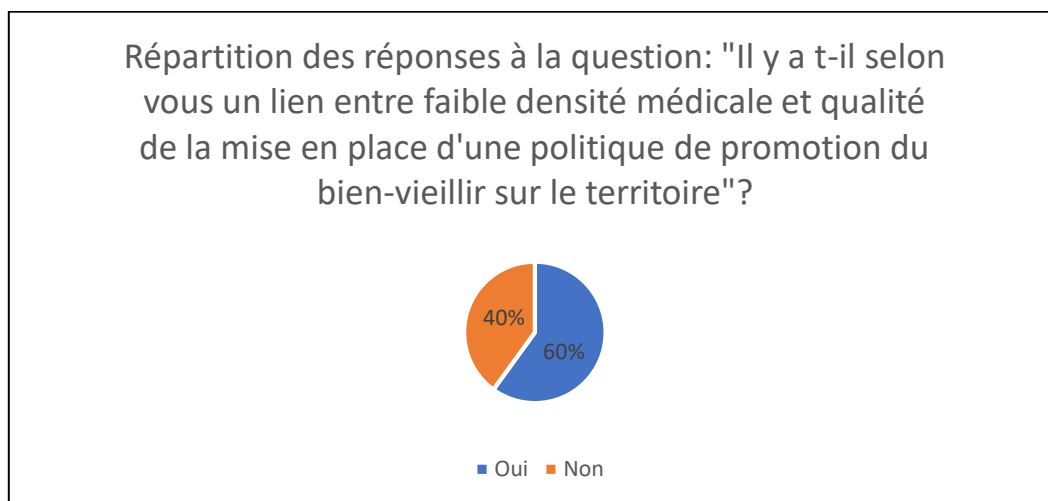
- Les sept membres de la CFPPA interrogés considèrent unanimement que le médecin généraliste n'est pas un acteur clé
- Un consensus fort sur l'importance du médecin généraliste semble se dégager des réponses de l'ensemble des autres acteurs.

Graphique n°5 :



Ces résultats confirment l'importance accordée par la majorité des personnes interrogées au médecin généraliste. En effet, 83% des réponses désigne celui-ci comme étant indispensable ou nécessaire à la promotion du bien vieillir auprès de la personne âgée.

Graphique n°6 :



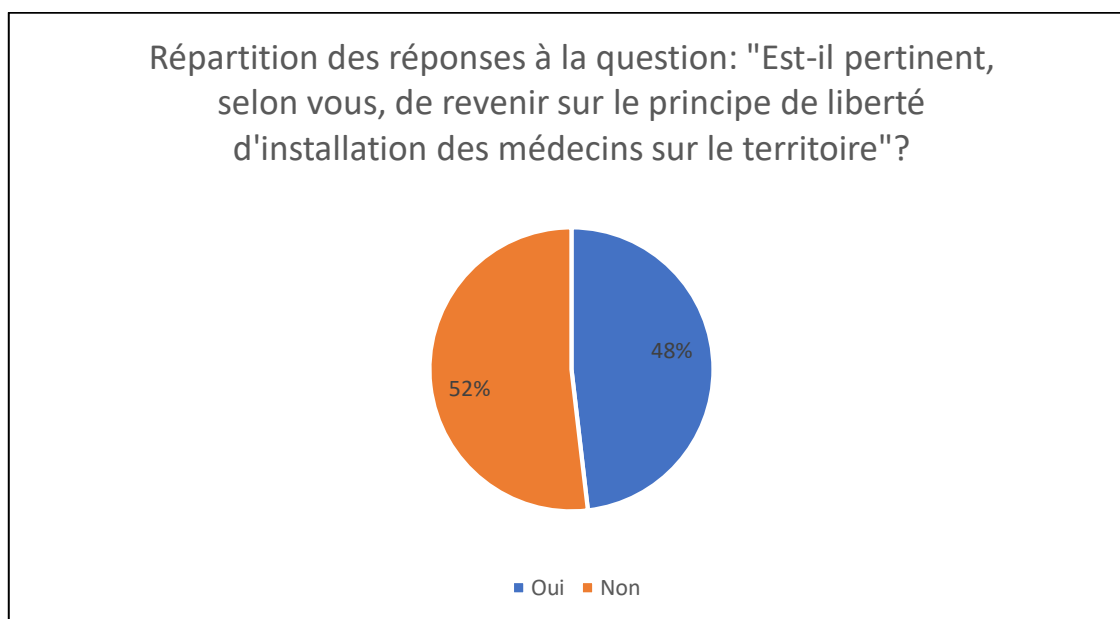
La densité médicale semble avoir un impact sur la qualité de la promotion du bien vieillir sur les territoires d'après les personnes interrogées. En effet, 60% des réponses obtenues considèrent sont en faveur d'un lien entre faible densité et qualité de la politique conduite. Ces chiffres doivent néanmoins être nuancés : 40% des réponses obtenues tranche en faveur de l'absence d'un tel lien. Pour ces personnes, les entretiens ont permis d'identifier que la densité médicale n'est pas le principal frein à la conduite d'une telle politique.

