

**Master II Pilotage des Politiques et
Actions en santé Publique**

Promotion : **2011-2012**

Date du Jury : **Juillet 2012**

**La fragilité en Languedoc-Roussillon :
De l'observation à la politique**

Marine Bertuol

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à Monsieur Michel Noguès, Directeur Adjoint de l'Assurance Maladie et de l'Action Sociale, et responsable de mon stage à la Carsat du Languedoc-Roussillon, pour son accueil, sa disponibilité et ses précieux conseils.

De même, je remercie toute l'équipe du service Santé Prévention Prospective pour son accueil si chaleureux et son accompagnement durant toute la période de stage, riche d'enseignements.

Je remercie très sincèrement Mesdames Yvette Rayssiguier, professeur en politiques sociales à l'EHESP et Marie-Elisabeth Cosson, chargée du suivi méthodologique des mémoires à l'EHESP, qui m'ont accompagnée et soutenue lors de la réalisation de ce travail.

Je souhaite aussi adresser toute ma gratitude à Monsieur Alain Jourdain ainsi qu'à toute l'équipe pédagogique du Master PPASP pour la qualité de leurs enseignements.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie.....	7
1. La fragilité: un concept clé en santé publique	9
1.1 Le renouvellement du concept de fragilité dans la continuité de la politique dépendance	9
1.1.1 Les conséquences du vieillissement de la population.....	9
1.1.2 L'évolution des politiques « vieillesse » et le positionnement institutionnel de la CNAV	11
1.1.3 L'introduction de la notion de fragilité au sein de la CNAV	12
1.2 La fragilité : une notion complexe au carrefour de la vulnérabilité et de la dépendance.....	13
1.2.1 Fragilité et dépendance : des notions d'origine médicale.....	14
1.2.2 Fragilité et vulnérabilité : l'intégration d'une dimension sociale	15
1.3 ...A l'intersection des caractéristiques des individus, des territoires et des enjeux institutionnels	17
1.3.1 La montée en puissance de la notion de fragilité aux différents niveaux de décision	17
1.3.2 Evaluation de la fragilité et observation d'un risque de fragilité : Les intérêts d'une telle distinction	18
2. L'observation au service de la décision et de l'action.....	21
2.1 Les étapes indispensables à une démarche d'observation.....	21
2.1.1 Organisation et démarche : poser le cadre de l'observation.....	21

2.1.2 Délimiter le champ de l'observation : définition des facteurs de risque de fragilité économique et sociale	25
2.1.3 Réaliser l'étude : définir les méthodes appropriées pour le recueil et le traitement des données	27
2.1.4 Constat, analyser et interpréter les observations	28
2.1.5 L'utilité et l'usage de l'observation : communiquer les résultats de l'Observatoire en vue d'impulser des actions de prévention adaptées aux besoins repérés sur les territoires	30
2.2 Observer pour aider à la décision ?	31
2-2-1 Le processus au service de la décision	32
2-2-2 Des décisions de stratégies d'action limitées	33
2.3 Observer pour agir ?	34
2.3.1 Agir auprès des seniors à risque de fragilité.....	34
2.3.2 Agir sur les territoires	35
3. Des limites à dépasser : le rôle clé des acteurs du système de santé.....	37
3.1 Vérifier la pertinence des facteurs de risque de fragilité : s'assurer de l'efficacité de la démarche d'observation.....	- 37 -
3.1.1 Une étude de terrain : objectifs et méthode.....	37
3.1.2 La construction de l'outil d'enquête : une étape importante.....	40
3.1.3 L'analyse et les impacts sur les décisions et actions de la Carsat.....	41
3.2 Mutualiser les moyens	- 43 -
3.2.1 Diffuser l'information	43
3.2.2 Intégrer l'information issue des expériences des autres acteurs et pérenniser l'Observatoire.....	45
3.3 Affiner le diagnostic	- 46 -
3.3.1 Intérêts d'une enquête qualitative	47

3.3.2 Envisager les impacts de ce type d'étude sur les décisions et actions de la Carsat.....	48
Conclusion.....	50
Bibliographie.....	54
Liste des annexes.....	56

Liste des sigles utilisés

ADL: Activities Daily Life

ALD : Affection de Longue Durée

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat

APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de la Santé

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

BAR : Bienvenue A la Retraite

BIP 40: Baromètre des Inégalités et de la Pauvreté

BVR : Bien Vivre sa Retraite

CARSAT-LR : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail du Languedoc-Roussillon

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CES : Centre d'Examens de Santé

CG: Conseil Général

CGSS : Caisse Générale de la Sécurité Sociale

CLIC: Centre Local d'Information et de Coordination

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNAV : Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse

COPEX : Comité d'experts

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France

CRAV : Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

CRV : Commission Régionale du Vieillissement

CSG : Contribution Sociale Généralisée

DAAMAS : Direction Adjointe de l'Assurance Maladie et de l'Action Sociale

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DRSM : Direction Régionale du Service Médical

EGS: Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités dans les Centres d'Examens de Santé

FNASS : Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale
FSLL : Fonds Social Lié au Logement
GIR : Groupe Iso Ressources
HID : Handicap Incapacité Dépendance
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
IADL: Instrumental Activities Daily Life
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MMSE: Mini-Mental State Examination
MNA: Mini Nutritional Assessment
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PAPA : Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées
POSS-LR : Plateforme d'Observation Sanitaire et Sociale du Languedoc-Roussillon
PPASP : Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
RSI : Régime Social des Indépendants
SIG : Système d'Informations Géographiques
SNSP : Système National Statistiques Prestataires
SPP : Santé Prévention Prospective
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
SSR : Service Social Régional
UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements de l'Assurance Maladie

Liste des figures

<u>Figure 1</u> : Le concept de fragilité de la Carsat-LR	26
<u>Figure 2</u> : Répartition des seniors de 55 à 74 ans à risque de fragilité en Languedoc Roussillon en 2010.	28
<u>Figure 3</u> : Schéma général de la validation de l'indicateur au niveau individuel.....	38

Introduction

La baisse de la natalité et l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que l'arrivée à l'âge avancé des générations nombreuses du baby-boom ont pour conséquence l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population, aussi appelé vieillissement démographique.

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France comptera au 1^{er} janvier 2060, 73,6 millions d'habitants, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007. Selon ces projections, le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions : 1 personne sur 3 aura ainsi plus de 60 ans¹.

En Languedoc-Roussillon, ce vieillissement démographique devrait être encore plus marqué à l'avenir, en raison d'une forte attractivité de la région chez les jeunes retraités. L'INSEE prévoit une augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans de l'ordre de 80% entre 2007 et 2040 en région contre 67% en moyenne au niveau national. Selon les estimations, le nombre de languedociens de plus de 75 ans (250 000 en 2010) devrait augmenter de 12% en 2020².

Ces transformations démographiques soulèvent des enjeux économiques, politiques, sociaux et sanitaires.

Dès les années 1980, face à l'émergence de la catégorie des personnes dépendantes, le vieillissement de la population pose la question de la préservation de l'autonomie et du maintien à domicile. En effet, la dépendance est une des conséquences du vieillissement de la population, surtout dans le secteur médical. La prise de conscience politique a ainsi pu être amorcée face à la pénurie d'établissements d'accueil médicalisés pour personnes âgées et de services médico-sociaux permettant le maintien à domicile.

D'un point de vue de santé publique, préserver la santé des jeunes seniors et éviter l'évolution vers la dépendance apparaît comme une priorité indiscutable. Dans cette perspective, le concept de fragilité présente un intérêt particulier pour amorcer cette démarche de prévention. Dans un premier temps, sous l'influence du secteur médical, le concept de fragilité est mobilisé en vue d'analyser le risque de dépendance chez les jeunes seniors, dont une majorité présente déjà des affections chroniques sans encore

¹ Tableaux de l'économie française - édition 2011, INSEE, Accroissement de la population [visité le 28 avril 2012], disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F031

² AUDRIC S., INSEE, Projections de population en Languedoc-Roussillon à l'horizon 2040. La croissance démographique resterait forte mais se tasserait [visité le 28 avril 2012], disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/languedoc/themes/chiffres/chi1008/chi1008.pdf

être concernés par leurs conséquences. Si le terme de fragilité a fait son apparition dans le domaine de la gériatrie, il recouvre désormais une notion plus large et apparaît à ce titre, au cœur des préoccupations actuelles en matière de prévention des effets du vieillissement. Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée de la santé (de 2010 à mai 2012) a rappelé que « *la prévention se doit d'être au cœur de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées* »³ lors de sa visite au Gérontopôle de Toulouse le 6 janvier 2012. Pour l'ancienne secrétaire d'Etat, il faut aller plus loin en recentrant les actions de prévention sur les personnes âgées fragiles à risque élevé de perte d'autonomie. Il s'agit à terme de proposer des modalités de prise en compte, à l'échelle nationale, d'outils de dépistage, de diagnostic et de traitement des situations de fragilité avec tous les acteurs concernés.

« Fragilis » en latin, vient de « frangere » qui veut dire briser, rompre, mettre en pièce. Proche de vulnérable qui signifie la blessure. L'inverse de la fragilité est la capacité de résister sans se rompre, appelé « la résilience »⁴.

Dans une perspective opérationnelle, l'approche individuelle qui consiste à évaluer la fragilité d'une personne a été largement investiguée au travers de plusieurs études qui se proposent de construire des indicateurs de fragilité, à partir de critères fonctionnels et médicaux (Franca Armi, Edith Guilley 2004, Renaut, 2004). Ces études mettent l'accent sur les incapacités fonctionnelles, médicales ou physiologiques, identifiant le syndrome de fragilité dans différents domaines, tels que la santé physique ou cognitive, l'état nutritionnel et le métabolisme énergétique. Les personnes âgées fragiles peuvent alors être comptabilisées selon ce modèle bio-médical. Dans ce cadre, la définition de la fragilité et donc sa mesure sont malgré tout réduites et font référence à un mauvais état de santé physique ou mental, des limitations fonctionnelles, des incapacités, une perte d'autonomie motrice, un risque d'institutionnalisation ou tout simplement le très grand âge (Arveux et al, 2002). La multidimensionnalité du concept de fragilité n'est pas totalement prise en compte au travers de cette approche. Les aspects sociaux et environnementaux ne sont pas considérés comme facteurs agissant dans le processus de fragilité. Ceux-ci sont appréhendés au mieux comme conséquences de la fragilité et non pas comme variables dynamiques en interaction avec les aspects de santé.

Il est en effet difficile de définir des critères objectifs d'une situation que l'on peut qualifier de « fragile », du fait même que la fragilité est fonction du parcours de la personne, du contexte familial et social et de l'environnement dans lequel elle vit. Ces différents

³ Ministère de la santé sous la présidence de N.Sarkozy [visité le : 19 février 2012] <http://www.sante.gouv.fr/prevention-de-la-dependance-nora-berra-missionne-le-professeur-bruno-vellas-du-gerontopole-de-toulouse-sur-la-notion-de-fragilite.html>

⁴ FINIELZ E., PIOTET F., 2009, « La problématique de la notion de « fragilité » au cœur d'une politique de prévention de la dépendance » *Lien social et Politiques*, [en ligne], n°62, p. 149-161, [visité le 14 février 2012], disponible sur Internet : <http://id.erudit.org/iderudit/039321ar>

éléments peuvent évoluer et se cumuler, pouvant être à la fois protecteurs et fragilisants, accélérant ou retardant les effets du vieillissement. Aussi, les valeurs, les idéaux, les représentations ainsi que les logiques sociales à l'œuvre dans la mobilisation des différentes ressources dont disposent les personnes pour faire face à ce processus de fragilisation sont des éléments qui constituent une réalité subjective et irréductible de la fragilité. Cela explique la difficulté à définir cette notion et par conséquent, à l'opérationnaliser dans un dispositif d'action sociale.

