

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**« COMMENT PERENNISER LA CONSULTATION DE L'APTITUDE
PHYSIQUE DU SENIOR (CAPS) POUR EN GENERALISER
L'ACCES ? »**

– Groupe n° 4 –

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| – BARTONICEK Catherine DS | – LAPOSTOLLE Benjamin EDH |
| – GUENARD Frédéric IASS | – MELLOT Florian D3S |
| – LABROUSSE Sylvie DS | – MORTUREUX Anne-Marie IASS |
| – LAGABRIELLE Laure D3S | – WEIBEL Nathalie D3S |

Animateurs

- *Pierre-Henri BRECHAT*
- *Jean LONSDORFER*

S o m m a i r e

Remerciements

Liste des sigles utilisés

Méthodologie.....	1
Introduction	3
1 La consolidation de la CAPS à Strasbourg : une étape préalable pour cet outil de santé publique	7
1.1 La nécessité d'établir un état des lieux.....	7
1.1.1 Un constat épidémiologique en faveur de l'activité physique et sportive chez les seniors	7
1.1.2 Une couverture géographique inégale.....	9
1.1.3 Une mosaïque d'acteurs aux rôles complémentaires	9
1.1.4 Un montage financier complexe.....	11
1.2 Des perspectives d'amélioration pour un dispositif plus pérenne	12
1.2.1 Rendre durables les moyens existants	12
1.2.2 Mettre en adéquation l'offre et la demande.....	13
1.2.3 Diversifier les publics pour plus d'égalité.....	13
1.2.4 Améliorer le suivi du programme autogéré (PEP'C2)	15
2 L'intégration de la CAPS dans les dispositifs de planification comme étape charnière vers sa généralisation	16
2.1 D'un dispositif expérimental à un dispositif transposable.....	16
2.1.1 Evaluation scientifique reconnue, nécessité de publier. Reconnaissance de la CAPS : une évaluation scientifique nécessaire	16
2.1.2 Vers un modèle de financement durable	17
2.1.3 La mobilisation des moyens humains et techniques nécessaires	18

2.2 Offrir à la population le meilleur continuum par la coordination des acteurs et l’insertion de la CAPS dans un réseau.....	19
2.2.1 Coordonner tous les acteurs concernés par la CAPS	19
2.2.2 Insérer la CAPS dans un réseau « Bien Vieillir »	20
2.2.3 Repenser le rôle de l’Etat	23
Conclusion.....	25
Intérêt de la CAPS pour les corps professionnels	I
Bibliographie.....	III
Liste des annexes	Erreur ! Signet non défini.

Remerciements

Les membres du groupe de travail remercient tout particulièrement les animateurs, le Docteur Pierre-Henri BRECHAT, Praticien Hospitalier, AP-HP, et le Professeur Emérite Jean LONSDORFER, Responsable de la CAPS, Pôle de gériatrie, Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG (HUS).

Ils remercient également pour leur disponibilité et le temps qu'ils ont bien voulu accorder pour répondre aux entretiens :

Monsieur le Professeur Marc BERTEL, Responsable du Pôle de gériatrie, HUS

Monsieur Florent CHAMBAZ, Directeur du budget et du contrôle de gestion, HUS

Monsieur Marc BUCHERT, Président du groupe ARPEGE-REUNICA

Monsieur le Docteur Patrick LESUR, Médecin Conseil Chef, Service médical régional de la CNAMTS, Strasbourg

Madame Karine STEBLER, Directrice adjointe de la DRASS d'Alsace

Monsieur Jean CARAMAZANA, Directeur Général, ABRAPA

Madame Corinna HUNAC, Cadre de santé, Maison de retraite Sainte Katharina, ENDINGEN, Allemagne

Liste des sigles utilisés

ABRAPA : Association Bas-Rhinoise d'Aide aux Personnes Agées
AGIRC : Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres
AM : Assurance Maladie
ANCV : Association Nationale des Chèques Vacances
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
APS : Activités Physiques et Sportives
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARRCO : Association des Régimes de Retraite Complémentaire
ASEPT : Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires
CAMES : Centre Alsacien pour le Mieux Etre des Seniors
CAPS : Consultation de l'Aptitude Physique du Senior
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CG : Conseil Général
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRS : Conférence Régionale de Santé
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux
EFRC : Exploration Fonctionnelle CardioRespiratoire à l'effort
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FFEPGV : Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2008

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MRS : Mission Régionale de Santé
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PEP'C : Programme d'Endurance Personnalisé sur ergo-Cycle
PH : Praticien Hospitalier
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PRC : Programme Régional Commun
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
SIEL Bleu : Sport, Initiatives Et Loisirs
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
T2A : Tarification A l'Activité
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Méthodologie

Un travail collectif en interfiliarité

Le groupe est constitué de huit élèves issus de quatre filières différentes :

- trois élèves directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- deux élèves directeur des soins
- deux élèves inspecteur de l'action sanitaire et sociale
- un élève directeur d'hôpital

Le groupe est très hétérogène en matière d'âge, de cursus universitaire et de formation ainsi que d'expérience professionnelle. Les connaissances et expériences particulières de chacun ont été exploitées : elles nous ont servi à mieux comprendre les différents aspects du dispositif expérimental qu'est la consultation de l'aptitude physique du senior (CAPS).

Les membres du groupe ont choisi le thème « Comment mieux intégrer la consultation de l'aptitude physique du senior dans les dispositifs de planification régionaux et territoriaux » parmi une liste de 34 thèmes de santé publique, pour l'intérêt innovant du sujet et pour son importance future au regard de l'évolution de la structure démographique des quarante prochaines années.

Toutefois, les rencontres avec les principaux acteurs de terrain ont fait émerger la nécessité d'un changement d'approche. Il est en effet devenu évident que ce dispositif, véritable outil de santé publique, entraînait, de part son caractère expérimental, une inégalité d'accès. Pour combattre celle-ci il nous a semblé important d'axer nos recherches sur la pérennisation du dispositif strasbourgeois puis sur sa généralisation.

Les membres composant le groupe ont rapidement manifesté une vision partagée du sujet permettant une réflexion commune et des échanges intéressants. Le consensus du groupe a permis de proposer des points de vue concertés et a facilité le travail en commun même si des débats de fond ont eu lieu.

Dès la première journée, les référents logistique et documentaire ont été nommés sur la base du volontariat.

Le groupe a choisi d'alterner des phases de réflexion collective et des temps de travail en groupes restreints.

Un maximum de collégialité est apparu nécessaire pour la compréhension du sujet, l'échange d'informations, la définition de la problématique, la conception de la grille d'entretien (cf annexe 1), l'élaboration des propositions, la réalisation du plan, la première ébauche du rapport et sa finalisation.

En revanche, dans un souci d'efficacité, certains travaux ont été réalisés en petits groupes ou individuellement selon le principe de spécialisation.

La relation avec les animateurs

La première journée a été consacrée à la rencontre de l'un des deux animateurs, à la présentation du thème et à la définition des objectifs attendus.

Le second animateur a accueilli des membres du groupe lors de leur venue à Strasbourg.

Par la suite, un contact régulier par mail et par téléphone a permis aux animateurs de suivre notre démarche et de valider l'avancement de nos travaux, supports appréciés du groupe.

La recherche documentaire

La phase de recherche documentaire s'est effectuée sur le mode coopératif. La répartition du travail entre les membres du groupe s'est réalisée selon les thèmes choisis par chacun. Les informations récoltées ont été restituées au groupe sous forme de présentation orale et fiches de lecture (cf annexe 2).

La réalisation et l'analyse des entretiens

Les entretiens ont constitué la principale source d'information de notre étude. Les rendez-vous téléphoniques et entretiens sur place ont été programmés par les animateurs avant le début du module. Les entretiens en face à face ont tous eu lieu à Strasbourg, ville pilote dans la mise en place de la CAPS. Ils se sont déroulés sur deux jours durant lesquels, l'équipe qui est restée à l'école a effectué des entretiens téléphoniques, élaboré une ébauche de plan et poursuivi les recherches documentaires.