Tableau n°4 :

Répartition des réponses à la question: " <i>Quel est l'investissement des médecins généralistes sur le territoire dans le cadre de la promotion du bien vieillir</i> "?		
MODALITES DE REPONSE	Nombre de réponses	Pourcentage de répondants
Connaissance des dispositifs	5	19%
Participation à des groupes de travail	3	12%
Soutien et orientation des aidants	4	15%
Strictement curatif	13	50%
Aucun	1	4%
Autre dont:	10	
Variable et personne dépendant	4	15%
Sans opinion	5	19%
Rôle d'éducation à la santé	1	4%

Parmi les réponses obtenues sur cette question, on constate que **50% des réponses** exprime que le médecin généraliste n'intervient dans la promotion du bien vieillir que sur le plan curatif. Par ailleurs, son rôle d'information et d'orientation au sein du dispositif de prévention est relativement peu mis en avant par les personnes interrogées, contre une des hypothèses envisagées par le groupe de travail.

Graphique n°7 :



Les résultats obtenus sur cet item sont mitigés et ne permettent pas de considérer qu'une évolution réglementaire en matière d'installation des médecins généralistes soit nécessaire. Pour les acteurs qui considèrent que la liberté d'installation n'est pas pertinente, les entretiens ont permis d'identifier que d'autres actions leurs semblent plus adaptées pour répondre aux difficultés liées à la démographie médicale. Ces éléments ont été pris en compte dans l'analyse qualitative des entretiens.

PROGRAMME



18h00 : Accueil du public

18h30 : Ouverture du SILVER SHOW

Introduction : Benoît CALMELS, Délégué Général UNCCAS et Président du Jury Silver Show 2017



Le point sur la Silver Eco :

- Laurent LEVASSEUR, Président de BLUELINEA
- Florence ARNAIZ-MAUME, Déléguée Général du SYNERPA
- Jérôme ARNAUD, Secrétaire National COMITÉ FILIÈRE SILVER ECONOMIE

CATÉGORIE 1 / BIEN VIEILLIR CHEZ SOI ET DANS LA CITE



Table ronde : « LES TECHNOLOGIES et L'ADOPTION par les personnes âgées »

- François LEREBOURG, Directeur de FACILOTAB
- Serge DUPOUY, Directeur Business Unit santé VITY SANTE

CATÉGORIE 2 / ACTIVITÉS EN HÉBERGEMENT COLLECTIF ET MAISONS DE RETRAITE



Table ronde : « L'ARGENT et les PERSONNES FRAGILES »

- Christophe JAFFRY, gérant de OPTIBUDGET
- Eric TABOUELLE, Président de HELPEVIA

CATÉGORIE 3 / SERVICES AUX RÉSIDENTS ET MAISONS DE RETRAITES



Table ronde : « NOUVEAUX SERVICES et PROXIMITÉ »

- Kevin WOLAK, Président fondateur de H2 MAT
- Alain MONTEUX, Président de TUNSTALL VITARIS

CATÉGORIE 4 / SANTÉ ET AVANCÉE EN ÂGE

21h : Cocktail

ANNEXE 9 : Compte rendu de l'évènement « Silver Show »