Pourtant, au vu des modifications du paysage institutionnel avec la mise en place de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) confiée aux Conseils Généraux, la Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse (CNAV), acteur incontournable de la politique vieillesse, a dû réorienter sa politique d'action sociale. La caisse de retraite a dû recentrer sa politique de prévention et d'accompagnement afin de concevoir les réponses adaptées aux besoins spécifiques des retraités fragilisés relevant des Groupe Iso Ressources (GIR)⁵ 5 et 6, qui constituent désormais la population cible. C'est ainsi que dans le prolongement de la politique dépendance, une nouvelle catégorie d'intervention est définie : les personnes âgées en situation de fragilité. Les personnes peu ou pas dépendantes (les personnes classées en GIR 5 et 6) deviennent une population potentiellement « fragilisée socialement » qui a des besoins spécifiques auxquels il est important de répondre. Mais la manière dont est définie et interprétée la fragilité a des implications dans la conception même de la politique d'action sociale de la CNAV, dans sa mise en œuvre pratique et dans la manière dont les personnes sont amenées à recourir au système d'aide. La CNAV se trouve face à un double questionnement : comment définir et comment sélectionner le public « socialement fragilisé » ?

Pour tenter de répondre à ces questions, l'observation de la fragilité paraît essentielle. La CNAV en lien avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs Salariés (CNAMTS), à travers le Plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées (PAPA) de 2010, a amorcé la création, au sein de chaque Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), d'un Observatoire des situations de fragilité.

⁵ Définition des auteurs de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) : Les activités retenues sont : Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée ; Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux ; Toilette : concerne l'hygiène corporelle ; Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter ; Alimentation : manger les aliments préparés ; Elimination : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ; Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir ; Déplacements à l'intérieur : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant... ; Déplacements à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport ; Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme... A partir des réponses obtenues (A : fait seul, habituellement et correctement, B : fait partiellement seul ou non habituellement ou non correctement ou C : ne fait pas), un calcul de score est réalisé et classe les personnes âgées en six groupes du GIR 1 à GIR 6.

Les Carsat sont, conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale, des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public. Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, elles succèdent aux Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) et mettent en œuvre les orientations des Caisses Nationales d'Assurance Vieillesse (CNAV) et Maladie (CNAMTS). Leurs missions couvrent alors les champs d'activité de l'Assurance Maladie, la prévention et la tarification retraite, l'action sociale et les risques professionnels. Dans le domaine de l'assurance maladie et de l'action sociale, la Carsat accompagne les personnes fragilisées et participe à la prévention des effets du vieillissement. A ce titre, elle impulse et met en œuvre régionalement les orientations du Plan PAPA. En tant qu'organisme de sécurité sociale, la Carsat se trouve donc au carrefour du sanitaire et du social.

Le Plan PAPA est l'outil mis en œuvre pour renforcer la coordination et la coopération entre l'Assurance Maladie et l'Assurance Retraite qui vise à établir une stratégie commune sur la conduite d'actions de prévention et d'accompagnement à destination des populations âgées fragilisées. Le ciblage de la population constitue l'objectif majeur de ce plan, amorçant ainsi une démarche d'observation qui implique l'exploitation des données locales afin de mieux connaître la population et d'être en capacité de détecter la fragilité.

Comme dans toute politique de santé publique, la phase d'observation est primordiale et repose sur l'élaboration d'un diagnostic fin de la situation et des besoins qui en découlent. La meilleure connaissance du public est la clé à l'adaptation et à l'anticipation des réponses aux besoins soulevés. En ce sens, c'est la qualité, la pertinence et la cohérence des actions qui sont en jeu. L'observation répond à ce titre, à l'enjeu d'efficience du système de santé.

Les Observatoires des situations de fragilité tels qu'initiés au travers du Plan PAPA envisagent à la fois une approche individuelle des situations de fragilité, mais aussi une approche populationnelle. La complémentarité des deux approches incarne le caractère innovant de la démarche d'observation, qui permet d'aller au delà d'une approche individuelle déjà explorée dans de nombreux travaux.

Enfin, soulignons que l'initiative d'un Observatoire des situations de fragilité est à appréhender également au travers du prisme de la complémentarité des approches quantitatives et qualitatives. L'observation de la fragilité soulève tout le questionnement autour de la capacité à caractériser une situation subjective par des données objectives.

En Languedoc-Roussillon, l'Observatoire des situations de fragilité a été mis en œuvre au cours de l'année 2010 au sein de la Carsat. Ce dispositif est géré par le service

Santé Prévention Prospective (SPP), qui accompagne les autres services de l'organisme sur le plan stratégique et technique en matière de prévention. Ce service est lui-même intégré à la Direction Adjointe à l'Assurance Maladie et à l'Action Sociale (DAAMAS) qui met en œuvre les sous processus d'accès aux soins et droit à la santé des personnes en situation de précarité, l'information et l'éducation à la santé, l'attribution des aides, le paiement et le contrôle des institutions, la prévention et le traitement de la perte d'autonomie et la prévention de la désinsertion des assurés malades ou en situation d'handicap. Pour ce faire, le Service Social Régional (SSR) a pour mission l'aménagement des conditions de vie des personnes malades, handicapées et/ou âgées en perte d'autonomie, en coordination avec les autres intervenants sociaux. Le service d'Action Sociale gère les offres de services individualisées et collectives destinées aux retraités (GIR 5 et 6) dans la perspective de retarder les effets du vieillissement et les aider à rester autonome. Ainsi, il développe des aides à la vie quotidienne dans le cadre de l'accompagnement à domicile des retraités les plus fragilisés socialement et anime le réseau des services d'aide à la personne. D'autre part, l'Espace seniors développe des dispositifs de prévention en direction des retraités et des acteurs de terrain, dans le but de constituer un lieu ressource pour les retraités, leurs familles et les partenaires.

Conformément aux orientations du Plan PAPA, l'Observatoire constitue un outil transversal de diagnostic et de pilotage territorial. Sur la base d'une meilleure connaissance du public de la Carsat, et plus particulièrement des populations fragilisées, il a pour but d'adapter les offres de services aux besoins des individus.

Nous pouvons nous interroger sur **l'organisation et la démarche d'observation** mise en œuvre par la Carsat pour appréhender la fragilité en Languedoc-Roussillon. Quelles sont les différentes étapes nécessaires à la mise en place d'une démarche d'observation des situations de fragilité ? Quels sont les acteurs impliqués, les partenariats actifs et à activer ?

En outre, d'autres questions apparaissent en lien avec **les outils de l'observation**. Quel est le processus de construction de la méthode de détection de la fragilité ? Quelle est la pertinence des critères retenus ? Permettent-ils de détecter la fragilité individuelle et territoriale ? De surcroît, d'autres données nécessitent-elles d'être intégrées à l'analyse, et sont-elles disponibles ? Aussi, faut-il recueillir des éléments caractérisant l'environnement des personnes ? Quelles sources d'information peuvent être mobilisées ?

Enfin, quant à **l'utilité et l'usage de l'observation**, nous pouvons nous demander de quelle manière les données peuvent être analysées et sur la façon dont cela oriente les actions de la Carsat. D'autre part, quels moyens sont mobilisés pour mettre en œuvre des processus de réponses adaptés ? Comment accompagner les partenaires pour que

l'analyse menée par l'Observatoire soit intégrée dans leurs réflexions ainsi que dans leurs actions?

Pour mener une réflexion globale sur le sujet, nous pouvons poser la problématique suivante : **au regard du contexte institutionnel et démographique actuel et des différentes dimensions du concept de fragilité, dans quelles mesures l'observation des situations de fragilité peut-elle permettre d'orienter les politiques et actions de prévention de la Carsat LR et de ses partenaires ?**

Afin de mener au mieux cette réflexion, nous allons envisager cette étude sous trois angles.

Un premier moment sera consacré au concept de fragilité afin d'en percevoir les spécificités, les dimensions et les manières de l'appréhender pour tenter de comprendre son introduction dans les politiques de santé publique et au sein de la CNAV.

Ainsi, dans un second temps, nous pourrions analyser le processus d'observation de la fragilité et son impact sur les décisions et actions en matière de politiques de prévention des effets du vieillissement, au regard de la démarche initiée au sein de l'Observatoire des situations de fragilité de la Carsat en Languedoc-Roussillon (Carsat-LR).

Enfin, un dernier moment nous permettra de mettre en exergue les perspectives de développement de l'Observatoire et ainsi de souligner ce qu'elles impliquent en terme d'orientation des actions futures.

Méthodologie

Ce mémoire est élaboré en vue de valider un Master 2 professionnel en Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique (PPASP). A cet égard, il convient de traiter le sujet dans une perspective professionnelle, cela implique que les concepts et méthodes mobilisés permettent une analyse exhaustive du sujet et d'autre part que l'étude soit cohérente.

Pour construire une réflexion de manière cohérente, il semble important de souligner dès à présent, que l'étude se limite à l'analyse de l'Observatoire de la Carsat du Languedoc-Roussillon et exclut les initiatives menées au sein des Carsat d'autres régions.

En outre, les dimensions intégrées à l'analyse de la fragilité telle qu'elle est menée au sein de l'Observatoire sont à la fois économiques et sociales, ce qui implique que les autres dimensions ne sont pas appréhendées en terme d'opérationnalité dans cette étude. Ces dimensions seront abordées lors de la présentation de l'évolution du concept de fragilité, avec l'objectif de mise en perspective d'une approche théorique du concept et d'une approche opérationnelle au sein d'un organisme de protection sociale. En effet, la finalité visée par ce travail est d'analyser l'action de l'Observatoire en tant que processus, par une approche tant stratégique qu'opérationnelle, pour mettre en exergue l'impact de celle-ci sur les décisions et actions de prévention développées ou impulsées par la Carsat sur les territoires. En d'autres termes, l'étude consiste à mettre en évidence les freins et leviers rencontrés lors de la mise en œuvre de l'Observatoire qui favorisent ou limitent les impacts sur l'orientation des politiques et actions de prévention.

En ce qui concerne les concepts et méthodes mobilisés, la fragilité est définie par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (Credoc) dans son étude « La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures ». Elle « *s'exprime par un risque de déséquilibre et donc de bascule vers une perte de maîtrise de la vie. Une personne âgée fragilisée est en passe de ne plus avoir la ressource nécessaire pour faire face aux aléas du quotidien. [...] La personne âgée peut ou non, en fonction de son parcours et de divers facteurs, glisser plus ou moins brutalement dans un processus de déprise, de décompensation dommageable à son état de santé, à son autonomie* »⁶.

⁶ LOONES A., DAVID-ALBEROLA E., JAUNEAU P., 2008, « La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures », CREDOC, Cahier de recherche n°256, p.21, [visité le 4 octobre 2011], disponible sur Internet : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf>

Cette référence conceptuelle envisage la fragilité de manière globale et traduit l'approche de la fragilité telle qu'elle est appréhendée au sein des institutions intéressées par ce concept.

L'analyse s'est également appuyée sur une étude exploratoire qualitative des différents processus à l'œuvre lors de la mise en place d'un Observatoire des situations de fragilité au sein d'une caisse de retraite. Une analyse documentaire des textes législatifs et réglementaires permet de caractériser le contexte de l'Observatoire et plus largement les missions allouées aux Carsat et à leurs différents services. La littérature et les articles de revues spécialisées sont également explorés en vue de faire un état des lieux de la connaissance sur la notion de fragilité, ses définitions et dimensions, son introduction et sa traduction au sein des pratiques professionnelles dans les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. En outre, l'observation participante a été l'outil le plus largement mobilisé. En effet, tout au long du stage au sein du service Santé Prévention Prospective de la Carsat-LR, les moments d'échanges avec les professionnels en charge de l'Observatoire, ainsi que les réunions du Comité de pilotage interne, du groupe d'experts, ou avec d'autres partenaires impliqués dans la démarche de l'Observatoire (Plateforme d'Observation Sociale et Sanitaire du Languedoc-Roussillon (POSS LR), Mutualité Sociale Agricole (MSA), Régime Social des Indépendants (RSI), Géronto-clef (organisme d'étude et de recherche associatif), etc.), ou encore la Commission Régionale du Vieillissement (CRV) ont été autant de moments propices au recueil d'informations. Ces échanges m'ont permis d'appréhender le sujet tant sur le plan théorique autour de la notion de fragilité que stratégique lors des échanges sur les perspectives de développement de l'Observatoire, au vu des intérêts respectifs des acteurs impliqués. Sur le plan opérationnel, les apports des discussions sur les facteurs de risque de fragilité, les méthodes de traitement et de classification des données, les moyens de requêtes ou encore concernant les possibilités offertes par les bases de données internes ou externes, ont été également riches d'enseignements.