L'investigation a été poussée jusqu'à Endingen (Allemagne, Pays de Bade), au sein d'une maison de retraite afin de connaître les dispositifs de prévention de la dépendance existants (entretien à l'initiative du groupe).

La rédaction du rapport

Avant le début des entretiens, la problématique et un ensemble de pistes de réflexion avaient été définis collectivement. Le plan définitif n'a été arrêté qu'après la phase de restitution des entretiens. Chaque membre du groupe s'est chargé de la rédaction d'une partie du rapport. Trois journées ont été consacrées à la mise en commun et à la finalisation de ce dernier.

Introduction

Le vieillissement de la population française est inscrit dans la pyramide des âges actuelle. Si les tendances démographiques se poursuivent, en 2050, un habitant sur 3 sera âgé de 60 ans ou plus, contre 1 sur 5 en 2005¹. Quelques soient les hypothèses retenues le scénario abouti à un vieillissement rapide de la population notamment sur la période 2020-2040.

Dès 1962, le rapport Laroque soulevait la problématique du vieillissement de la population mais la mesure des enjeux qui en découle n'a pas été perçue immédiatement. Cette question devient chaque jour plus préoccupante au regard des défis économiques, sociaux et sanitaires auxquels doivent faire face les sociétés occidentales.

L'allongement de la durée de la vie menace l'équilibre des comptes sociaux. La dégradation du rapport actifs/inactifs rend de plus en plus difficile le financement des prestations de retraite. Par ailleurs, le vieillissement a également un impact sur les dépenses de santé notamment par l'augmentation des pathologies chroniques.

Ce phénomène amène aussi des transformations sociétales : évolution des rapports intergénérationnels, développement des services d'aide à la personne, création d'institutions pour personnes âgées. L'ensemble des acteurs concernés est amené à se repositionner pour s'adapter et faire face à ces évolutions. La place du senior (personne de plus de 50 ans²) et de la personne âgée (personne de plus de 65 ans dans la définition officielle française) est en perpétuel questionnement. Les attentes et les exigences des futurs seniors sont à l'heure actuelle des questions non résolues.

Il est à noter que si la durée de vie augmente, l'espérance de vie sans incapacité sévère s'améliore elle aussi. Vivre mieux et plus longtemps semble être l'avenir. Mais cette évolution ne se fait pas sans un accroissement de la demande de soins de santé et notamment une forte concentration de celle-ci sur les personnes dépendantes, certes peu nombreuses mais dont la part augmente. Ainsi, la consommation et la demande de soins de santé se développent malgré une volonté de maîtrise de l'offre.

L'enjeu du vieillissement démographique est à l'origine du plan national «Bien Vieillir» 2007-2009 qui a pour objectif de promouvoir «un vieillissement réussi» en proposant la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. Le concept de «vieillissement réussi» apparaît en 1987 et concerne «les individus qui gardent des

¹ INSEE 1er numéro 1089 de juillet 2006

² Définition de l'OMS

fonctions physiologiques très satisfaisantes jusqu'à un âge avancé malgré l'existence de pathologies, ou les personnes qui disposent de fonctions physiologiques moins bonnes mais qui vont les améliorer au cours de l'avancée en âge, ou encore les personnes qui ont une bonne adaptation à ce qu'elles peuvent faire physiologiquement et à ce qu'elles ont envie de faire »³.

Cette approche définit un processus d'optimisation des possibilités de santé dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie. Ce programme prévoit neuf mesures de prévention dont l'axe « activité physique et sportive pour améliorer la santé et le bien-être ». L'activité physique au sens large inclut tous les mouvements effectués dans la vie quotidienne et ne se réduit pas à la pratique sportive. Elle se définit comme « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense d'énergie au-dessus de la dépense de repos. »⁴. De ce fait, l'activité physique se caractérise par son intensité, sa durée, sa fréquence. Le contexte peut être professionnel, domestique et/ou de loisir. L'incitation à l'activité physique dans la population générale est associée aux aspects nutritionnels retenus dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS) mis en place en 2001 et repris par la loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004.

Ainsi, les actions de prévention visent à informer et améliorer les connaissances de la population en éditant des guides « La santé vient en bougeant » ou « La santé vient en mangeant » élaborés par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) afin de favoriser les changements de comportement. On dispose depuis longtemps de données cliniques montrant les effets positifs et durables de l'activité physique sur la santé. L'activité physique et sportive est encouragée au travers de cinq mesures : création d'un annuaire des associations sportives proposant des activités spécifiques pour les seniors, renforcement du soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors, formation des professionnels, renforcement de la communication par une journée « portes ouvertes » pour les seniors des fédérations sportives et de loisirs et enfin évaluation de l'aptitude physique des seniors. Depuis 2005, ce plan a permis d'initier et de promouvoir des actions innovantes par un appel à projets avec un volet national et un volet régional renouvelé en 2007 pour un montant de 3 millions d'euros confié aux DRASS et aux

³ Ministère de la santé et Ministère de la jeunesse. Plan national « bien vieillir 2007-2009 »

⁴ Ministère de la santé : Programme National Nutrition Santé 2006-2010

DDASS. La Consultation de l'Aptitude Physique du Senior (CAPS) s'inscrit précisément dans cette politique de prévention.

La CAPS émerge en 2002, à titre expérimental, au sein du pôle de gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS). A l'époque, elle est encouragée par les résultats du rapport de la commission interministérielle « Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes » qui a réuni entre septembre 2001 et juin 2002, de nombreux experts nationaux et internationaux, des membres des ministères de la santé, de la jeunesse et des sports, de l'INSERM, du CNRS et de la MILDT. Sa mise en place a été possible grâce à la volonté de gériatres hospitalo-universitaires, au savoir-faire d'un service d'explorations fonctionnelles orienté vers la réadaptation physique et à l'intérêt de partenaires locaux, assurances maladies obligatoires et complémentaires, engagés dans des actions de prévention.

L'objectif de la CAPS est de permettre à la personne âgée de récupérer du potentiel physique afin de pouvoir plus facilement faire face à toute fragilisation éventuelle.

Pour cela, la CAPS comprend trois étapes : d'une part, le dispositif propose une évaluation initiale de l'aptitude physique du senior, comprenant une consultation médicale d'orientation et des explorations fonctionnelles cardiorespiratoires à l'effort (EFCR). Cette étape favorise le dépistage de pathologies que seul l'effort maximal peut révéler. Il s'agit d'une sécurité qui permet également d'optimiser le Programme d'Endurance Personnalisé sur ergo-Cycle (PEP'C). Ce programme, inspiré des méthodes d'entraînement des sportifs, est constitué de dix-huit séances exécutées en neuf semaines à raison de deux par semaine. Chaque séance de trente minutes est pratiquée sur bicyclette ergométrique avec des charges personnalisées, adaptées aux possibilités énergétiques de la personne. Ce programme qui constitue la seconde étape du dispositif, garantit à son terme une amélioration de 30% au moins des principaux critères d'endurance⁵. Il redonne au senior les capacités pulmonaires, cardio-vasculaires et musculaires nécessaires pour pratiquer les activités physiques et sportives (APS) dans des conditions de plaisir et sans incident. Ainsi encouragé et rassuré, le senior pourra poursuivre une APS et gagnera en qualité de vie et en autonomie. Il retardera l'apparition de la dépendance et le cas échéant son admission en institution. Le suivi de cette activité physique dans un réseau associatif pérennise les bienfaits du PEP'C. L'organisation de ce suivi est la dernière phase du dispositif CAPS.

⁵ Pr Jean Lonsdorfer, Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes, Editions ENSP, 2003, p.25

Ainsi, la CAPS se présente bien comme un outil de prévention primaire. Pour permettre à chaque senior de prendre la décision d'adopter un comportement favorable à sa santé en pratiquant régulièrement des APS et de bénéficier d'un programme PEP'C, se pose la question de la pérennisation de la CAPS pour en généraliser l'accès à tous.

Afin d'apporter une réponse à cette problématique, il faut tenir compte du caractère expérimental de la CAPS. Dès lors, en préalable, cet outil de santé publique doit être consolidé (1). Il conviendra, par la suite, de l'intégrer dans les dispositifs de planification pour en généraliser l'accès (2).