Le Silver Show est un évènement annuel qui s'est tenu pour sa 9^{ème} édition, le 15 mai 2017 au théâtre de la Madeleine. Il réunit des acteurs d'envergure nationale impliqués dans le développement d'innovations destinées à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. Ils sont donc par conséquent fortement impliqués dans la politique de promotion du « bien vieillir » en permettant, pour la plupart, le maintien à domicile des personnes âgées. Ainsi étaient notamment présents des entreprises et starts up de la silver économie, des représentants de fédérations nationales tels que la FEHAP, la FNADEPA, la FEDESAP ou la FNAQPA et des acteurs territoriaux tels que l'UNCASS ou encore un représentant des chambres de commerce et d'industrie.

Cet évènement a été présenté comme s'organisant autour de débats, de prises de paroles, de tables rondes et la remise de prix récompensant les meilleures innovations en matière d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées.

Nous avons souhaité nous rendre au Silver Show dans le cadre de notre travail de recherche afin de :

- ✓ Rencontrer des acteurs et éventuellement conduire des entretiens supplémentaires
- ✓ Prendre connaissance de projets et initiatives innovantes
- ✓ Alimenter notre réflexion sur la promotion du « bien vieillir » en général et plus particulièrement dans le cadre des tables rondes organisées. Nous étions notamment intéressées par la table ronde intitulée « nouveaux services de proximité » en ce qu'elle nous interrogeait quant aux nouvelles modalités favorisant le maintien à domicile des personnes de plus de 60 ans.
- ✓ Prendre conscience de l'enjeu du développement de la silver économie dans notre société et comprendre comment elle s'intègre dans la politique de promotion du « bien vieillir ».

Cet évènement n'a malheureusement pas répondu à l'ensemble de nos attentes.

La présentation de l'évènement sous la forme d'un « show » et non de « stands » ne nous a pas permis la réalisation de nouveaux entretiens. De plus, les tables rondes organisées visaient seulement à faire interagir les acteurs entre eux et sans participation du public.

Il aurait été intéressant de connaître les types d'actions que ces opérateurs ont pu mettre en place dans le cadre d'un financement octroyé par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. De plus, il s'agissait de mieux appréhender leur positionnement quant à la place du médecin traitant en tant qu'acteur dans la prévention de la perte d'autonomie et la relation professionnelle qu'ils entretiennent avec celui-ci.

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2017

« La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie »

De plus, si cette rencontre a permis aux acteurs privés de se rencontrer, de leur permettre de créer un réseau de partenaires et de faire connaître leurs innovations, on peut regretter l'absence d'acteurs publics. Le président de l'UNCASS avait certes été convié, mais aucun représentant des établissements publics ou des acteurs de coordination tels les CLIC ou MAIA n'étaient présents. Tel n'était certainement pas l'objectif de cet événement, mais il apparaît aujourd'hui primordial que les opérateurs privés et les acteurs publics puissent se rencontrer afin de communiquer, aboutir à un meilleur recensement des besoins des personnes âgées et de se coordonner sur les actions à mener au niveau d'un territoire. En effet, l'enjeu est la recherche d'une meilleure cohérence des actions pouvant être mise en place, au plus près des besoins des usagers (notamment il est prévu la création d'un observatoire locaux de la silver économie). Pour autant une incompréhension semble subsister entre ces deux secteurs. En effet, il a été souligné lors des débats une incompréhension des actions menées par les opérateurs économiques de la Silver économie par les élus locaux. Ainsi, une meilleure coordination permettrait également de mieux appréhender le rôle de chacun et de mieux intégrer les opérateurs privés aux politiques publiques.

Cependant, nous sommes en présence d'opérateurs économiques qui attendent beaucoup des collectivités territoriales. Ainsi, les start up de la filière de la silver économie souhaitent un soutien financier plus soutenu des collectivités territoriales pour favoriser l'innovation. Il est important de souligner que les collectivités locales doivent faire face à un contexte financier très restreint et qu'un certain nombre de départements sont en situation de cessation de paiement. Il semble donc difficile que les collectivités territoriales puissent supporter un concours financier plus important.