La fragilité : un concept clé en santé publique

L'analyse parallèle de l'évolution du concept de fragilité et des changements du paysage institutionnel dans lequel ces évolutions sont observées permet d'identifier le rôle des organismes nationaux de sécurité sociale (CNAV/CNAMTS) et des Carsat en matière d'action sociale en direction des retraités et ainsi de percevoir le périmètre de l'Observatoire des situations de fragilité. Nous allons aborder la fragilité de manière globale afin de parvenir à percevoir les facettes d'un concept assez récent et controversé. En effet, nous verrons que les frontières de la fragilité peuvent évoluer en fonction de la discipline au travers de laquelle on l'appréhende, mais aussi au vu du caractère multidimensionnel de cette notion. Cette première partie a pour ambition de faire l'état des lieux de la connaissance sur la fragilité afin d'analyser son introduction au sein des logiques institutionnelles dans ses déclinaisons individuelles mais aussi territoriales.

1.1 Le renouvellement du concept de fragilité dans la continuité de la politique dépendance

La notion de fragilité a connu un regain d'intérêt lors de la prise de conscience politique et sociétale des conséquences du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'espérance de vie et plus particulièrement face aux modifications du paysage institutionnel engendré par la mise en œuvre de la politique dépendance. A la fois considérée comme premiers stades de la dépendance et comme processus réversible, la CNAV mobilise la notion de fragilité pour cibler le public de sa politique d'action sociale et établir des priorités d'axes de prévention en direction de ce public.

1.1.1 Les conséquences du vieillissement de la population

Le vieillissement de la population française est un phénomène désormais bien connu, l'augmentation continue de l'espérance de vie associée à l'arrivée aux âges avancés des générations nombreuses du baby-boom et à la diminution de la natalité entraînent un vieillissement global de la population française. Ce phénomène interpelle toutes les composantes de la société : les personnes âgées elles-mêmes, leurs familles, les professionnels de la santé, les organisations sociales ou encore les institutions ; mais ses conséquences restent encore largement sous-estimées. La société française, comme

toutes les sociétés industrialisées, va être durablement concernée par cette situation qui affectera avec plus ou moins d'ampleur de nombreuses personnes. Face à l'importance des enjeux médicaux, sociaux ou financiers encore amplement méconnus, il apparaît nécessaire de mener une réflexion globale pour mettre en œuvre une organisation adaptée de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées.

La perception du vieillissement fait rarement référence au vocable de l'optimisme. Bien souvent, l'âge est perçu comme un problème, tant à titre individuel qu'à l'échelle de la société. Les difficultés qui parsèment le parcours des individus vers les âges avancés sont nombreuses. Elles peuvent recouvrir à la fois les tracasseries de la vie quotidienne (l'insécurité financière, inquiétudes diverses) ou encore les événements de rupture tels que les décès de personnes proches, la survenue de maladies, la perte de capacités, etc. Aussi, le vieillissement est souvent perçu comme étant fortement en lien avec la précarité, l'isolement social, mais aussi avec l'augmentation de la consommation de soins. Cependant, les opinions restent contrastées quant à l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé. En effet, les divergences sont fonction du fait que le vieillissement n'a pas la même influence sur les dépenses de santé, selon qu'on vieillisse en bonne santé ou que l'allongement de la vie s'accompagne de maladies et d'incapacités. Ce sont alors les effets de l'âge sur l'état de santé qui constituent la question centrale des débats autour du vieillissement.

Les conséquences du vieillissement sur l'état de santé ont été explorées au travers de nombreux travaux qui ont tenté de mieux comprendre les facteurs à l'origine de la mauvaise santé des personnes âgées et d'adapter le système médical aux problématiques spécifiques de cette population. Le secteur médical a pris conscience de la nécessité de prendre en considération l'augmentation des maladies chroniques, des incapacités physiques, ou encore des troubles neurologiques et comportementaux. A cet égard, le secteur médical souligne l'importance de mettre en place des prises en charge plus adaptées à ces problématiques qui deviennent préoccupantes avec le vieillissement des personnes. Cette prise de conscience est à l'origine d'un bouleversement des pratiques médicales qui n'interviennent non plus seulement lors de la survenue de la maladie mais qui doivent désormais tenter de la prévenir. Le concept de fragilité est né alors de cette volonté d'objectiver les conséquences progressives du vieillissement. Nonobstant, la fragilité reste difficile à définir, comme cela est souligné dans l'étude « Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel », du fait même que son « *phénotype ne correspond à aucune autre maladie particulière mais à un ensemble de facteurs de vulnérabilité fortement prédictifs d'issues défavorables (incapacités physiques, pertes intellectuelles, vulnérabilité socio-économiques, etc.)*

pouvant évoluer jusqu'au décès. La fragilité peut se caractériser par une perte progressive des fonctions physiologiques avec une incapacité à répondre de manière adaptée à une situation de stress (maladie aiguë, chute, hospitalisation, etc.) »⁷. « Tout comme le phénomène du vieillissement, la fragilité ne correspond pas à un état homogène »⁸.

Les retentissements issus de la mise en lumière des conséquences du vieillissement dans le secteur médical ont été à l'origine d'une prise de conscience des faiblesses des politiques publiques en direction des personnes âgées.

1.1.2 L'évolution des politiques « vieillesse » et le positionnement institutionnel de la CNAV

Nous allons ici mettre en exergue l'évolution de la politique d'action sociale en direction des personnes âgées au sein de la CNAV qui s'inscrit dans le contexte historique des politiques « vieillesse ».

A partir des années 1960, grâce notamment à la montée en puissance du système des retraites, les politiques consacrées aux personnes âgées ont pu aller au-delà de l'assistance aux plus démunis, du placement en hospice et de la logique de réparation et d'élimination de la pauvreté.

En 1962, le rapport de la Commission d'Etude des problèmes de la vieillesse, communément appelé « Rapport Laroque » a jeté les bases de la politique sociale en direction des personnes âgées (Guillemard, 1986, cité par E. Finielz et F. Piotet)⁹.

En 1967, dès sa création, la CNAV, dont la mission principale est la liquidation des retraites du Régime Général des travailleurs salariés, se voit confier la gestion d'une politique d'action sociale. Celle-ci est mise en œuvre régionalement par les Carsat (anciennement par les CRAM) chargées des actions spécifiques pour les retraités dont les pensions sont peu élevées.

La nouvelle conception de la vieillesse structurée autour d'une approche préventive du vieillissement vise à favoriser le maintien à domicile, retarder le placement

⁷ CARDINAL, L., LANGLOIS M.-C., GAGNE D., TOURIGNY A., 2008, *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, page 8, [visité le 10 mai 2012], disponible sur Internet :

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf.

⁸ DRAME M., 2009, *Analyse de la fragilité du sujet âgé au travers de la mortalité dans la cohorte SAFES (Sujet Agé Fragile-Evaluation et Suivi)*, pour l'obtention du grade de Docteur : Université de Reims Champagne-Ardenne, p 27, [visité le 3 octobre 2011], disponible sur Internet :

<http://ebureau.univ-reims.fr/slide/files/quotas/SCD/theses/exl-doc/GED00000990.pdf>

⁹ FINIELZ E., PIOTET F., *op.cit*

en institution et lutter contre l'exclusion des plus âgés¹⁰. Les principales prestations développées dans ce cadre sont l'aide ménagère à domicile, l'aide à l'adaptation de l'habitat, le portage de repas à domicile ou encore les aides aux vacances. Elles sont accessibles à tous les retraités, sous conditions de ressources.

A partir des années 1980 et surtout dans les années 1990, la prise de conscience du vieillissement de la population devient l'objet des préoccupations politiques posant les questions de la préservation de l'autonomie et du maintien à domicile. Sous l'influence du modèle médical émerge la notion de dépendance, qui permet de caractériser la situation de personnes âgées cumulant plusieurs incapacités, et qui ont des besoins spécifiques, auxquels il est nécessaire de répondre. Nous percevons que la politique vieillesse devient à cette époque, une politique ciblée, se tournant vers des publics jugés prioritaires.

Les principaux instruments de la politique d'action sociale se sont développés peu à peu, au travers notamment de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, des deux vagues de décentralisation de 1982 (lois Deferre) et 2004 (réforme constitutionnelle de 2003), mais surtout avec les lois n° 97-60 du 24 janvier 1997 et n° 2001-647 du 20 juillet 2001 créant respectivement la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) et l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA).

La PSD créée en 1997 a pour ambition d'apporter les réponses adaptées à cette population dépendante. Les besoins d'aide sont appréciés au moyen de la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources dite AGGIR qui devient l'outil d'évaluation du niveau d'incapacité des personnes âgées. Les personnes classées en GIR 1 à 3 peuvent prétendre à cette aide. En 2001, la PSD est remplacée par l'APA en s'élargissant aux personnes classées en GIR 4, ce qui retire du même coup la prise en charge d'un nombre important de personnes âgées à la CNAV. Ainsi, l'organisme d'assurance vieillesse conserve uniquement l'action sociale en faveur de ces retraités qui ne répondent pas aux conditions requises pour entrer dans le dispositif de l'APA, géré par les Conseils Généraux, c'est-à-dire, les personnes classées en GIR 5 et 6.

1.1.3 L'introduction de la notion de fragilité au sein de la CNAV

En créant l'APA comme le dispositif adapté aux personnes dépendantes, le maintien à domicile, qui est la deuxième préoccupation politique majeure, ouvre à la CNAV un nouvel espace d'action possible dans la continuité de la politique dépendance. La distinction entre la logique de compensation de la dépendance et la logique de prévention de la perte d'autonomie concède à la CNAV une certaine légitimité en terme d'intervention en faveur des personnes âgées.

En effet, la prévention de la perte d'autonomie est conçue sur le fond d'une nouvelle conception d'un « vieillissement réussi » qui veut contrebalancer la vision

¹⁰ FINIELZ E., PIOTET F., *op.cit*

négative de cette période de la vie. Le vieillissement réussi, élaboré à partir d'études psychosociales et médicales émergentes dans les années 1990 (Baltes, 1990, Rowe and Kahn, 1997 cités par Hummel, 2002), repose sur l'idée que l'avancée en âge conduit inéluctablement à l'augmentation des risques de maladies et d'handicaps¹¹. La retranscription dans le domaine social de ce concept du « vieillissement réussi » peut se traduire par l'apparition inévitable de difficultés sociales liées à l'âge telles que le veuvage, la diminution des ressources financières et les conséquences sociales d'une maladie, qui constituent autant de facteurs pouvant faire basculer une personne d'une situation d'autonomie vers une situation de dépendance. Il apparaît alors important d'agir pour tenter de prévenir les conséquences de telles difficultés. Le concept de fragilité est alors mobilisé par la CNAV, qui reprend le vocable utilisé en gériatrie mais avec une approche sensiblement différente. En effet, la notion de fragilité dans les politiques d'action sociale de l'Assurance Vieillesse recouvre les dimensions sociales et économiques de la prévention de l'autonomie, qui sont les deux axes d'intervention possibles au sein de l'organisme.

D'autre part, le caractère réversible de la fragilité renforce l'idée que la prévention est un outil indispensable à mobiliser, qui permettrait d'éviter ou de ralentir les effets du vieillissement.

L'Assurance Vieillesse s'approprie alors la notion de fragilité et relève par ce biais le défi de s'imposer comme un acteur dans le champ des politiques vieillesse. Les personnes « socialement fragiles » deviennent alors la nouvelle cible d'intervention des politiques d'action sociale de la CNAV.