1 La consolidation de la CAPS à Strasbourg : une étape préalable pour cet outil de santé publique

L'étape préalable, avant toute recherche de généralisation, est en effet la consolidation de ce dispositif, aujourd'hui encore au stade expérimental. Pour qu'il devienne pérenne, il semble indispensable de commencer par établir un état des lieux du fonctionnement de la CAPS à Strasbourg aujourd'hui (1.1). En ce sens, les aspects fragiles du dispositif, ainsi mis en lumière, pourront se voir proposer des améliorations (1.2).

1.1 La nécessité d'établir un état des lieux

La CAPS a été mise en place pour répondre aux besoins de la population, ce que montrent explicitement les données épidémiologiques françaises (1.1.1). Strasbourg, ville pilote, n'est plus aujourd'hui la seule concernée mais les régions restent inégalement bénéficiaires (1.1.2). Concrètement, ce dispositif met en œuvre des acteurs nombreux et complémentaires (1.1.3) et bénéficie d'un montage financier complexe (1.1.4).

1.1.1 Un constat épidémiologique en faveur de l'activité physique et sportive chez les seniors

L'augmentation de l'espérance de vie se traduit par une multiplication des troubles apparentés à la vieillesse. Certains de ces troubles sont d'ordre social comme la perte d'autonomie et d'autres d'ordre pathologique. Ainsi, la mortalité prématurée de la tranche d'âge des 50-74 ans est essentiellement due aux cancers et aux pathologies cardio-vasculaires. Les principales causes de morbidité sont les pathologies circulatoires, ostéoarticulaires, l'hypertension artérielle, les troubles mentaux, les tumeurs, les pathologies osseuses et les cataractes. L'importance de ces causes de mortalité et de morbidité s'accroît avec l'âge puisqu'il est vérifié que les principales causes de décès de la catégorie des 75 ans et plus, sont représentées par les maladies cardio-vasculaires (40% des décès) et les tumeurs (20%). Viennent ensuite les pathologies respiratoires (10%).

Ces causes de décès sont liées au style de vie contemporain caractérisé par la sédentarité définie par une activité physique nulle ou inférieure au seuil minimal d'activité physique recommandé, soit 30 minutes de marche par jour à un pas soutenu au moins cinq jours par semaine. Ainsi, le développement de la vie urbaine, l'extension du secteur

tertiaire et la mécanisation des outils de travail, des appareils ménagers et des moyens de transport favorisent un mode de vie sédentaire. Plus particulièrement, la mutation du monde professionnel a entraîné une réduction des dépenses énergétiques dont l'on mesure les effets néfastes aujourd'hui en terme de santé publique concernant les seniors. S'il existe donc une inégalité devant la mort entre les personnes qui auront pratiqué une activité physique tout au long de leur vie et ceux dont ce n'est pas le cas (étude de WILSON et TANAKA en 2000), force est de relever que cette différence est accentuée par une inégalité territoriale. En effet, il existe deux principales zones de surmortalité, à savoir le territoire qui s'étend du littoral du Nord-Pas-de-Calais à l'Alsace et de la Bretagne à l'ouest de la ligne Saint-Nazaire – Saint-Brieuc⁶. Les deux principales zones de sous-mortalité sont les Pays de la Loire (à l'exception du pays nantais) et le cœur du Sud-Ouest. L'espérance de vie entre ces deux zones varie de plus de 10 ans.

L'instauration de la CAPS en Alsace (zone de surmortalité) a pour ambition de réduire cet écart en permettant de diminuer les risques de surpoids et d'obésité, de complications chez les diabétiques, de maladies cardio-vasculaires et de fractures du col du fémur. Selon les premières constatations, la CAPS, outre l'intérêt de la détection des pathologies et le maintien d'une vie sociale, semble aussi permettre de réduire l'anxiété, de préserver la vitesse d'exécution et le temps de réaction, voire de les améliorer.

L'exercice physique reste un facteur de prévention essentiel tout au long de la vie. En se contractant, les muscles exercent une traction sur les extrémités osseuses, ce qui a pour effet de stimuler l'os et de le renforcer. Il est donc important de faire travailler les zones les plus fragiles, les jambes en particulier, la fracture du fémur étant la principale conséquence de l'ostéoporose. Cette fracture entraîne une mortalité de 20 à 30% dans l'année suivant l'accident ainsi qu'une perte d'autonomie et une institutionnalisation dans un cas sur deux.

Si la CAPS est considérée aujourd'hui comme un outil de prévention primaire efficace permettant une amélioration de la qualité de vie, sa mise en place n'est pourtant pas généralisée.

⁶ ENA, Promotion « Léopold Sédar Senghor », Séminaire « les politiques de santé », Groupe 5 : « Les inégalités de santé », juillet 2003

1.1.2 Une couverture géographique inégale

Partie de Strasbourg, la CAPS tend actuellement à se développer en Alsace. Au Centre Hospitalier de Mulhouse, la CAPS fonctionne ainsi depuis le mois de mars 2008. L'hôpital organise lui-même le programme (EFCR, PEP'C1) dans ses locaux avec le matériel et le personnel médical et infirmier de l'établissement. L'association CAMES (cf. 1.1.3) apporte cependant son aide en finançant quelques vacations d'accompagnateurs PEP'C. L'hôpital finance l'essentiel des coûts par les recettes T2A induites par cette activité. L'accompagnement du PEP'C2 sera organisé par une association dans la « Maison du temps libre ».

Un montage semblable voit actuellement le jour à l'hôpital transfrontalier de Wissembourg. La CAPS est également en projet au centre hospitalier de Colmar.

Des initiatives ont aussi vu le jour hors d'Alsace. En Franche-Comté le dispositif est déjà en place depuis plusieurs années à Baume-les-Dames, à l'initiative de la MSA. Celle-ci propose à ses assurés d'effectuer une EFCR au CHU de Besançon puis de suivre le PEP'C1 à l'espace senior de Baume-les-Dames.

Le CHU de Toulouse (hôpital de Larrey) et l'AP-HP (hôpital Lariboisière Fernand-Widal) vont poursuivre cette expérience. D'autres CHU, comme ceux de Montpellier et Rennes s'y préparent.

L'analyse reposera sur l'expérience alsacienne avec l'expérimentation menée au CHU de Strasbourg.

1.1.3 Une mosaïque d'acteurs aux rôles complémentaires

Pour comprendre plus précisément le fonctionnement de la CAPS, il semble indispensable d'étudier les différents acteurs aujourd'hui concernés.

La CAPS a été mise en place par le Professeur Lonsdorfer. Pneumologue de profession, ses différentes recherches et pratiques l'ont amené à s'intéresser au reconditionnement physique des individus. Son travail, basé initialement sur une pratique curative pour l'ensemble de la population, s'est peu à peu centré sur une pratique préventive pour les seniors en particulier. Il est aujourd'hui l'acteur principal de ce programme. Seul à réaliser les consultations d'orientation, il reçoit également les résultats médicaux de chaque patient à l'issue de la CAPS et du PEP'C1.

Les premiers partenaires pour monter ce dispositif ont été de deux ordres.

Au niveau médical, le Professeur Lonsdorfer, universitaire des HUS, a été soutenu par l'établissement et le responsable du pôle de gériatrie dans le cadre d'un projet de

consultant. Après quelques réticences, liées au caractère préventif de la CAPS, la Commission Médicale d'Établissement (CME) a accepté ce projet. L'hôpital a donc mis des locaux à disposition ainsi que le matériel nécessaire pour la pratique de l'EFCR.