Aussi, les règles de droit public, notamment la procédure de passation des marchés publics a aussi été fortement critiquée par les opérateurs, jugée comme trop contraignante et ne favorisant pas l'innovation. Dans ce cadre, il est intéressant de remarquer qu'aucun n'a cité la conférence des financeurs comme levier permettant le financement de différentes actions.

Enfin, nous tenons à souligner que nous avons eu l'impression que la personne âgée n'était pas intégrée dans le cadre d'une politique globale de la prévention de la perte d'autonomie et était parfois instrumentalisée par les opérateurs économiques.

ANNEXE 10 : Présentation des verbatims extraits par thématique de l'entretien

ID Entretien	EXTRAITS DES ENTRETIENS RELATIFS A LA REPRESENTATION DU BIEN VIEILLIR
N° 23	Avoir accès à quelque chose d'intéressant pour soi, pour se découvrir, se développer.
N°24	Parler de 60 ans ne représente absolument rien. La perte d'autonomie apparaît bien plus tardivement.
N°25	Il est illusoire de vouloir que tout le monde soit bien.
N°26	Continuer à se faire plaisir avec une prévention adaptée.
N°1	Remonter bien avant la gériatrie ou l'apparition de la dépendance.
N°2	Il y a des différences et des similarités avec la notion de perte d'autonomie. Perte d'autonomie = terme négatif car diminution de la perte d'autonomie. «Bien vieillir » = terme positif car vision du maintien de l'autonomie. Ces 2 notions ont le même champ mais l'une est plus péjorative que l'autre. Il est important de regarder ces notions en terme de globalité : une personne peut ne pas être dépendante uniquement au regard de son état de santé. Ainsi, tous les acteurs doivent avoir une vision globale.
N°3	La définition commune c'est de conserver son aptitude physique et cognitive jusqu'à la mort. C'est une définition un peu élitiste, axée sur la performance individuelle, qui exclue de fait les personnes qui ont des incapacités. Donc ce serait plus justement de vivre le mieux possible avec des incapacités.
N°4	Beaucoup de patient sont dans le déni face au vieillissement, ils refusent le passage à cette étape de la vie Ce qui est fondamental c'est de développer une approche qui permette à la personne de faire le lien entre vieillir et plaisir.
N°7	La solitude est un problème majeur, il n'y a pas de médicament contre ça
N°9	Pour ma part, il y a une différence entre « bien vieillir » et « perte d'autonomie » dans l'image que ces termes renvoient. Pour la perte d'autonomie : cela renvoi à des personnes plus âgées et pour le bien vieillir : renvoi à l'image de séniors plus actifs.
N°11	J'ai un point de vue négatif sur ce terme et je pense qu'il y a un désintérêt de ce terme. C'est bien de parler du « bien vieillir » mais que fait-on des gens qui vieillissent mal ? Et qu'est-ce que le bien vieillir pour des personnes qui vivent avec les miminas sociaux ? Peut être vu comme une injonction de bien vieillir.
N°15	Une bonne harmonie des générations.
N°16	C'est avant tout un état d'esprit, une dynamique.
N°19	Le rôle de prévention de la perte d'autonomie est joué par les acteurs de soins de proximité (son médecin généraliste, son infirmière, son kiné, son pharmacien : ces gens-là agissent comme une véritable veille sur leur patient).
N°20	La révolution de la longévité oblige à une reconfiguration des âges de la vie. Il y a des disparités entre les personnes âgées : celles-ci sont souvent peu liées à l'âge mais plutôt au parcours de vie chaotique. Il faut donc faire œuvre de pédagogie et mettre les gens en position d'acteurs De manière générale, il faut développer la responsabilité des entreprises par rapport à la prévention : il faudrait que la prévention démarre dès l'école.
N°25	Pas de différence avec la prévention de la perte d'autonomie. Bien vieillir est peut-être un peu plus large.
N°22	La ville doit être plus inclusive et la société doit considérer mieux les personnes âgées. Il faut que l'on arrête de déconsidérer les vieux et c'est aussi accepter la richesse de la diversité. Et ne pas « parquer les vieux ensemble ».
N°28	Il n'y a pas de bien vieillir, c'est dur, avec une autonomie physique et intellectuelle, décider par moi-même et ne pas trop dépendre des autres, n'est pas un problème de santé.