1.2 La fragilité : une notion complexe au carrefour de la vulnérabilité et de la dépendance...

Pour mieux comprendre la fragilité et mieux cerner les limites de cette notion, nous allons envisager sa définition au regard d'autres concepts qui sont également utilisés dans le domaine social et sanitaire. Pour cela, nous tenterons de souligner ce qui distingue la fragilité de la vulnérabilité et de la dépendance, mais aussi quels en sont les aspects communs. Ces distinctions sont essentielles pour parvenir à intégrer la fragilité à part entière dans les politiques de santé publique.

¹¹ FINIELZ E., PIOTET F., *op. cit*

1.2.1 Fragilité et dépendance : des notions d'origine médicale

Dans les sciences médicales, la vieillesse est un état normal, non pathologique, universel et inévitable. En effet, comme le souligne Jean Claude Henrard¹², au sens de la sénescence, le vieillissement est l'expression du déroulement du temps biologique au travers d'un processus lent qui répond à quatre critères largement admis : universel, progressif, endogène et dégénératif. Le vieillissement peut aussi faire écho à l'avance en âge qui serait alors l'expression du déroulement du temps chronologique.

Il est communément admis trois types de vieillissement en gériatrie : le « vieillissement réussi », qui concerne de 65 à 70% des personnes âgées, leurs besoins socio-sanitaires sont similaires à la population adulte. A l'autre extrême, l'état de grande dépendance concerne environ de 5 à 15 % de la population âgée. La fragilité se situe entre ces deux types¹³.

La fragilité est définie par le Collège national des enseignants de gériatrie français comme « *un état instable correspondant à une sous-population de personnes âgées ayant une désadaptation des systèmes homéostatiques, aboutissant à un déficit progressif des fonctions physiologiques et cellulaires avec une diminution des capacités de réserve et une limitation insidieuse des aptitudes relationnelles et sociales. [...] La survenue d'un facteur mineur, comme une pathologie bénigne ou un stress extérieur, peut alors engendrer un état morbide incapacitant* ». ¹⁴

Selon Bernard Ennuyer¹⁵, le champ de la vieillesse est encore aujourd'hui en France un paradigme médical. En effet, il souligne la présence dans cette définition de la prépondérance des facteurs biomédicaux qui sont alors considérés comme déclencheurs du phénomène de vulnérabilité et de désocialisation. Cette définition est à l'origine d'une politique publique de prévention pour les personnes âgées fragiles qui s'organise uniquement autour de la prévention des « *maladies de la vieillesse* ». Le paradigme médical est repris par les politiques publiques qui ne permettent alors aucun renouveau dans la conception de la prise en charge des personnes âgées. La fragilité est ainsi encore abusivement employée pour désigner un problème spécifique de santé physique ou mentale.

La fragilité selon cette approche biomédicale a fait l'objet de nombreux travaux scientifiques qui ont permis la construction de différentes échelles d'évaluation (Mini Mental State Examination (MMSE), Echelle de Katz, Mini Nutritional Assessment (MNA), Echelle de Wood, Activities Daily Life (ADL) et Instrumental Activities Daily Life (IADL),

¹² HENRARD, J.C., 1997, « *Vieillesse et âge – Age et représentation de la vieillesse* » *Actualité et dossier en santé publique*, n°21, p. 4, [visité le 9 mars 2012] disponible sur Internet : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-21/ad212229.pdf>

¹³ COLVEZ A., « *Présentation de l'étude de validation de l'indicateur de fragilité Carsat* », Commission Régionale du Vieillissement, 10 mai 2012, Montpellier

¹⁴ Le concept de fragilité. *Corpus Geriatr* 2004 ; 2.

¹⁵ ENNUYER B., 2004 « *Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles* », *Gérontologie et société*, vol.2, n° 109, p141 à 154

etc.). Certaines de ces échelles sont mobilisées pour l'« Evaluation Gériatrique Standardisée » (EGS) qui est construite pour évaluer la fragilité sur le plan médical, fonctionnel, psychosocial et environnemental. La fragilité ainsi évaluée est prédictive d'une décompensation lors d'un choc, d'un stress ou d'un évènement de rupture qui peut avoir pour conséquence des incapacités sévères jusqu'à la dépendance, voir au décès. En ce sens, la fragilité peut être considérée comme premiers stades de la dépendance.

1.2.2 Fragilité et vulnérabilité : l'intégration d'une dimension sociale

Initialement la fragilité a été étudiée dans la recherche biomédicale, mais la fragilité en s'intégrant dans les politiques publiques est devenue un objet majeur des travaux en sciences sociales, notamment en lien avec la notion de vulnérabilité.

En effet, « *la fragilité est aussi considérée comme une forme de vulnérabilité aux défis de l'environnement* (Fretwell, 1994, Strawbridge et al., 1998), à une perte de résilience qui altère la capacité de l'individu à préserver un équilibre donné avec son environnement – « *équilibre précaire facilement rompu* » - mais aussi de rétablir cet équilibre quand il est affecté (Rockwood, 1997) »¹⁶.

La vulnérabilité est une notion souvent accompagnée de l'adjectif « sociale », en effet, pour le Baromètre des Inégalités et de la Pauvreté¹⁷ (BIP 40), qui se réfère à une étude de l'Institut de la Recherche et de la Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de 2006, la vulnérabilité sociale est en cohérence avec l'idée que ce n'est pas la seule situation actuelle des personnes qui pèse sur leur état de santé mais bien « *les conditions de vie sur l'ensemble du cycle de vie qui sont déterminantes dans les situations sociales et l'état de santé observé à un moment donné* ». ¹⁸ Au travers de cette définition de la vulnérabilité sociale, nous pouvons établir le lien avec la notion de fragilité. En effet, comme la vulnérabilité, la fragilité est un processus évolutif qui trouve ses causes au fur et à mesure des parcours de vie des individus. En ce sens, la notion de fragilité permet d'avoir un regard nouveau sur la vieillesse, qui est alors considéré non comme un état pathologique déficitaire, mais d'abord comme un fait social et surtout comme le résultat d'une interaction entre des facteurs individuels d'ordre biomédical bien sûr, mais aussi psychologiques, économiques et sociaux au sens large et des facteurs collectifs qui regroupent des lois, des normes, des institutions et des usages qui régissent une forme de société donnée à un moment donné (Ennuyer, *op cit*).

¹⁶ ARMI F., GUILLEY E., 2004, « La fragilité dans le grand âge », *Gérontologie et société*, vol.2, p 48

¹⁷ Site Internet du BIP 40 [visité le 18 février 2012] disponible : <http://www.bip40.org/autour-du-bip40/sante/debat/vulnerabilite-sociale-et-sante>

(Le site BIP40 a été lancé par le Réseau d'alerte sur les inégalités (RAI) pour nourrir le débat social autour des inégalités et de la pauvreté, et des alternatives à leur opposer. Il est animé par un Comité de rédaction).

¹⁸ CAMBOIS E., JUSOT F., 2004, « Vulnérabilité sociale et santé », in ALLONIER C., DOURGNON P., ROCHEREAU T., *Santé, soins, protection sociale, IRDES, 2006*, p41.

Les approches et modèles théoriques de la fragilité étant variables, les définitions du concept sont nombreuses. Selon le Dr Brigitte Santos-Eggiman, un consensus semble malgré tout se dégager sur quelques points.

« - Il s'agit d'un syndrome caractérisé par la perte progressive de réserves de plusieurs organes, compromettant la résistance des individus aux stress. Alors qu'une personne non fragile récupère rapidement d'une maladie, d'un accident ou de la perte d'un proche, un sujet fragile peine à rétablir un équilibre, qui souvent s'établit à un niveau de fonction inférieur.

- La fragilité est multidimensionnelle ; elle comprend des composantes physiques, psychiques, sociales, voire économiques.

- Elle est fréquente parmi les personnes malades ou dépendantes, mais fragilité, morbidité et dépendance fonctionnelle sont trois notions distinctes l'une de l'autre.

- Les personnes fragiles ont un risque élevé d'évoluer vers des événements défavorables tels que les chutes, hospitalisations, dépendance fonctionnelle et décès.

- La fragilité est progressive et semble, dans ses premiers stades, être réversible »¹⁹.

Alors une situation de fragilité peut se caractériser par le risque qu'elle représente d'une détérioration rapide de la situation d'une personne. En ce sens, la fragilité est cette période où l'équilibre entre la personne et son environnement au sens large est précaire au point qu'il menace de se rompre à tout moment. La rupture de l'équilibre peut avoir pour origine soit, la personne elle-même, si elle subit une dégradation de son état au niveau biomédical, soit son environnement, qui peut être générateur de stress. Ainsi une rupture peut se faire dans l'interaction entre l'évènement et la personne qui le vit.

De manière plus large, nous pouvons établir là un lien avec le concept des déterminants sociaux de la santé selon lequel l'état de santé se caractérise par des interactions entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel qui ont des effets sur l'état de santé. Le modèle de Dahlgren et Whitehead présente les déterminants de la santé en quatre niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent.²⁰ (Cf. Annexe 1 : Diagramme des déterminants sociaux de la santé)

Fragilité, vulnérabilité et dépendance sont des notions qui se confondent et se différencient selon les dimensions appréhendées à travers chacune d'entre elles. En effet, en mettant en avant les distinctions entre ces notions qui peuvent paraître proches, nous

¹⁹ SANTOS-EGGIMAN B., 2008, « Vieillesse et fragilité- Comprendre pour prévenir »- in CURRAT R., LIEBLING C., MEYER M., PANESE F., in *Au fil du temps-Le jeu de l'âge*, catalogue réalisé par la Fondation Claude Verdan, Lausanne, Gollion, Infolio, p.4.

²⁰ INPES, Qu'est ce qui détermine notre état de santé?, [visité le 23 avril 2012], disponible sur Internet : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

percevons une spécificité des besoins liés à une situation de fragilité. La fragilité apparaît être à la croisée d'une approche médicale de la dépendance et d'une approche sociale de la vulnérabilité. En ce sens, nous soulignons l'intérêt de mobiliser cette notion, au moment où le rapprochement des secteurs sanitaire et social est valorisé dans les politiques de santé publique, en vue d'un décloisonnement des prises en charge. La notion de fragilité peut alors être un moyen pour favoriser cette prise en considération des sujets de manière globale au sein des logiques institutionnelles.

1.3 ...A l'intersection des caractéristiques des individus, des territoires et des enjeux institutionnels

Nous étudierons les distinctions entre l'évaluation de la fragilité et l'observation d'un risque de fragilité qui mettent en exergue des objectifs et des manières d'agir différenciés. Mais avant cela, nous tenterons de souligner la montée en puissance de la notion de fragilité au sein des différentes instances de décisions politiques, au regard des enjeux institutionnels.

1.3.1 La montée en puissance de la notion de fragilité aux différents niveaux de décision

2012, Année européenne du « Vieillissement actif et de la solidarité entre les générations » se traduit par un regain d'intérêt pour la notion de fragilité dans les politiques nationales en direction des personnes âgées.

Le 6 janvier 2012, Nora Berra alors secrétaire d'Etat chargée de la santé, en visite au Gérontopôle de Toulouse confie une mission ministérielle au Professeur Bruno Vellas dans le but de mettre en œuvre une politique nationale de prise en charge de la fragilité des personnes âgées et de prévention de la dépendance²¹. Le 19 avril 2012, un Comité national de la coordination de la politique de prévention de la perte d'autonomie est impulsé par la ministre des Solidarités et de la cohésion sociale, Roselyne Bachelot, avec la détermination d'un axe de travail sur le « repérage de la fragilité et le ciblage de la population concernée par la prévention »²².

A travers ces actions politiques, nous percevons tout l'enjeu de rendre opérationnelle la notion de fragilité, pour cibler la population potentiellement concernée par la prévention. Les institutions telles que la CNAV et la CNAMTS ont cerné ces enjeux,

²¹ APM INTERNATIONAL « Personnes âgées fragiles : quatre axes de travail dans la mission confiée au Gérontopôle de Toulouse », n°225267, 22 février 2012

²² APM INTERNATIONAL « Perte d'autonomie : installation du comité national de coordination de la politique de prévention », n°225267, 19 avril 2012

comme le souligne la mise en œuvre du Plan PAPA et la création des Observatoires régionaux de la fragilité au sein des Carsat. Les préoccupations des Carsat autour des enjeux d'observation de la fragilité s'inscrivent dans cette volonté de mise en pratique de la fragilité pour permettre de définir la population prioritaire pour l'accès aux offres de services développées par les organismes locaux sur les territoires. Aussi, au delà du ciblage, la démarche d'observation justifie les stratégies d'actions adoptées. Selon si les « traceurs » sélectionnés permettent de déceler un risque individuel ou territorial de fragilité, l'institution génératrice d'actions de prévention, va définir des territoires ou des individus prioritaires en matière d'intervention.