Au niveau financier, les premiers partenaires ont été les mutuelles MGEN et MSA qui proposaient la CAPS à leurs adhérents et indemnisaient l'hôpital des frais engagés pour ce programme. L'hôpital, à l'origine principal prestataire de la CAPS, a ensuite changé de stratégie. Il a en effet choisi, en 2007, de confier une partie de ses missions au groupe Arpège-Réunica⁷ (la MGEN et la MSA ne faisant plus parti du dispositif actuel). Si le rôle principal des institutions de retraite complémentaire de ce groupe est la gestion des droits des actifs et le paiement des allocations des retraités, le groupe participe également à des actions sociales améliorant le mieux-être des cotisants et des retraités. C'est précisément dans cette dynamique que s'inscrit la CAPS. Le groupe informe donc ses adhérents jeunes retraités de l'existence de ce dispositif et leur propose d'y participer. Selon le président du groupe, 16% des personnes informées répondent positivement et s'engagent dans ce processus, le plus souvent avec leur conjoint.

Pour piloter ce projet et le porter juridiquement, Arpège-Réunica a créé l'association Centre Alsacien pour le Mieux Être des Seniors (CAMES) en juillet 2007. La direction a été confiée au Président d'Arpège-Réunica et le secrétariat général au Professeur Lonsdorfer. Elle est basée à Strasbourg, dans les locaux du CHU et a élargi, début mars, son action à Mulhouse. Colmar devrait suivre prochainement. Aujourd'hui cette association a plusieurs rôles : elle finance les emplois nécessaires, prend en charge les équipements et assure la coordination entre les différents acteurs, chacun étant représenté au sein de l'assemblée générale. Cette dernière a voté pour la première fois en juillet 2007 un budget de 600 000€ pour trois ans. En contrepartie de cet investissement, Arpège-Réunica est assuré qu'au moins un tiers des patients concernés par la CAPS lui sont affiliés, chiffre actuellement proche de 60%.

Concernant les autres acteurs financiers importants, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a pris part au financement de la CAPS dans les premières années de sa mise en place. Les actes médico-techniques de la

⁷ Le groupe Réunica est au niveau national l'un des leaders des retraites complémentaires (2^{ème} groupe) et la 12^{ème} institution de prévoyance française (source : top 20 des IP de l'Argus de l'Assurance).

Arpège est, quant à lui, le 1^{er} groupe de protection sociale dans le grand Est.

Une démarche de partenariat s'est engagée entre ces deux groupes et devrait aboutir à la fusion de leurs institutions de retraites complémentaires AGIRC et ARRCO d'ici 2010.

CAPS ne correspondant pas à des prestations légales de protection sociale, la CNAMTS a soutenu cette action en octroyant une enveloppe d'environ 100 000 € par le biais d'une Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) ou d'un Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)⁸. Ce financement non pérenne n'a pas été reconduit. L'Assurance Maladie n'intervient qu'au niveau des remboursements des prestations légales.

Enfin, deux associations apportent également leur concours: en premier lieu l'association SIEL Bleu⁹ assure l'animation du PEP'C2 en mettant à disposition des bénéficiaires du programme des professionnels (titulaires d'un diplôme de STAPS)¹⁰. En second lieu, l'association Alsace Alzheimer a financé l'achat d'équipements sportifs (bicyclettes ergométriques) du fait de la prise en charge de certaines personnes souffrant de cette maladie.

1.1.4 Un montage financier complexe

Le montage financier de la CAPS est actuellement le suivant: pour la première phase, à savoir la consultation chez le généraliste, l'EFCR et les 18 séances d'entraînement, la CNAMTS et Arpège-Réunica co-financent le programme à hauteur de 500 personnes.

Du fait de la particularité de la région, une personne affiliée au régime général se verra rembourser 70% de la dépense et une personne affiliée au régime local, sera remboursée entre 80 et 90% de ce qu'elle a dépensé. Lorsque les bénéficiaires du programme font partie du groupe Arpège-Réunica, celui-ci complète le remboursement de l'Assurance Maladie.

Arpège-Réunica intervient financièrement aussi bien pour chaque individu de son groupe que pour l'ensemble des participants en prenant en charge les coûts en personnel et en matériel. L'ensemble du programme CAPS + PEP'C1 s'élève à environ 850 €.

Le PEPC'2 est quant à lui pris en charge par chaque bénéficiaire (cf annexe 3).

⁸ Aujourd'hui, les enveloppes du FAQSV et de la DRDR ont fusionnées en un fonds unique, le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), en 2007 (fusion suggérée par le rapport de l'IGAS paru en 2006)

⁹ Sport Initiative Et Loisir Bleu, association nationale loi 1901, créée en 1997 qui a pour objectif de mettre à disposition des seniors un offre d'activité sportive adaptée.

¹⁰ Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

1.2 Des perspectives d'amélioration pour un dispositif plus pérenne

Avant d'envisager d'exporter la CAPS hors d'Alsace, il est nécessaire de préserver l'existant et de s'assurer de la pérennité du dispositif actuel. Partir sur des bases solides apparaît comme une priorité pour la plupart des acteurs interrogés. Qu'il s'agisse des moyens (1.2.1), de l'offre (1.2.2), de l'égalité d'accès (1.2.3) ou du suivi post PEP'C1 (1.2.4), des améliorations sont à apporter.

1.2.1 Rendre durables les moyens existants

La principale fragilité de la CAPS à Strasbourg réside dans sa dépendance vis-à-vis du Groupe Arpège-Réunica, principal financeur à travers le CAMES. Or, si le groupe s'est beaucoup investi sur cette expérimentation, sa participation durable n'est pas garantie. Il s'est engagé jusqu'en juin 2010. C'est à cette date, qu'au regard des résultats obtenus, il décidera de prolonger ou non sa participation. Quoiqu'il en soit, Arpège-Réunica souhaite ouvrir le CAMES à d'autres acteurs (CRAM, URCAM...) préparant ainsi un possible retrait. Dès lors, pour l'après 2010, il semble indispensable de diversifier les financeurs du CAMES.

Se pose aussi la question du remplacement du poste de médecin. Actuellement, c'est le Professeur Lonsdorfer qui assure ce rôle. Son salaire est payé par Arpège-Réunica à travers le CAMES. A moyen terme, le départ à la retraite du Professeur va poser la question de son remplacement. Actuellement, l'hôpital souhaiterait qu'Arpège-Réunica continue à rémunérer le médecin de la CAPS. Cependant, pour garantir la pérennité de ce poste, il serait alors souhaitable que les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) prennent en charge ce poste de Praticien Hospitalier comme cela se fait déjà à Mulhouse ou Toulouse. Pour l'hôpital cette charge nouvelle est supportable dans la mesure où la CAPS continuera à lui apporter plus de recettes que de coûts. Il faut en effet rappeler que l'hôpital facture la CAPS et le PEP'C 1 à l'Assurance Maladie.

Au-delà de l'aspect financier, le remplacement du Professeur Lonsdorfer suppose de trouver un médecin capable de piloter le dispositif. Pour l'hôpital, il faut trouver quelqu'un aux compétences médicales reconnues et qui soit aussi capable de faire travailler ensemble les différents partenaires. Le recrutement ne devrait cependant pas être insurmontable dans la mesure où les postes de PH en CHU demeurent très attractifs.

Concernant les locaux, l'avenir semble assuré puisque le CAMES finance actuellement la rénovation d'un local appartenant à l'hôpital (site de la Robertsau). Ce local disposera de nouveaux équipements et remplacera l'espace actuellement utilisé au sous-sol de l'hôpital. Ces travaux témoignent de la volonté des acteurs de se projeter à plus long terme et de dépasser le stade de l'expérimentation.

1.2.2 Mettre en adéquation l'offre et la demande

En ce qui concerne l'activité de la CAPS, force est de constater que la demande est supérieure à l'offre.

La prise en charge des seniors par le dispositif de la CAPS, se déroule en trois temps. Après la prescription de celle-ci par un médecin traitant, l'utilisateur se rend à une consultation spécialisée. Ce rendez-vous est obtenu dans un délai d'environ quinze jours. C'est le délai d'accès au plateau technique pour les bilans d'exploration fonctionnelle cardiorespiratoire (deuxième temps de la CAPS) qui est relativement long. Pour ces examens, le délai d'attente est d'environ deux mois. Ce manque de moyen est un handicap au développement optimal de la CAPS. C'est pourquoi les organisateurs ont dû limiter l'information et la communication dans le but de ne pas susciter une demande qui ne pourrait être satisfaite. A plus long terme, la création d'un second plateau technique semble nécessaire au corps médical. Cet investissement représente un coût de 40 000 euros.