ID Entretien	EXTRAITS DES ENTRETIENS RELATIFS AU PROGRAMME DE COORDINATION ELABORE PAR LA CONFERENCE
N°1	J'ai vu passer des choses mais il n'y a pas de partage d'informations entre les acteurs, je sais juste que des choses sont faites.
N°4	On crée des usines à gaz, des strates en plus alors que c'est à partir du terrain qu'il faut développer la coordination.
N°7	Les acteurs de terrain ne communiquent pas en amont de leurs actions. Et refus de remplir le rapport d'activité de leurs actions pour permettre un diagnostic optimal de la part de la CFPPA, qui alors n'alloue pas les fonds et n'a pas de droit de regard dessus. Les causes de ces réticences : pas d'avantage financiers, pas dans la culture de travail, pas de légitimité de la part de la CFPPA.
N°9	Dans l'élaboration du programme il y a un problème car les médecins ne participent pas aux réunions que l'on propose : car ne sont pas disponibles en journée (question du manque à gagner) et ne sont disponibles qu'en soirée.
N°10	Le programme est très restrictif. Il ne permet pas de prendre en charge la personne dans sa globalité. L'appel à projet incite plutôt des acteurs à s'emparer d'un projet pour une action précise. Ainsi dans ce cas-là, on n'est pas dans une dynamique de prévention globale pour la prévention de la perte d'autonomie.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

BARBA Georges (AAH), Clémence DEBLAS (D3S), Jérôme DURGEUIL (AAH), Aurore MASQUELIER (EDH), Véronique MIRAVETE (DS), Marion RENAUT(EDH), Delphine REMSHAGEN (D3S), Fabienne SILLY (DS).

Résumé :

Le vieillissement de la population est inexorable et constitue un enjeu sociétal et économique pour notre société, ce constat oblige les pouvoirs publics à agir afin d'optimiser les ressources rares notamment par une meilleure coordination des actions.

Le groupe de travail est parti de la problématique suivante : « **Dans le cadre de l'élaboration du programme de coordination par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, quels sont les impacts de la densité médicale dans la promotion du « bien vieillir » sur les territoires** » ?

Différentes hypothèses avaient été émises en amont du travail de recherche :

- **Hypothèse 1** : une faible densité médicale constitue un frein à l'élaboration du programme de coordination. La CFPPA pourra allouer des fonds, dans les faits, peu d'actions pourront être mises en œuvre.
- **Hypothèse 2** : une faible densité médicale ne constitue pas un frein à l'élaboration du programme de coordination. En effet, le médecin généraliste n'est pas déterminant dans la promotion du « bien vieillir », d'autres acteurs multiples, créatifs et impliqués existent. La CFPPA pourra donc allouer des fonds de manière pertinente.

Afin de répondre à ce questionnement, le groupe de travail a complété des recherches documentaires par des entretiens ciblés et semi-directifs ainsi que par une présence au salon du « Silver Show ». Cette démarche et l'exploitation des résultats (analyse quantitative et qualitative) ont permis de formuler un positionnement.

La densité médicale, a des impacts certains mais non décisifs dans la promotion du « bien vieillir » sur les territoires. Cette réalité territoriale est à prendre en compte par la CFPPA lors de l'élaboration du programme de coordination. Ainsi, la CFPPA doit réfléchir à la manière d'impliquer les médecins généralistes, professionnels au cœur de la promotion du « bien vieillir », à l'élaboration du programme de coordination et prendre en compte la démographie médicale locale pour garantir l'efficacité des fonds alloués et la pertinence des actions sur le terrain.

Au-delà de cette réflexion sur la place du médecin généraliste dans le dispositif, l'amélioration de la politique de promotion du « bien vieillir » constitue un enjeu majeur, dont la prise de conscience sociétale est croissante. Dix préconisations ont dans ce sens étaient formulées par le groupe de travail pour promouvoir cette prise en charge globale de la personne âgée au regard d'un projet de vie.

Mots clés : conférence des financeurs de prévention de la perte d'autonomie, densité médicale, « bien vieillir », projet de vie, personnes âgées.