Dans une démarche proactive, l'anticipation des besoins des individus ou des territoires est intéressante pour pallier à la logique de « guichet » et de « la demande induite ». Ces deux logiques sont identifiées comme freins majeurs à l'accès au système d'aide tel qu'il est développé par l'Assurance Vieillesse. L'objectif est d'une part de répondre aux besoins des personnes les plus fragilisées qui sont souvent celles qui ne sollicitent pas les organismes. En effet, dans une logique de « guichet », où la personne doit se manifester auprès des services pour solliciter une aide, la distance au système d'aide ne fait que s'agrandir pour ces personnes en difficulté qui ne parviennent plus à mettre en place les démarches adaptées à leur situation. De plus, la connotation négative des prestations de la CNAV reste prégnante dans les représentations de la population. Comme le souligne Elise Finielz et Françoise Piotet, dans les années 1980, ces aides s'adressait aux personnes « dépendantes », ainsi les personnes âgées non dépendantes mais fragiles ne se sentent pas concernées par ces aides qu'ils associent à un état qui leur est pénible d'envisager et ne font alors aucune démarche spécifique en ce sens. Ce qui justifie un repérage de ces personnes pour éviter que la distance à l'aide ne s'agrandisse. D'autre part, l'ambition est de répondre aux besoins des personnes vivant dans les territoires qui sont déficitaires en offre de services, notamment du fait que les prestataires extérieurs de la CNAV, y sont peu nombreux. Selon le nombre de prestataires sur les territoires, le recours au système d'aide est plus ou moins élevé. Plus l'offre est abondante plus le recours à ladite offre est facilité.

La CNAV est donc localement les Carsat doivent désormais mettre en place des stratégies pour tenter de déjouer et neutraliser les effets pervers de ces logiques individuelles et territoriales construites avec le temps.

1.3.2 Evaluation de la fragilité et observation d'un risque de fragilité : les intérêts d'une telle distinction

L'évaluation individuelle de la fragilité consiste à déterminer si une personne est en situation de fragilité ou non. Cela est mis en œuvre à plusieurs niveaux, en fonction

des dimensions et approches de la fragilité étudiées. La fragilité d'une personne est alors définie en prenant en compte des facteurs identifiés de fragilité, qu'ils soient liés à l'individu ou à son environnement, dans le but d'identifier l'individu qu'il s'agira d'accompagner en priorité. Cette évaluation se heurte à de nombreuses difficultés qui tiennent notamment à la complexité de la notion de fragilité qui rend difficile la retranscription au sein d'un indicateur synthétique de l'ensemble des dimensions qu'elle recouvre. Les chercheurs ne parviennent pas à ce jour à définir une pondération des différents facteurs identifiés de fragilité qui fasse consensus.

En outre, si la fragilité est par essence intrinsèquement liée à une dimension subjective irréductible, peut-elle être évaluée au travers de données objectives ? En effet, comment percevoir le caractère persévérant d'une personne, ses habitudes de vie, ses représentations sociales ou encore son réseau social ? Est-il possible de discerner les ressources propres qu'une personne peut mobiliser face à un événement de vie aussi imprévisible que difficile à dépasser, d'autant que dans ces moments si particuliers, les personnes ne parviennent pas elles-mêmes à estimer leur potentiel de ressources ? La personne peut mobiliser des ressources nouvelles face au désarroi, ou au contraire, être anéantie, incapable de réagir même si la situation offre des ressources objectivement présentes.

Dans ce cadre, nous soulignons la difficulté de construire une politique de prévention de la perte d'autonomie en mobilisant les outils d'évaluation de la fragilité. En effet, cette évaluation individuelle qui nécessite la passation de questionnaires ou d'entretiens qualitatifs approfondis, dont la recherche de l'exhaustivité en vue d'un ciblage des publics au sein d'une politique d'action sociale, impliquerait une généralisation auprès de toute la population âgée et serait inenvisageable tant sur le plan financier que purement pragmatique.

Face à ces difficultés il paraît pertinent de prendre du recul sur cette notion de fragilité pour aller vers une détection des risques de fragilité. En effet, il s'agit non plus de définir des facteurs de fragilité mais des traceurs qui permettent de révéler un risque de fragilité. Ces traceurs présentent l'avantage de pouvoir être des données objectives disponibles au sein des institutions qui mettent en œuvre les politiques vieillesse, tels que la présence d'une prestation sociale ou encore le statut matrimonial. Cette démarche dispense l'investissement en temps et en compétences nécessaires à la mise en œuvre d'une évaluation individuelle en face à face de la fragilité.

L'intérêt d'une démarche qui tente d'appréhender un risque de fragilité se trouve alors dans sa capacité à rendre opérationnelle la notion de fragilité au sein des politiques publiques. En effet, l'observation de la fragilité au travers de traceurs permet d'identifier une population à risque et donc un public cible auprès duquel il convient d'intervenir.

L'évaluation d'un risque de fragilité peut alors trouver une opérationnalité tant au niveau individuel, en identifiant les personnes qui correspondent aux traceurs définis, et ainsi se traduire par la mise en place d'actions individuelles et collectives sur les territoires. Aussi, cette démarche permet d'intégrer la fragilité dans une nouvelle conception des politiques publiques qui tentent de prendre en considération les dynamiques territoriales comme potentiellement interactives dans le processus de fragilité. Et, c'est à ce niveau que s'inscrit l'enjeu institutionnel de pouvoir observer un risque de fragilité au niveau collectif. En effet, l'évaluation à ce niveau permet d'identifier des territoires à risque de fragilité, justifiant l'élaboration de priorités en terme d'intervention. Nous traduisons ainsi la nécessité d'avoir une vision globale et territoriale de la fragilité pour pouvoir élaborer les priorités d'une politique de santé publique à destination des populations fragilisées.

L'accent mis à l'heure actuelle dans les politiques de santé publique sur l'importance des territoires, notamment à travers la loi HPST, incite à progresser dans la connaissance des besoins et à approfondir le diagnostic par une approche globale des ressources par territoire. Cela peut permettre de faire évoluer l'organisation territoriale de l'offre de prévention et d'accompagnement des personnes âgées, dans une approche décloisonnée, pour tenter de répondre à l'ensemble de leurs besoins.

Le plan PAPA s'inscrit dans le cadre d'un contexte de ressources limitées et plus largement dans un cadre politique qui met en lumière l'importance du ciblage des populations dans la mise en œuvre des politiques de prévention et de la perte d'autonomie. Cela permet aux Carsat de développer des Observatoires régionaux des situations de fragilité dans lesquels les logiques individuelles, territoriales et institutionnelles sont présentes et prises en considération.

L'observation au service de la décision et de l'action

L'observation est indispensable pour réaliser un diagnostic en vue d'élaborer des actions de santé publique. En effet, elle est la condition première à la pertinence et à la cohérence des actions et donc plus largement à la maximisation de l'efficacité. Nous allons mettre en exergue les enjeux quant à l'opérationnalité de la notion de fragilité. La fragilité doit, pour être légitime en terme d'action publique, posséder ce caractère opérationnel. En effet, la fragilité doit pouvoir répondre aux objectifs des institutions et intégrer les grands principes de territorialisation et d'efficacité qui sont, désormais, établis comme axes prioritaires dans les politiques de santé. Pour cela, l'observation de la fragilité doit permettre de cibler les personnes en situation de fragilité, mais aussi de déterminer des territoires où les populations ont un risque plus élevé de fragilité, afin d'aboutir à l'adoption de stratégies d'actions les plus pertinentes et efficaces possibles.

A cet égard, nous aborderons l'impact de l'observation de la fragilité dans les actions menées dans la région Languedoc-Roussillon.

2.1 Les étapes indispensables à une démarche d'observation

Nous allons présenter les différentes étapes qui constituent la démarche d'observation de la fragilité au sein de la Carsat-LR, afin de décrire et d'analyser le processus de construction des facteurs de risque de fragilité (traceurs) qui permet de détecter le risque de fragilité individuelle et territoriale. Ensuite, nous étudierons les impacts de cette démarche sur les décisions et actions de politiques de prévention de la perte d'autonomie.

2.1.1 Organisation et démarche : Poser le cadre de l'observation

Au niveau national, le cadre de la démarche d'observation menée par les institutions locales est établi par le Plan PAPA 2010 qui répond à la volonté de renforcer la coordination et la coopération entre l'Assurance Maladie et l'Assurance Retraite. En effet, « *l'objectif essentiel [est] de déterminer un axe commun d'offre de services dans le domaine de la prévention des risques du vieillissement en faveur de populations fragilisées. [...] Il vise à susciter et à faciliter une coordination étroite de terrain entre les organismes du réseau dans un souci d'efficacité et d'utilité des actions engagées mais également à conforter la visibilité pour les partenaires extérieurs sur ce que l'Assurance*

Retraite et l'Assurance Maladie considèrent comme étant leurs programmes prioritaires en ce domaine »²³.

A cet égard, le plan prévoit qu'il soit mis en place entre les Directions des deux organismes nationaux, un groupe national de pilotage du Plan PAPA appelé à définir les axes communs d'actions en faveur des seniors retraités et pré-retraités. C'est ainsi qu'a été identifié un axe majeur d'attention à l'égard des populations en situation de fragilité ou à risque de perte d'autonomie.

Ce comité national de pilotage animé par les représentants des organismes nationaux (CNAV et CNAMTS) est composé des organismes locaux (Carsat, Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France (CRAMIF), Caisse Générale de la Sécurité Sociale (CGSS), Caisse Primaire d'Assurance maladie (CPAM), Services médicaux, Union de Gestion des Etablissements de la Caisse d'Assurance Maladie (UGEAM)). Le rôle de ce groupe consiste à « *veiller à la cohérence des actions menées par les organismes, recenser les programmes locaux sur la base de critères prédéfinis, examiner les projets aux aspects novateurs et les demandes de financements associés ainsi que d'évaluer la mise en œuvre des orientations du plan PAPA* »²⁴. Pour cela, il s'appuie sur un comité d'experts qui donne un avis technique et scientifique sur la définition ou la validation des cahiers des charges ou des critères d'offre de services concernant le conseil en prévention et les actions collectives. (Cf Annexe 2 :L'organisation du Plan PAPA)

Trois axes opérationnels structurent la démarche d'observation. D'une part, l'observation est menée afin de cibler les retraités à risque de fragilité. Comme nous l'avons perçu précédemment, il s'agit en fait ici de suivre des traceurs permettant de détecter une fragilité potentielle et non de parvenir à une définition exhaustive des facteurs de fragilité. Notons également, qu'au vu de la définition institutionnelle de la fragilité, la CNAV et la CNAMTS envisagent l'observation des situations sous l'angle des dimensions économiques et sociales. Il appartient aux Carsat d'explorer leurs bases de données en vue de sélectionner les indicateurs pertinents pour mener une analyse permettant de mieux connaître les caractéristiques des populations retraitées sur leur territoire. L'objectif est de définir la population cible des actions promues par le Plan PAPA et plus largement des actions menées par la Carsat.

D'autre part, l'observation est identifiée comme un préalable à une approche proactive et à une offre de services adaptée aux besoins identifiés. La CNAV et la CNAMTS proposent une structuration de l'offre de services en deux niveaux : l'information et le conseil individuel en prévention et/ou l'orientation vers des actions collectives ou les

²³ Circulaire 27/2010 du 7 septembre 2010 relative au plan de "Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées" (PAPA) : Les orientations et les priorités de populations cibles et d'offres de service

²⁴ *Ibid.*

services compétents. Dans la définition du cadrage, l'échelon national souligne que les actions proposées aux retraités doivent répondre aux besoins identifiés mais aussi aux critères reconnus par les deux branches. Cela souligne l'intérêt d'identifier les critères pour lesquels les politiques d'action sociale des organismes ont les moyens d'intervenir. La démarche doit avant tout permettre un meilleur pilotage des actions des organismes, dans le cadre des moyens et ressources disponibles.