Le troisième temps est celui du reconditionnement physique. Jusqu'à ce jour, il était réalisé dans des locaux d'une superficie de 25 m². Un centre de 120 m² financé par Arpège-Réunica sera fonctionnel dans les semaines à venir.

1.2.3 Diversifier les publics pour plus d'égalité

L'article 67 de la loi relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998¹¹ précise que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire des politiques de santé ». Par ailleurs, les études épidémiologiques révèlent d'importants écarts d'espérance de vie entre les catégories socioprofessionnelles et confirme l'état de santé dégradé des populations précarisées¹². Ce même constat s'observe dans le cadre des CAPS.

¹¹ Loi n°98-657 du 29 juillet 1998

¹² Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Rapport 2003-2004, La documentation française, Paris

Ainsi, nos entretiens ont révélé qu'une des limites de ce dispositif est d'être un « produit d'élites ». En ce sens, les bénéficiaires sont généralement des retraités issus des milieux sociaux aisés. Aussi se pose la question de la solidarité et de l'égalité d'accès afin de garantir une équité et de réduire les inégalités sociales de santé existantes. C'est en direction de ces publics que le développement d'actions de promotion et d'éducation pour la santé est à réfléchir. Une stratégie de communication ciblée sur un public plus populaire permettrait de diversifier l'origine sociale des bénéficiaires.

Les données de l'ouvrage Baromètre de Santé 2005¹³, recueillies auprès d'un échantillon de 30 000 personnes entre 15 et 75 ans, démontrent que l'importance de la mise en œuvre d'une politique de santé publique cohérente et efficace passe par des changements des comportements de santé.

D'autre part, le cadre législatif complété par la loi du 2 janvier 2002¹⁴ rénovant l'action sociale et médico-sociale, précise que « l'action sociale et médico-sociale repose sur l'évaluation continue des besoins et des attentes des publics ».

Dans ce cadre, le dispositif CAPS devrait se généraliser dans la mesure où il paraît indispensable de développer des stratégies de prévention pour renforcer les règles sociales et agir sur des comportements souvent bien établis. Les actions de prévention sont souvent difficiles à mettre en œuvre en raison du temps nécessairement long avant l'apparition des premiers résultats.

La prévention est un domaine de l'activité sanitaire insuffisamment développé en France (moins de 3% des dépenses de santé)¹⁵. La prévention primaire passe habituellement par des campagnes de communication dans les médias, l'organisation de forums publics et d'ateliers. Une action de prévention efficace doit modifier la perception individuelle de son propre état de santé et donc générer la prise de conscience de l'intérêt d'une meilleure hygiène de vie (alimentation, pratique d'activités physiques et sportives).

Aussi, par sa proximité avec la population, le médecin généraliste a un rôle primordial à jouer. Il devrait s'inscrire dans une nouvelle dynamique de recherche et de prévention afin de réduire les risques de dépendance. Dans le cadre d'actions de prévention et de diagnostics précoces, il est l'acteur clé pour promouvoir ce type de dispositif et agir sur les facteurs de risques (sédentarité, obésité...) des patients qu'il rencontre. Acteur

¹³ http://www.edk.fr/reserve/revues/ms_papier/e-doc

¹⁴ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002

¹⁵ Baromètre de santé 2005, Attitudes et comportements de santé sous la direction de François BECK, Philippe GUILBERT, Arnaud GAUTIER, Préface de Philippe LAMOUREUX, INPES

incontournable de prévention, le médecin traitant devrait être le principal prescripteur de la CAPS.

1.2.4 Améliorer le suivi du programme autogéré (PEP’C2)

Si le PEP’C1 garantit un gain d’au moins 30% des principaux critères d’endurance, celui-ci demeure fragile. En effet, sans poursuite de l’activité physique au-delà de 18 séances, ce gain obtenu disparaît au bout de 15 jours. Dès lors, la poursuite d’une activité physique et sportive post-PEP’C1 est essentielle dans la réussite de la CAPS.

Aujourd’hui, il est constaté que deux tiers des personnes ayant suivi le PEP’C1 le prolongent de façon autogérée. Pour parvenir à un taux de suivi plus élevé, il est indispensable de proposer à chaque participant l’accès à une structure adaptée dans laquelle le programme pourra être suivi à un coût raisonnable, ce coût étant à la charge des participants.

Le contrat avec l’association « SIEL Bleu » répondait en partie à ce besoin, mais présentait cependant plusieurs limites. Tout d’abord, l’association utilisait le petit local de 25 m² déjà occupé pour le PEP’C1 au sous-sol de l’hôpital. De plus, elle n’a pas été en mesure de construire un partenariat solide, ses difficultés financières ne permettant pas la pérennité du dispositif.

Dès lors, une collaboration avec l’ABRAPA¹⁶, offrirait une solution avec un partenaire solide, capable de s’engager dans la durée. L’ABRAPA, dont nous avons rencontré le Directeur Général, propose d’organiser le programme autogéré dans un nouveau local équipé lui appartenant. Plus grand, celui-ci permettrait l’accueil des seniors dans de meilleures conditions, favorisant ainsi un suivi plus assidu. L’association est prête à mettre à disposition deux professionnels chargés d’animer les séances.

Reste à résoudre la question du coût pour l’usager. Le Directeur Général de l’ABRAPA estime à environ 8 euros par séance le prix facturé à chaque senior afin de couvrir les charges. Lors de l’entretien avec la Directrice Adjointe de la DRASS, il est apparu qu’une subvention était envisageable dans le cadre du GRSP. D’ailleurs, l’association « SIEL Bleu » a touché 30 000 euros en 2007 dans le cadre de cette action. En lui succédant, l’ABRAPA pourrait compter sur cette aide, les appels à projets étant reconduits tous les ans. Contactée à ce sujet, l’ABRAPA affirme être intéressée par cette

¹⁶ Association Bas-Rhinoise d’Aide aux Personnes Agées : premier prestataire de services à la personne du Bas-Rhin avec plus de 2000 professionnels. Association à but non lucratif.

possibilité, tout en soulignant l'absence d'engagement financier de l'Etat sur le long terme. Cette subvention serait de nature à réduire sensiblement le prix de chaque séance, encourageant ainsi les seniors à poursuivre le programme.

Une fois la CAPS consolidée et pérennisée, une diffusion du modèle strasbourgeois devient envisageable. Cela suppose son intégration dans les dispositifs de planification.

2 L'intégration de la CAPS dans les dispositifs de planification comme étape charnière vers sa généralisation

La diffusion de la CAPS suppose, en premier lieu, la réussite du passage d'un dispositif expérimental à un dispositif transposable (2.1). La CAPS pourra alors s'inscrire dans la planification et permettre ainsi une meilleure coordination des acteurs et des actions de prévention (2.2).

2.1 D'un dispositif expérimental à un dispositif transposable

Pour permettre cette évolution, trois conditions sont nécessaires. La CAPS doit tout d'abord être reconnue scientifiquement (2.1.1). Elle doit ensuite mobiliser des moyens à long terme, aussi bien financiers (2.1.2) que humains et techniques (2.1.3).

2.1.1 Evaluation scientifique reconnue, nécessité de publier. Reconnaissance de la CAPS : une évaluation scientifique nécessaire

Comme tout projet de santé, la CAPS doit apporter la preuve scientifique de son efficacité. Les acteurs de terrain interrogés, dont les médecins, porteurs du projet, ont souligné cet aspect. Cela permettra en effet à la CAPS d'être reconnue par tous comme outil de santé publique, d'intéresser de nouveaux partenaires, notamment financiers et d'emporter l'adhésion de la communauté médicale. Dans un contexte de ressources limitées, les études coût/efficacité sont devenues une exigence. De plus en plus, les financements vont se porter vers les dispositifs de prévention qui auront fait la preuve de leur efficacité et dont les résultats ont fait l'objet de publications scientifiques.

Concernant la CAPS, plusieurs articles sont déjà parus présentant les premiers résultats sur les groupes témoins. Un gain d'endurance de 30% à l'issue du programme est avéré. Des publications sur les effets à plus long terme de la CAPS sont en cours; un étudiant y consacre les travaux de sa thèse. Ces résultats, indispensables à l'évaluation du dispositif, permettront d'accroître la visibilité de la CAPS.

Par ailleurs, cette évaluation est susceptible d'alimenter les recherches encore insuffisantes sur l'efficacité des APS pour la santé (voir les travaux de MK Baker¹⁷).

2.1.2 Vers un modèle de financement durable

Le financement principal de la CAPS vient des remboursements des prestations légales de l'Assurance Maladie. Encore au stade de l'expérimentation, ce financement, négocié entre les partenaires et soumis à des conditions quantitatives, ne peut rester que transitoire.

Une reconnaissance plus officielle par l'Assurance Maladie au plan national assurerait la viabilité financière du projet. Cette reconnaissance serait facilitée par l'intégration de la CAPS au sein des SROS III dans le volet « Personnes Agées ». Ce volet comporte des actions de dépistage et de prévention destinées à anticiper les situations de crise chez la personne âgée. De part son caractère préventif, la CAPS répond tout à fait à cette préoccupation, notamment face aux pathologies cardiovasculaires, priorité nationale de santé publique. La CAPS pourrait ainsi bénéficier d'un réseau existant, reconnu au niveau régional, voire national, et financé par l'Assurance Maladie tout en renforçant les outils de prévention du SROS III.

Ainsi inscrite dans les politiques de prévention régionales, la CPAS gagnerait en stabilité, lui permettant aussi d'attirer des financeurs complémentaires. L'évaluation du dispositif actuel permettra d'argumenter, lors de la Conférence Régionale de Santé, un dossier destiné à convaincre de l'intérêt du programme CAPS dans le schéma régional.

¹⁷ Multi-modal exercise programs for older adults : Michael K Baker , Evan Atlantis, Maria A Fiatarone Singh: Systematic review , may 30th 2007

2.1.3 La mobilisation des moyens humains et techniques nécessaires

Trouver des financements adaptés et garantir un équilibre économique est une condition nécessaire mais pas suffisante. Pour mettre en œuvre la CAPS, il faut aussi réunir des compétences humaines et des moyens matériels.

La première phase du programme nécessite un plateau technique homologué pour les explorations fonctionnelles cardiorespiratoires. Actuellement, ces moyens techniques sont disponibles en CHU ou dans certains centres hospitaliers. C'est donc sur ces établissements qu'il faut s'adosser pour organiser la CAPS. En personnel, cette phase requiert des moyens limités dans la mesure où elle ne se fait qu'une seule fois par patient. Les grands centres hospitaliers disposent déjà des personnels médicaux et paramédicaux compétents pour organiser les épreuves d'effort. Pour exemple, la mise en place de la CAPS à Mulhouse n'a pas nécessité l'embauche d'un médecin supplémentaire. Contacté, le médecin concerné dit n'accorder qu'une part marginale de son temps à cette activité. Selon le développement de celle-ci, les unités pourront, le cas échéant, financer du temps médical complémentaire par les recettes T2A dégagées par la CAPS.

La deuxième phase du programme, le PEP'C1 en 18 séances, se réalise sous suivi d'un médecin. Même s'il existe des diplômés spécialisés, une très courte formation suffit à un médecin généraliste pour assurer ce suivi. Cette formation peut être prise en charge par les structures coordinatrices des CAPS, à l'image du CAMES en Alsace¹⁸. Le PEP'C1 nécessite aussi la présence d'un ou deux salariés pour assister le médecin. Il est par exemple très facile de recruter du personnel diplômé en STAPS¹⁹. Le PEP'C1 nécessite un équipement relativement léger. Il suffit de disposer d'ergocycles et de cardiofréquencemètres. Il n'est donc pas nécessaire de limiter ce PEP'C aux seuls grands centres hospitaliers. Les hôpitaux locaux, par exemple, peuvent servir de relais de proximité. Ainsi, le senior se rendrait une seule fois au centre hospitalier de référence pour la première phase de la CAPS. Pour le reste du programme, il suffirait de se rendre dans ces relais de proximité. Ce maillage à deux niveaux, déjà expérimenté en Franche-Comté, assure un bon niveau de suivi et permet à des populations rurales d'accéder au programme. Il est également possible d'organiser le PEP'C1 dans des structures médico-sociales (EHPAD...), des espaces territoriaux dédiés aux seniors, des CLIC...

¹⁸ En Alsace, le CAMES se charge de la formation des médecins des nouveaux centres de Mulhouse, Colmar et Wissembourg.

¹⁹ Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives.

Par ailleurs, il est indispensable de prévoir des lieux dans lesquels les seniors pourront poursuivre le PEP'C de façon autogérée et non médicalisée. Idéalement, et comme cela s'organise à Strasbourg, ce rôle peut être confié à une seule structure associative spécialisée dans les prestations aux seniors. En effet, la présence d'un interlocuteur unique garantit une bonne coordination et un meilleur suivi des seniors par les médecins en charge du PEP'C1.

Il est cependant possible de faire appel à plusieurs prestataires se déplaçant en hôpital, en maison de retraite ou espace territorial pour organiser les activités physiques auprès des seniors ayant bénéficié du programme CAPS.

2.2 Offrir à la population le meilleur continuum par la coordination des acteurs et l'insertion de la CAPS dans un réseau

Comme toute action de santé publique, la CAPS, parce qu'elle mobilise de nombreux acteurs ne sera viable qu'à trois conditions : l'existence d'une étroite coordination des acteurs (2.2.1), l'inscription dans un réseau de santé pour éviter d'être isolée (2.2.2) et enfin, le soutien de l'Etat pour gagner en visibilité (2.2.3).

2.2.1 Coordonner tous les acteurs concernés par la CAPS

La mise en place de la CAPS passe donc par la mobilisation d'acteurs multiples pouvant apporter, chacun à leur niveau, des ressources différentes mais complémentaires. Face à ce constat, la problématique de la coordination des acteurs prend tout son sens.

Pourtant, dans le cas strasbourgeois, il nous est apparu (à travers les entretiens que nous avons réalisés) que la communication entre les acteurs était parfois insuffisante. Ainsi sur plusieurs points, dont la question pourtant cruciale du financement, il nous a été très difficile d'obtenir des informations concordantes.

Si l'on souhaite généraliser l'usage de la CAPS hors d'Alsace, il est donc souhaitable de prévoir une meilleure coordination des acteurs et une clarification des rôles respectifs. Pour obtenir un bon maillage du territoire, il est possible de s'appuyer sur les grands centres hospitaliers qui desserviraient un bassin avec des relais de proximité pour la mise en œuvre du PEP'C. Il nous paraît indispensable de prévoir, sur chaque bassin desservi, une structure unique chargée du pilotage du dispositif. Ces structures, de forme associative, rempliraient les missions dévolues au CAMES en Alsace. Très souple, la

forme associative permet le rassemblement d'acteurs aux statuts très divers (hôpitaux, maisons de retraite, organismes de sécurité sociale, collectivités locales, mutuelles, associations de services aux seniors...). L'association peut ainsi jouer, au plan local, le rôle d'enceinte de discussion et de coordination. Elle serait l'interlocuteur unique des médecins généralistes. Elle veillerait à assurer l'accès de tous à des structures adaptées pour le suivi du PEP'C2.

Il nous semble cependant souhaitable que le centre hospitalier de référence joue un rôle privilégié au sein de cette association. Il emploie en effet le médecin responsable de la CAPS et constitue le point d'entrée unique pour les patients. La coordination que nous imaginons se fait donc, au niveau d'une région ou d'une partie de région, autour d'un grand hôpital et avec une association comme outil de coordination.