Enfin, l'observation initiée par le Plan PAPA est conduite en vue de mettre en œuvre des programmes locaux. En effet, le Plan prévoit une déclinaison sur les territoires de programmes locaux d'une offre de services, prioritairement sur cinq thématiques ; l'aide aux aidants familiaux, la perte d'un proche, les retraités immigrés vivant en foyer, les personnes confrontées au placement d'un proche en EHPAD, la sortie d'hospitalisation et le maintien dans l'emploi des seniors. Les caisses peuvent à ce titre mobiliser des fonds financiers spécifiques : le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS), afin de développer et d'impulser des actions localement en cohérence avec les spécificités soulevées par l'observation quant aux besoins des retraités en terme de prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile. Ici, nous percevons un second intérêt de l'observation en permettant une meilleure connaissance des besoins de la population, conçue comme un moyen à mobiliser pour aider à la décision de nouvelles orientations au niveau local.

Une lettre de mission adressée à la responsable du service SPP de la part du directeur de la Carsat a permis de rappeler les objectifs nationaux et d'acter la mise en œuvre opérationnelle dans la région de ce dispositif. Cette lettre de mission est donc mobilisée pour cadrer la démarche d'observation au niveau local. A ce titre, elle définit les objectifs opérationnels de l'Observatoire comme suit :

- Identifier les territoires à risque de la région et les analyser en vue d'impulser des actions de prévention des risques du vieillissement sur ces territoires,
- Représenter cartographiquement les interventions de l'organisme (action sociale, service social, Espace seniors)
- Repérer les seniors présentant des risques de fragilité afin de leur proposer une offre de service adaptée
- Définir les modalités d'évaluation des actions de prévention conduites sur les territoires définis comme prioritaires
- Elargir le partenariat à l'inter-régime, au réseau Assurance Maladie, aux Caisses régionale dans le cadre de la mutualisation et aux partenaires extérieurs conventionnés avec l'Observatoire (POSS-LR, CCAS, services de l'Etat, associations, etc.)
- Elargir le diagnostic régional aux offres de services proposées par territoire

La lettre de mission prévoit également la mise en place d'un comité de pilotage interne à la Carsat. Ce groupe de travail constitue une instance de décision de l'Observatoire régional des situations de fragilité. A cet égard, il est notamment chargé de définir des axes de prévention des risques du vieillissement en faveur des seniors fragilisés. En Languedoc-Roussillon, ce comité de pilotage est présidé par M. Michel NOGUES, Directeur Adjoint de l'Assurance Maladie et de l'Action Sociale. Sa composition intègre les personnes représentantes des services concernés par la démarche d'observation des situations de fragilité telles que l'Ingénieur Conseil Régional des Risques Professionnels, le Responsable Retraite, les Responsables et Responsables adjoints du Service Social Régional, du service Action Sociale, de l'Espace Seniors et de l'équipe du service Santé, Prévention, Prospective en charge de l'Observatoire. Cette instance se réunit une à deux fois par an.

L'Observatoire régional s'articule également au travers d'une mutualisation avec différents services du réseau CNAMTS/CNAV, notamment avec la Direction Régionale du Service Médical (DRSM), les Caisse Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et les Centres d'Examens de Santé (CES). La démarche de mutualisation est également investie en inter-régions avec les Carsat Midi-Pyrénées et Centre mais aussi, avec la Plateforme d'Observation Sanitaire et Sociale du Languedoc-Roussillon ou encore les Conseils Généraux.

L'Observatoire s'intègre également dans la démarche du plan local nommé « Vieillir accompagné en Languedoc-Roussillon », afin de favoriser une démarche partenariale avec l'inter-régime, à savoir avec la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI). (Cf Annexe 3 : L'organisation de l'Observatoire en Languedoc-Roussillon)

Aussi, la Carsat du Languedoc-Roussillon a fait le choix de mettre en place un Comité d'experts local (COPEX). Ce comité exerce un rôle de conseil et d'expertise en matière de vieillissement et de prévention, notamment pour les décisions relatives à la détection de la fragilité et à l'opérationnalité qui peut en découler.

Au-delà d'apporter un gain de légitimité, la mise en place de telles initiatives partenariales assurent en région, une cohérence et une visibilité du dispositif qui mobilise l'ensemble des potentiels locaux en région. Cela permet un cadrage conceptuel, scientifique et institutionnel de la démarche d'observation.

La mise en place d'un Observatoire en tant que dispositif se traduit également par la mobilisation de moyens humains. En Languedoc-Roussillon, le groupe de travail opérationnel est constitué de trois personnes. La personne responsable du service SPP est missionnée pour le pilotage de l'Observatoire, à ce titre elle élabore un programme de travail annuel et anime le Comité de pilotage interne. Une chargée d'études statistiques a

la charge du recueil et du traitement des données. Elle participe à l'analyse des données en lien avec une personne chargée de mission santé. (Cf Annexe 4 : L'architecture interne de l'Observatoire de la Carsat-LR).

A travers cette structuration, nous percevons la nécessité d'un cadrage national et local de la démarche d'observation afin d'en assurer la cohérence. Aussi, L'inscription de la mise en œuvre de l'Observatoire dans le Contrat Pluriannuel de Gestion permet de renforcer son développement en région.

2.1.2 Délimiter le champ de l'observation : définition des facteurs de risque de fragilité économique et sociale

Au vu de l'objectif visé de détecter la fragilité individuelle et territoriale, l'Observatoire doit sélectionner des indicateurs pertinents, constituant des traceurs appropriés de la fragilité liée à l'isolement social et de la fragilité économique.

Une étude « Santé et qualité de vie des Jeunes seniors (55-74 ans) vivant à domicile » a consisté à un repérage des facteurs de risque de mauvaise santé globale au cours du vieillissement (dépression, réactions émotionnelles, isolement, pathologies graves, ...). La Carsat LR a mobilisé les compétences et connaissances de Géronto-CLEF (organisme d'étude et de recherche présidé par le Dr Alain Colvez) qui a mené cette étude, en le mandatant pour déterminer conjointement les indicateurs de risque de fragilité nécessaires à la mise en œuvre de la démarche d'observation au sein de la Carsat. La démarche a consisté à identifier les facteurs de risque qui pouvaient être perceptibles au travers de données administratives disponibles au sein des bases de données de la Carsat.

Les facteurs de risques d'ordre économique et social qui ressortent comme les plus significatifs sont l'âge, le sexe, les ressources financières insuffisantes, le fait de vivre seul ou encore la position d'aidant. (Cf. Annexe 5 : Les facteurs de risque par événements de santé).

L'exploitation approfondie des bases de données a permis de sélectionner des variables permettant d'approcher ces facteurs de risque de fragilité économique et liés à l'isolement social. Ainsi, il a été proposé de retenir au niveau de l'Observatoire les variables suivantes :

- Le fait d'avoir des ressources insuffisantes : l'Observatoire exploite les variables « minima vieillesse » (principalement l'Allocation Spécifique Personnes Agées (ASP))²⁵

²⁵ Depuis le 1er janvier 2006, l'APSA constitue le minimum vieillesse et a remplacé l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité et le complément de retraite. Cette allocation répond à la notion d'assistance, et tend à procurer à toute personne âgée un montant minimum de ressources uniforme quel que soit le régime auquel elle est rattachée. L'attribution et le service de l'ASP sont subordonnés à une condition de ressources et de résidence.

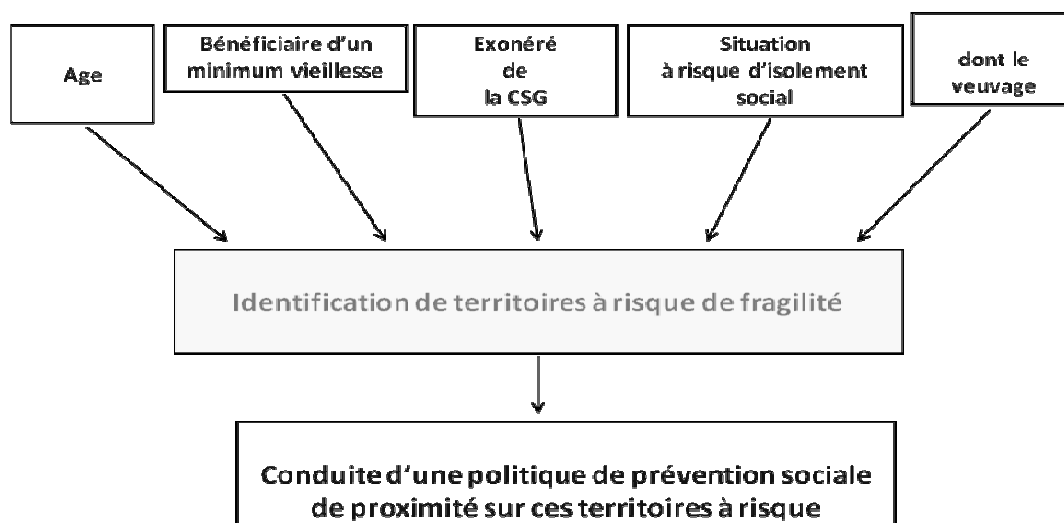
et « exonération de la Cotisation Sociale Généralisée (CSG) ²⁶ » pour tenter de détecter la fragilité économique,

- Le fait d'habiter seul : la situation matrimoniale ²⁷(veuvage, séparation, divorce, célibat ou disparition du conjoint) est l'unique donnée administrative permettant d'appréhender cette notion. Bien que pour les situations de veuvage, l'indicateur de la pension de réversion²⁸ peut également être mobilisé. Ces données envisagent de percevoir le risque de fragilité liée à l'isolement social.

Enfin, la tranche d'âge sélectionnée (55 à 74 ans) est identique à celle choisie pour l'étude sur la santé des jeunes seniors en Languedoc-Roussillon, en effet, celle-ci paraît être pertinente en terme de cible pour les actions de prévention. La cellule territoriale retenue pour cette analyse est le canton du fait que celui-ci présente l'avantage d'une certaine homogénéité en terme de taille de population. Cette dimension est prise en compte afin d'évaluer à l'avenir le nombre d'invitations nécessaire pour obtenir le nombre de participants désirés, lors d'une action de prévention.

Cette étape permet à l'Observatoire de définir le périmètre d'action en concordance avec les missions de la Carsat.

Figure 1 : Le concept de fragilité de la Carsat-LR



Le requérant doit être âgé d'au moins 65 ans ou de 60 à 65 ans en cas d'inaptitude au travail. (Les personnes âgées de moins de 60 ans et reconnues invalides peuvent bénéficier de l'allocation Spécifique Invalidité (ASI)) Le montant de l'ASPA est fixé par décret. Depuis le 1^{er} avril 2012 le montant maximum équivaut à 777,16 euros par mois pour les personnes seules et de 1206,59 euros pour les couples mariés ou pacésés.

²⁶ Sont exonérés les retraités ou les invalides qui perçoivent un avantage non contributif qui leur a été attribué sous condition de ressources, soit ceux qui perçoivent de faibles revenus (pour l'année 2012, inférieurs à 10 024 € par an).

²⁷ La situation familiale est celle qui est enregistrée à l'attribution du droit du retraité.

²⁸ La pension de réversion est une partie de la retraite dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier l'assuré décédé, qui est reversée, si certaines conditions sont remplies, à son conjoint survivant ou à son (ses) ex-conjoint(s). Le montant maximum de cette prestation est de 818,37 €, au 1^{er} janvier 2012.

2.1.3 Réaliser l'étude : définir les méthodes appropriées pour le recueil et le traitement des données

L'exploitation des données communales a été réalisée au travers de l'infocentre national Système National Statistiques Prestataires (SNSP)²⁹, cette étape a consisté à élaborer les modalités de « requêtage » permettant de parvenir à lister dans un premier temps, l'ensemble des retraités de 55 à 74 ans par canton pour chacune des variables. Cette étape correspond à l'identification des seniors à risque de fragilité, en effet, au sein de l'Observatoire sont considérés comme fragiles les seniors ayant au moins un des critères sélectionnés.