L'organisation décentralisée de la CAPS n'empêche pas la création d'un « réseau d'échange CAPS » au niveau national (sous forme associative ou sur un mode plus informel). Un médecin CAPS pourrait jouer, en plus de son activité courante, un rôle de « coordinateur national CAPS ». Il favoriserait l'échange d'informations et rassemblerait les données permettant d'évaluer les résultats de la CAPS au niveau national. Avec ses confrères, il organiserait l'échange de bonnes pratiques, la rédaction de protocoles communs. Enfin, de façon plus ambitieuse, cette association pourrait organiser des formations CAPS pour les médecins participants.

La coordination des différents acteurs intervenant dans le fonctionnement des CAPS est une condition nécessaire pour que celles-ci assurent leur mission de prévention auprès de la population concernée. Toutefois, pour une prise en charge globale du senior dans une logique de santé publique, il pourrait être envisagé d'intégrer les CAPS au sein d'un réseau de prévention adapté à cette population.

2.2.2 Insérer la CAPS dans un réseau « Bien Vieillir »

Un réseau peut être une réponse de santé publique qui allie population et territoire. Les réseaux de santé sont définis dans l'article 84 de la loi du 4 mars 2002²⁰ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou

²⁰ Loi 202-303 du 4 mars 2002

activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des évaluations afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre des professionnels de santé libéraux, des médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et/ou des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants des usagers.

Un réseau peut être une réponse pour un financement durable. Plusieurs textes législatifs réglementent la formalisation d'un réseau. Le décret du 25 octobre 2002²¹ fixe les conditions d'attribution de la dotation régionale et précise le cahier des charges, les conditions de suivi et d'évaluation de chaque réseau. Le décret du 17 décembre 2002²² fixe, quant à lui, des critères de qualité ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé souhaitant bénéficier de la dotation de développement des réseaux ou de subventions des collectivités territoriales ou de l'Etat.

Ainsi tout réseau qui répond favorablement aux critères exigés par ces textes, est en mesure d'obtenir les financements nécessaires à sa mise en place et à son fonctionnement. Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), créé par l'article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2007, est entré en vigueur depuis le 1er juillet 2007. Il remplace à la fois le FAQSV et la DRDR et a pour objet l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé. Son champ d'intervention couvre, entre autre, les réseaux de santé. A titre d'exemple, l'arrêté du 22 juin 2007, portant détermination de la répartition de la DNDR pour l'année 2007, a fixé à 3 641 450 € l'enveloppe destinée à la région Alsace. L'attribution des aides se fait sur une base pluriannuelle et pour une durée maximale de 5 ans. Le renouvellement des financements est subordonné à l'évaluation des résultats. Le financement des réseaux de santé est une des compétences conjointement exercées par le Directeur de l'URCAM et le Directeur de l'ARH, dans le cadre du soutien au développement de la coordination des soins, objectif opérationnel de la Mission Régionale de Santé (MRS), dont ils sont annuellement et alternativement directeur.

Les MRS, ont été instaurées dans chaque région par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. Chacune définit des priorités régionales pluriannuelles qui doivent

²¹Décret n°2002-1298

²²Décret n°2002-1463

intégrer, d'une part, les priorités gouvernementales et les orientations du SROS III et, d'autre part, les spécificités régionales définies dans le cadre du PRSP. Elle assure également la coordination entre les différents partenaires territoriaux existants (URML, DRASS, CRAM par exemple) et mobilise les budgets d'intervention possibles (FIQCS, subventions propres ARH, crédits Assurance Maladie, organismes complémentaires d'assurance et de prévoyance, financement des collectivités territoriales, fonds privés).

Constituer un réseau pour les seniors aurait un sens. En France, il est d'usage de considérer une personne comme senior entre 50 et 70 ans. Il est ainsi possible pour cette population autour de l'âge de la retraite, d'organiser une prévention ciblée, les acteurs intervenant dans un réseau étant des professionnels au contact direct des seniors. Tout senior est un jour ou l'autre en contact avec un des membres du réseau, qu'il s'agisse du médecin du travail avant son départ à la retraite, de son propre médecin traitant ou bien des services sociaux de son lieu de résidence.

L'intégration des CAPS au sein d'un réseau représente un moyen fiable pour garantir l'accès à tous. Ainsi, chaque senior, quelque soit son régime d'Assurance Maladie, de retraite ou son niveau social serait en mesure de se voir proposer une CAPS.

En Alsace, parmi les vingt réseaux actuellement financés par l'Etat, deux d'entre eux au moins seraient susceptibles d'intégrer les CAPS. D'une part, le réseau concernant les maladies cardiovasculaires qui s'adresse aux personnes de tout âge, atteintes d'une pathologie cardiovasculaire ou présentant des facteurs de risques importants et d'autre part le réseau gérontologique qui assure une coordination des acteurs travaillant auprès des personnes âgées.

Toutefois, le senior en général ne se considère ni comme une personne âgée ni comme une personne malade. Aussi, imaginer un senior bien portant se rapprocher d'un réseau destiné à une population ciblée (personnes âgées, malades ou à risques) est maladroit. Pour le senior, cela est difficilement envisageable.

Pour atteindre l'objectif recherché par les CAPS et aller au-delà dans la prévention en faveur du bien vieillir, il semble essentiel de créer, pour ces seniors, un réseau spécifique et adapté. A travers un tel réseau, il serait possible de promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans, de prévenir les facteurs de risques et les pathologies influençant la qualité de vie, de favoriser le bon usage des médicaments, d'encourager la solidarité entre les générations et enfin de promouvoir une activité physique et sportive régulière.

De nombreux acteurs en France cherchent déjà à accompagner le bien vieillir. Par exemple, des collectivités territoriales expérimentent un nouveau portail internet afin de sensibiliser et regrouper les informations nationales et locales pour des actions de prévention. Dans des espaces territoriaux du Conseil Général de la Manche ou de l'Oise, des actions comme le coupon sport sont mises en place pour encourager l'adhésion à des clubs sportifs. La Charente a créé un réseau axé sur le bien vieillir en février 2008 en signant une convention pour trois ans avec l'URCAM. Les municipalités et conseils généraux ont donc un rôle important à jouer dans ce domaine. Parallèlement, des organismes d'assurances obligatoires ou complémentaires comme la MSA proposent des ateliers « Bien Vieillir » animés par des médecins et des travailleurs sociaux. Il existe d'autres fédérations comme la Fédération Seniors Moselle, créée en 1973, qui propose des activités physiques adaptées pour prévenir le vieillissement en ayant signé une charte avec le Conseil général. De plus, la Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV) propose à ses adhérents de tous âges des séances d'activités physiques diversifiées. Elle est soutenue par le Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports, par le Comité national olympique et sportif français et par la Confédération sport santé.

Force est de constater que ces actions sont souvent le fruit d'initiatives isolées. Dans chaque région, la mise en place d'un réseau « Bien Vieillir » créerait du lien et garantirait la pertinence des actions au regard des priorités nationales et régionales.

Créer un réseau unique de prévention pour les seniors s'insère dans la logique du plan national « Bien Vieillir » 2007-2009. Il pourrait être le Réseau de Prévention « Bien Vieillir ».

2.2.3 Repenser le rôle de l'Etat

A Strasbourg, le projet CAPS est né de l'ambition conjugquée de médecins hospitaliers et d'organismes d'assurance obligatoire ou complémentaire. A eux seuls, en y consacrant les moyens humains et matériels nécessaires, ces partenaires ont imaginé un dispositif de santé publique novateur, axé sur la prévention.

Par contraste, l'Etat apparaît totalement en retrait sur ce projet. Jusqu'à ce jour, la santé publique et la prévention appartiennent pourtant au domaine d'intervention des pouvoirs publics. L'engagement du groupe Arpège-Réunica semble d'ailleurs être la conséquence du non investissement de l'Etat dans ce domaine.

Paradoxalement, le fonctionnement actuel de la CAPS semble être satisfaisant sans l'aide de l'Etat. Toutefois, négliger la valeur ajoutée de ce dernier serait une erreur. Un projet ambitieux nécessite en effet un Etat fort, en mesure de le promouvoir, d'apporter des moyens et d'assurer une coordination avec les autres dispositifs de prévention à destination des seniors. C'est pourquoi, il nous paraît nécessaire de confier à l'Etat le pilotage du réseau de prévention « Bien Vieillir ». Un Médecin Inspecteur en Santé Publique, pourrait être missionné pour orchestrer ce réseau.