Un indicateur composite de fragilité a été construit. Les effectifs de personnes correspondant à chaque variable ont été cumulés, en prenant soin d'extraire les doublons, puis rapportés à la population retraitée du Régime Général de 55 à 74 ans par canton. Des taux de risque de fragilité ont pu être calculés et cartographier par canton. La méthode de classification retenue pour la réalisation de la carte de répartition de la fragilité a été un point particulièrement sensible. Selon la méthode sélectionnée, les territoires identifiés à risque de fragilité peuvent varier et il est paru nécessaire d'appréhender dès cette étape, les enjeux liés à chacune des méthodes de classification pour en appréhender les conséquences en terme d'actions. La méthode retenue est finalement une classification en nuées dynamiques³⁰ qui est réalisée au travers de l'outil statistique « Statistical Package for the Social Sciences » (SPSS). Elle présente l'avantage de prendre en compte l'ensemble des critères dans l'établissement du classement. En effet, cette méthode permet de classer les territoires en prenant en compte dans l'ordre croissant de discrimination des variables, le taux de fragilité, l'exonération de la CSG, les minimas vieillesse, l'isolement social et le veuvage. En sélectionnant cette méthode l'Observatoire fait le choix de tendre vers une homogénéité intra-classe et une hétérogénéité inter-classes la plus grande possible. Dans le but de regrouper au sein de chaque groupe, des territoires ayant des caractéristiques les plus proches possibles et ayant un « profil de fragilité » le plus différent possible des autres groupes. A travers la réalisation d'une carte de répartition de la fragilité, l'Observatoire

²⁹ Acte réglementaire n° 2008 - 05 du 31 mars 2008 modifiant l'acte réglementaire n° 2000-09 du 13 avril 2000, Système National Statistiques Prestataires (dossier CNIL n° 668716), disponible sur Internet : <https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=5288795503993&ssbinary=true>

³⁰ « La classification par la méthode des nuées dynamiques (classification k-means) est une méthode itérative qui, quel que soit son point de départ converge vers une solution. La solution obtenue n'est pas nécessairement la même quel que soit le point de départ. Pour cette raison, on répète en général plusieurs fois les calculs pour ne retenir que la solution la plus optimale pour le critère choisi. Pour la première itération on choisit un point de départ qui consiste à associer le centre des k classes à k objets (pris au hasard ou non). On calcule ensuite la distance entre les objets et les k centres et on affecte les objets aux centres dont ils sont les plus proches. Puis on redéfinit les centres à partir des objets qui ont été affectés aux différentes classes. Puis on réaffecte les objets en fonction de leur distance aux nouveaux centres. Et ainsi de suite jusqu'à ce que la convergence soit atteinte ». Source Internet : <http://www.xlstat.com/fr/produits-solutions/fonctionnalite/classification-par-la-methode-des-nuees-dynamiques-k-means.html>

peut amorcer une analyse des résultats afin de mettre en œuvre un plan d'actions adapté aux besoins identifiés.

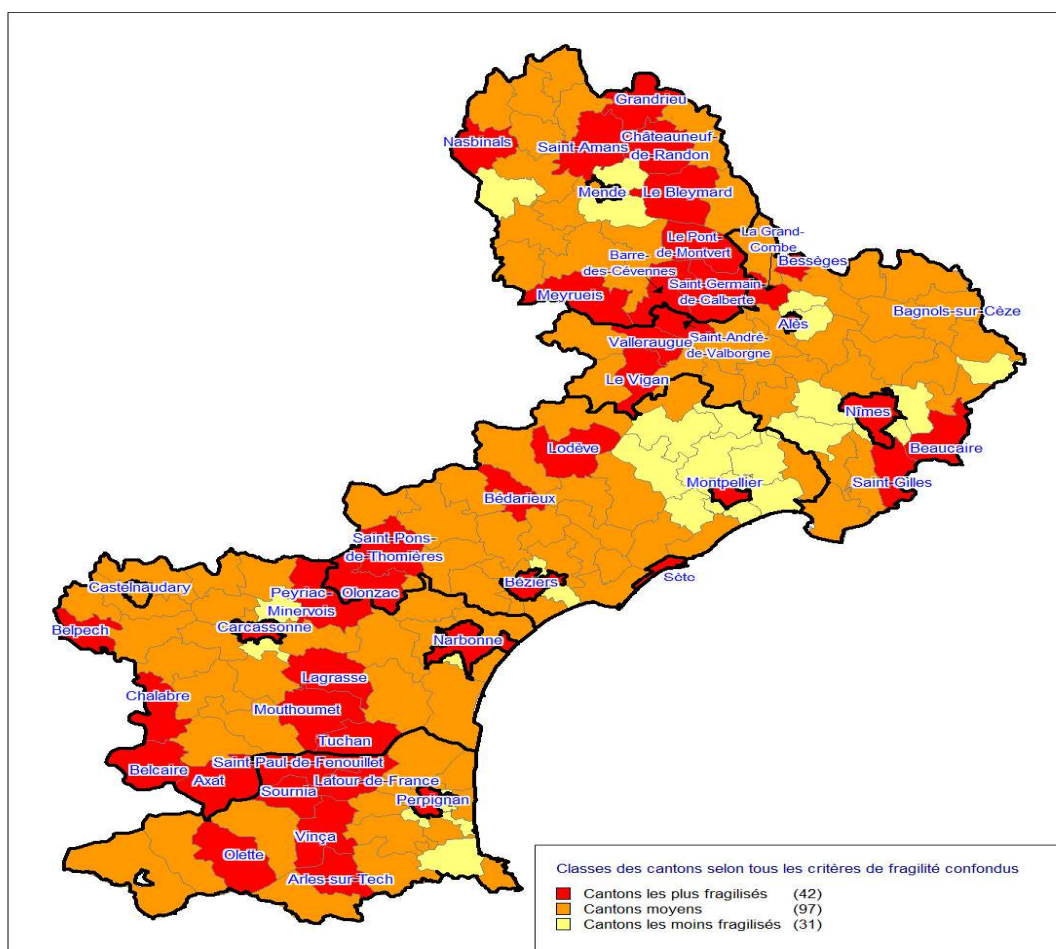
2.1.4 Constat, analyser et interpréter les observations

Cette étape s'est notamment traduite par l'élaboration d'un « Atlas de la fragilité du Languedoc-Roussillon – Retraités de 55 à 74 ans du Régime Général » qui révèle les territoires à risque de fragilité de la région sur lesquels les jeunes seniors retraités du Régime Général présentent un taux de risque de fragilité atypique.

L'Observatoire a mis en parallèle les résultats de l'analyse des indicateurs retenus avec des données complémentaires, recueillies auprès des partenaires (POSS-LR, INSEE, etc.) afin d'approfondir et d'affiner le diagnostic de la fragilité.

Il ressort une « ligne de fragilité » au cœur de la région constituée par les territoires ruraux du piémont languedocien et les grandes villes.

Figure 2 : Répartition des seniors de 55 à 74 ans à risque de fragilité en Languedoc Roussillon en 2010.



Classe de cantons les plus fragilisés
 Taux moyen de seniors fragilisés : 56,39%
 Taux moyen de veufs : 11,76%
 Taux moyen de minimum vieillesse : 10,38%
 Taux moyen d'exonérés CSG : 36,16%
 Taux moyen de retraites à risque d'être isolés : 41,61%

Classe moyenne
 Taux moyen de seniors fragilisés : 45,41%
 Taux moyen de veufs : 10,94%
 Taux moyen de minimum vieillesse : 4,04%
 Taux moyen d'exonérés CSG : 27,93%
 Taux moyen de retraites à risque d'être isolés : 32,44%

Classe de cantons les moins fragilisés
 Taux moyen de seniors fragilisés : 37,01%
 Taux moyen de veufs : 8,61%
 Taux moyen de minimum vieillesse : 2,28%
 Taux moyen d'exonérés CSG : 19,46%
 Taux moyen de retraites à risque d'être isolés : 28,08%

Source des données: SNSP 2010
 juillet 2011

Carsat LR/ DAAMAS/ SPP/ OZ

Les territoires identifiés à fort risque de fragilité couvrent environ un quart des cantons de la région. L'identification de ces cantons a mis en évidence que plus de la moitié des jeunes retraités présentent un risque de fragilité, soit environ 56 200 personnes, dont 80% vivent dans les grandes villes de la région. Dans ces territoires, les départs à la retraite sont plus tardifs et les montants des pensions à taux plein du Régime Général sont plus faibles, ce qui traduit la présence sur ces cantons de retraités ayant eu des carrières moins favorables. Quant aux critères de risque de fragilité, il ressort que la part des seniors exonérés de la CSG est environ deux fois plus élevée que dans les cantons les moins à risque, la part des bénéficiaires de minimas sociaux est elle cinq fois plus grande. Le risque de fragilité lié à l'isolement social, évalué par l'indicateur du statut matrimonial, est lui aussi plus fort dans ces cantons.

D'autres indicateurs corroborent ces tendances, la part des foyers non imposables est 1,4 fois supérieure dans ces territoires que dans les cantons les moins à risque. De même, la part des demandeurs d'emploi de 50 ans et plus, y est 1,8 fois plus importante et la part des bénéficiaires de minimas sociaux y est près de deux fois supérieure.

A l'opposé, les territoires identifiés avec le risque de fragilité le plus faible, sont les cantons péri-urbains. Ils représentent un peu moins de 20% des cantons de la région, au sein desquels il est estimé qu'environ un tiers des retraités présentent un risque de fragilité. Les retraités du Régime Général dans ces cantons bénéficient davantage de retraites à taux plein. Par opposition à la classe des cantons les plus à risque, cette classe se caractérise par les plus bas taux de retraités exonérés de la CSG, de seniors à risque d'être isolés socialement et de bénéficiaires de minimas vieillesse ou encore de veufs.

La classe centrale ayant un niveau moyen de risque de fragilité regroupe plus de la moitié des cantons de la région. La part des retraités identifiés à risque de fragilité est de 45, 41%, soit plus de 65 500 personnes. Ce sont des territoires où les personnes sont en proportion davantage âgées de plus de 55 ans, moins retraitées du Régime Général et ont plus cotisé à au moins deux régimes. Les taux des indicateurs du risque de fragilité sont proches des moyennes régionales de chacun d'eux.

L'analyse a souligné des disparités interdépartementales. Alors que les départements du Gard et de l'Hérault cristallisent un risque de fragilité dans les zones urbaines, la Lozère et l'Aude se caractérisent par un risque de fragilité concentré dans les cantons ruraux. Le département des Pyrénées-Orientales est à mi-chemin entre ces deux extrêmes, en concentrant le risque de fragilité à la fois en milieu rural et à Perpignan, canton urbain.

Enfin, une analyse temporelle a mis en exergue un glissement de la ligne de fragilité des frontières du nord ouest de la région vers l'intérieur du territoire entre 2006 et 2010. En 2006, 51 cantons apparaissaient à risque de fragilité contre 42 en 2010. Les

territoires avoisinant les grandes villes étaient déjà les moins fragilisés alors que les cœurs de ces mêmes villes faisaient partie des cantons les plus à risque de fragilité.

L'analyse spatiale et temporelle sont les deux axes d'analyse qui ont été mobilisés pour établir un diagnostic du risque de fragilité des individus et des territoires. Cette étape de mise en parallèle des résultats permet de faire ressortir des spécificités et ainsi favorise l'élaboration d'une analyse globale de la fragilité, à partir de laquelle il devient possible d'envisager le développement d'actions de prévention adaptées aux besoins des individus.

2.1.5 L'utilité et l'usage de l'observation : communiquer les résultats de l'Observatoire en vue d'impulser des actions de prévention adaptées aux besoins repérés sur les territoires

Après le traitement et l'analyse des données vient le moment de la communication, étape délicate et indispensable, qui favorise le partage des informations permettant d'impliquer les acteurs locaux dans la mise en œuvre d'actions territoriales. Nous pouvons mettre en exergue les éléments nécessaires à prendre en compte pour établir une communication efficace des résultats d'une étude sur la fragilité, et ainsi en cerner les enjeux et conséquences en terme d'actions.