Garant de la cohésion sociale, l'Etat doit favoriser l'accès de tous à la prévention, mission que les acteurs de marché ne peuvent remplir correctement à eux seuls. Ainsi, pour la CAPS, il pourrait financer un dispositif d'aides financières aux personnes à faibles revenus et dont la mutuelle ne rembourse pas le reste à charge.

La cohésion nationale passe aussi par la réduction des inégalités territoriales. Or, comme le souligne le rapport Flajolet²³, il existe des disparités territoriales importantes des politiques de prévention sanitaire. La diffusion inégale des réseaux explique parfois ces disparités. Dès lors, seul capable de porter une vision nationale, l'Etat doit veiller à la cohérence et l'homogénéité des politiques sanitaires sur l'ensemble du territoire national. Cette vigilance de l'Etat trouverait à s'appliquer dans la mise en œuvre du plan « Bien Vieillir ».

²³ André Flajolet. Rapport sur « les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaires ».

Remis au Ministre de la Santé le 28 avril 2008.

Conclusion

Le dispositif expérimental de la CAPS mis en œuvre en Alsace depuis quelques années apporte des résultats très encourageants pour les seniors en bénéficiant.

Après s'être intéressés au fonctionnement actuel de la CAPS telle qu'elle existe à Strasbourg, il nous a paru judicieux de proposer certaines améliorations pour pérenniser le dispositif et permettre son extension. Localement, une structure unique permettrait de clarifier les rôles et de favoriser la complémentarité entre les différents acteurs de la CAPS. Au niveau national, la désignation d'un « coordinateur CAPS » renforcerait la cohérence des actions menées dans les différentes zones géographiques. Il faciliterait les échanges entre les médecins responsables et l'uniformisation des pratiques. Par ailleurs, on ne peut penser la CAPS isolément sans l'inclure dans les dispositifs de santé publique existants. Les actions sur la prévention du vieillissement étant nombreuses, un réseau « Bien Vieillir », pourrait les rassembler de façon cohérente. La CAPS, de part ses objectifs de prévention de la dépendance aurait toute sa place dans ce réseau. L'intégration dans les dispositifs de planification comme le SROS, renforcerait la visibilité de la CAPS et apporterait de nouveaux financements (GRSP...). Elle représenterait pour l'Etat une occasion d'affirmer sa volonté de développer une culture de prévention.

Le programme CAPS, aujourd'hui proposé uniquement à des seniors, pourrait voir son public élargi. Des études montrent que certaines catégories de population pourraient également en tirer profit. Ainsi, la CAPS peut, selon le modèle canadien, bénéficier aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer. De même, une adaptation du dispositif est en cours pour les enfants souffrant d'obésité (CHU de Montpellier) et pour les personnes greffées ou diabétiques. Si, à court terme, une généralisation de la CAPS à toute la population est peu envisageable, il serait pertinent de cibler des publics prioritaires selon les besoins spécifiques de chacun.

La CAPS s'inscrit donc comme outil de prévention primaire au même titre que la pratique des Activités Physiques et Sportives (APS). Les bienfaits des APS étant avérés, il serait souhaitable de développer leur pratique dès le plus jeune âge, le capital santé se construisant dès la naissance. Certains pays, tel que l'Allemagne ont choisi de promouvoir les APS dès le début de la scolarité et tout au long de la vie (notamment dans les institutions pour personnes âgées). Dans cette même volonté, les mutuelles incitent leurs adhérents à la pratique du sport par un système de bonus.

Ainsi, le développement de la pratique des APS parmi la population serait un facteur indéniable d'allongement de l'espérance de vie en bonne santé pour les générations à venir.

Intérêt de la CAPS pour les corps professionnels

La CAPS concerne tous nos corps de métier, aussi chacun dans son domaine de compétence a relevé les intérêts qui lui sont liés.

Pour le Directeur des Soins

Ce travail a permis de mener une réflexion sur l'importance de la prévention primaire et la nécessaire collaboration interprofessionnelle pour assurer un continuum de prise en charge à la population.

Dans sa fonction, le Directeur des Soins peut contribuer à l'élaboration de projets de prévention et d'éducation dans le cadre de réseaux ville-hôpital.

Au sein de son établissement, il peut mettre en œuvre à travers le projet de soins, un « repérage » des seniors susceptibles de bénéficier d'une CAPS mais qui requièrent une approche éducative pour y adhérer. D'une manière plus générale, des actions d'éducation à la prévention auprès d'une population socialement ciblée peuvent représenter un moyen de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Pour le Directeur d'Etablissement Sanitaire Social et Médico-social

Le défi de la longévité est un véritable enjeu du XXI^e siècle. En ce sens, nos établissements doivent s'adapter à ces évolutions en développant des actions de prévention de santé publique pour prévenir la dépendance par de nouvelles modalités de prise en charge des seniors dans l'objectif d'assurer la promotion du « Bien Vieillir ».

Pour l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Le dispositif de la CAPS marque l'importance pour les Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale de garder des relations régulières avec les acteurs de terrain. L'intégration d'un nouveau programme de prévention dans un plan régional permet de démontrer le rôle déterminant que devrait jouer l'Etat dans la régulation du système de santé.

Pour le Directeur d'Hôpital

La CAPS interroge le rôle et la mission des centres hospitaliers. Elle introduit, dans des institutions, jusque là centrées exclusivement sur le curatif, une démarche de prévention d'un type nouveau. Le Directeur d'Hôpital peut, à son niveau, accompagner et promouvoir cette évolution.

Grâce à ses ressources humaines et techniques, l'Hôpital a un rôle moteur à jouer dans la mise en place de la CAPS. La Direction inscrit cette action dans le Projet d'Etablissement et encourage (en relation avec ses partenaires de santé) son intégration dans le Projet Médical de Territoire.

- CH.DANIEL, B.DELPAL, G.DUHAMEL, CH., LANNELONGUE, *rapport 2006*, IGAS.
- Rapport du Haut Comité de la Santé Publique « *La santé en France* », janvier 2002
- ENA, Promotion « Léopold Sédar Senghor », Séminaire « *les politiques de santé* », Groupe 5 : « *Les inégalités de santé* », juillet 2003
- Rapport d'André Flajolet du 28 avril 2008 « *Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire* »

Articles

- **MICHAEL K.BAKER, EVAN ATLANTIS, MARIA A. FIATARONE SINGH.**, may 30 2007, "Multi-modal exercise programs for older adults", Systematic review, *dossier documentaire MIP*.
- **B.COTARD, P-H.BRECHAT, A.JOURDAIN, G.EINSARGUEIX**, juin 2004, « *santé et activités physiques et sportives: une réalité de terrain* », *Revue ADSP* n° 47
- **A.FAYARD, M.FRITZ-LEGENDRE**, janvier-février 2007, « *la santé par l'activité physique !* » *Revue la santé de l'homme*, n°387
- **F.PUISIEUX**, juin 2006, « *Intérêt de l'activité physique chez les personnes âgées* », *Revue de gériatrie*, tome 31 n°6, p 451.
- Dossier « *Sport, activités physiques et santé* », novembre 2004, *Revue vecteur santé*, n°3.

Conférence

- **Conférence de consensus**, *Activités physiques à des fins préventives*. 22 novembre 2005, Nancy, faculté de médecine.

Sites Internet

- www.edk.fr/revues/ms_papier/e-doc
- www.inpes.santé.fr
- www.msa.fr
- www.sielbleu.org
- www.agevillage.com
- www.alsace.assurance-maladie.fr

- www.groupe-arpege.com
- www.chru-strasbourg.fr
- www.abrapa.asso.fr
- www.mutualite.fr
- www.sante.gouv.fr/drees
- www.parhtage.sante.fr
- www.alsace.sante.gouv.fr
- www.crav-am.fr
- www.insee.fr
- www.intranet.sante.gouv.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.who.int/fr
- www.insee.fr