Tout d'abord, nous pouvons souligner l'importance d'établir des constats étayés, afin d'éviter toutes interprétations éventuelles des résultats qui pourrait donner lieu à des analyses sensiblement différentes pouvant être néfastes à l'action de la Carsat. En effet, à travers l'Observatoire régional des situations de fragilité, la caisse se positionne comme acteur légitime et reconnu pour agir en direction des personnes âgées en situation de fragilité. A cet égard, il est nécessaire d'anticiper et d'identifier les attentes et logiques des différents destinataires du message. La Carsat LR a lancé un appel à projet avant la communication de l'Atlas, ce qui lui a permis de présenter l'étude et les résultats en premier lieu aux partenaires sélectionnés qui ont pu partager leurs remarques au vu de leurs expériences et connaissances des publics et territoires de la région. Ainsi, l'équipe en charge de l'Observatoire a pu recueillir les observations des partenaires sélectionnés, afin de les analyser pour mieux cerner les attentes des acteurs de terrain. De manière plus large cette étape a permis de cerner les enjeux de la communication des résultats de l'étude, notamment en identifiant l'ensemble des « cibles » du message. Les attentes et logiques des retraités et pré-retraités, des élus locaux, des professionnels de santé et travailleurs sociaux, des différentes institutions ayant pour public les personnes âgées, telles que les conseils Généraux (CG), les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Direction Régionale de la Jeunesse et Sports et de la Cohésion Sociale

(DRJSCS), ou encore les associations sont autant d'acteurs à considérer lors de cette étape de communication. Nous pouvons mettre en exergue l'enjeu qui réside dans l'adoption d'un langage compréhensible par tous. En effet cela est la condition première pour que chacun puisse s'approprier la connaissance issue des travaux menés par la Carsat et ainsi l'intégrer dans ses propres stratégies d'action. Cet exercice est d'autant plus périlleux dès lors qu'un certain nombre de potentiels partenaires n'ont pas été intégré dès la phase d'observation et d'analyse de la fragilité. Ceux-ci n'ont peut-être pas mené la même réflexion que la Carsat sur cette notion de fragilité et ne sont donc pas en mesure d'appréhender son introduction dans les processus des politiques d'action sociale de la Carsat. Ainsi, ce travail d'appropriation du concept apparaît essentiel pour parvenir à cerner les impacts et conséquences sur les actions menées ou impulsées par la Carsat.

Le service SPP a mobilisé plusieurs supports de communication, un livret présentant l'ensemble des résultats et analyses de l'Observatoire a été envoyé aux partenaires, un lien sur le portail du site de la Carsat-LR a été créé et une Conférence de presse a eu lieu afin d'étendre au grand public la communication de l'étude et des principaux résultats obtenus.

Le processus par étape décrit ici permet à la Carsat d'avoir une vision collective de la fragilité sur la région et ainsi de disposer de ces informations pour élaborer une politique de santé publique en direction des publics et territoires à risque de fragilité.

2.2 Observer pour aider à la décision ?

« L'observation peut être définie comme l'ensemble des démarches et outils destinés à quantifier et qualifier les conditions de vie et les besoins sociaux de la population mais aussi, les modes d'organisation des différentes instances nationales ou locales dédiées à l'observation et les formes de coopération et de partage de l'information. Derrière un terme apparemment neutre, l'observation renvoie en réalité à une fonction complexe, difficile à cerner, dont la finalité est, à partir d'une connaissance partagée des réalités sanitaires et sociales, d'éclairer les différents acteurs pour assurer un pilotage stratégique des politiques publiques, de leur conception à leur évaluation ; en un mot observer pour décider et agir »³¹.

L'observation est un outil fort pour aider les acteurs à décider de la politique à mettre en œuvre et de la stratégie à adopter pour être au plus proche des besoins des individus. Comme nous avons déjà pu le pointer au travers du Plan PAPA, l'Observatoire

³¹ RAYSSIGUIER Y., « L'observation partagée – pour une vigilance stratégique dans le secteur sanitaire et social », *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, Presses de L'EHESP, 2008, in Dossier documentaire, EHESP, 2011, p.1

est un moyen mobilisé par la Carsat pour aider à la décision de l'orientation des politiques d'action sociale. Nous allons alors tenter de percevoir la manière dont l'étude permet d'avoir un impact sur les décisions prises en interne et en externe sur le territoire languedocien au niveau des actions individuelles et collectives, mais aussi montrer ses limites en terme d'aide à la décision à l'adoption d'une stratégie spécifique de l'organisme.

2-2-1 Le processus au service de la décision

La mise en œuvre d'un Observatoire régional des situations de fragilité au sein de la Carsat-LR a permis d'amorcer une réflexion sur le concept même de fragilité. Les différentes approches du concept ont été appréhendées afin de parvenir à une définition de la fragilité au sein de l'Observatoire. De même, grâce à la remise en question de la notion de fragilité, les dimensions de la fragilité prises en compte au sein de l'Observatoire ont pu être précisées, en prenant en considération les enjeux de l'introduction d'une telle notion dans les politiques des organismes de sécurité sociale. Ainsi, au sein de l'Observatoire de la Carsat LR, la fragilité peut être la situation atteinte par les retraités et pré-retraités relevant des GIR 5 et 6, confrontés à des difficultés sociales particulières (lors du passage à la retraite, à la suite d'une fragilité fonctionnelle, d'une rupture du domicile, d'une fragilité économique...) ou connaissant une période sensible de leur existence (hospitalisation, veuvage, situation d'aidant familial, etc.). La fragilité pouvant s'expliquer chez ces personnes, par leurs conditions de vie et de travail, les incidences de leur état de santé, leur niveau de ressources ou leur isolement social. Les situations de cumul de ces fragilités accentuent le risque d'une dégradation rapide de leur situation et donc de basculement dans la perte d'autonomie.

Cette étape de définition a permis à l'Observatoire d'élaborer ensuite des facteurs de risque de fragilité. L'analyse des bases de données internes à la Carsat a été élaborée dans le but de sélectionner les données administratives pouvant révéler le risque de fragilité économique et lié à l'isolement social, lesquels avaient été définis en amont comme critères explicatifs d'une situation de fragilité. Grâce à la conduite de ces réflexions complexes, l'Observatoire est parvenu à repérer les seniors de 55 à 74 ans à risque de fragilité.

Dans la mesure où cette nouvelle possibilité est offerte par l'Observatoire, la Carsat et ses partenaires extérieurs peuvent envisager de mener des actions spécifiques en direction des retraités ainsi repérés à risque de fragilité.

La détection d'une fragilité territoriale a pu être réalisée grâce aux mêmes étapes préliminaires qui ont abouti à la construction d'un indicateur composite permettant de calculer un taux de risque de fragilité des territoires par le cumul des facteurs de risque.

L'étape suivante a consisté alors à classer les territoires afin d'établir une hiérarchie. Ainsi, il a pu être mis en exergue les cantons les plus à risque de fragilité, en prenant en compte l'ensemble des variables intégrées à l'indicateur composite. Aussi, la représentation cartographique a permis d'amorcer une réflexion quant à la répartition spatiale de la fragilité et ainsi apporter des éléments supplémentaires à l'étude de la fragilité en région.

Par cette nouvelle possibilité, la Carsat intègre la notion de territoire dans l'élaboration de ses politiques d'action sociale, dès la phase d'observation. En prenant en compte les conséquences de la logique de la demande induite par l'offre, l'organisme décide d'agir pour la réduction des inégalités territoriales de santé, qui constitue désormais un axe essentiel de la construction des politiques de santé publique.

2-2-2 Des décisions de stratégies d'action limitées

L'Observation permet d'adapter les décisions au sein des politiques d'action sociale de l'organisme mais aussi d'envisager la mise en place de nouvelles actions sur les territoires afin de répondre aux besoins identifiés du public ciblé.

Grâce au processus d'observation, la Carsat a pu élaborer une nouvelle stratégie d'action en définissant les individus et les territoires d'intervention prioritaires. Les actions ciblent les personnes repérées à risque de fragilité, au travers d'invitations individuelles et au sein des territoires identifiés.

L'observation répond à ce titre aux enjeux liés à un pilotage efficient des politiques et actions de la Carsat mais également aux enjeux liés à la nécessité de construire des actions innovantes, notamment en permettant à la Carsat de se positionner dans une dynamique proactive.

Pour autant, nous percevons également les limites de l'Observatoire en terme d'orientation stratégique de la Carsat. En effet, pour pouvoir prétendre à un impact plus large et ainsi avoir des répercussions au niveau de la décision stratégique de l'organisme, l'Observatoire devrait intégrer une dimension prospective dans l'étude de la fragilité.

La prospective est selon une définition du secrétariat d'Etat chargé de la politique de la ville, et reprise par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) une démarche qui « *consiste à explorer les futurs possibles [futuribles] en germe dans la situation actuelle, pour aider à la détermination des futurs souhaitables et à l'identification des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. La prospective est une démarche pluridisciplinaire, systémique qui doit être distinguée de la prévision. Partant du constat que les problèmes auxquels nous sommes confrontés ne sauraient être réduits à une seule dimension et leurs différents aspects traités séparément, la prospective se*

propose d'appréhender les réalités au travers de l'ensemble de leurs dimensions, quelle que soit leur nature »³².

Ainsi, il pourrait être envisagé de percevoir des « signaux » dans le contexte actuel des politiques de santé publique et plus largement au niveau de l'évolution des mœurs, valeurs et normes sociales. Ces signaux constitueraient un matériau riche pour tenter d'élaborer des scénarii prévoyant l'apparition d'innovations technologiques, de nouveaux acteurs, ou encore l'émergence de volontés sociales. La prise en compte de ces signaux dans les évolutions possibles de la fragilité pourrait permettre à la Carsat de s'adapter par anticipation à ces évolutions.

2.3 Observer pour agir ?

Après avoir appréhendé la manière selon laquelle l'Observatoire est parvenu à aider à la décision en région, nous allons ici, mettre en exergue les freins et leviers qui facilitent ou au contraire limitent, l'impact de l'observation sur les actions de prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile.

2.3.1 Agir auprès des seniors à risque de fragilité

La Carsat a le désir de se positionner dans une dynamique pro-active, en décidant d'agir directement en direction des seniors fragilisés, grâce à la possibilité de les repérer individuellement. A ce titre, la Carsat mobilise en premier lieu, ses ressources et compétences internes. En effet, au travers de l'Espace seniors et le Service Social Régional, la Carsat est en capacité de mettre en œuvre directement une offre d'actions de prévention répondant aux besoins identifiés par l'Observatoire. Le rapprochement des services de la DAAMAS permet donc à l'organisme de déployer une offre attentionnée de prévention. Des parcours Prévention Santé à destination de seniors fragilisés ont été mis en place par le Service Social Régional qui met en œuvre à ce titre des actions individuelles et collectives. Des sessions « Bienvenue à la retraite » (BAR) sont mises en place par l'Espace Seniors, ces actions consistent à informer et sensibiliser de manière adaptée les seniors repérés à risque de fragilité, dès la première année de leur retraite, en menant des actions collectives sur des thèmes de prévention santé. Les objectifs de ces actions sont de tenter d'éviter l'installation de la fragilité et notamment l'isolement social. Différentes thématiques sont alors abordées, la stimulation de la mémoire, les informations sur la nutrition, le sommeil et bien d'autres qui s'ajustent aussi en fonction des besoins des groupes. De la même manière des actions « Bien vivre sa retraite »

³² Prospective santé 2030 – prévention 2010, INPES, 2010, p.2, [visité le 15 mai 2012], disponible sur Internet : http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/etude_prospective_sante.pdf

(BVR) sont mises en œuvre pour les seniors déjà à la retraite depuis plusieurs années, poursuivant les mêmes objectifs que les actions Bienvenue à la Retraite.

L'évaluation de ces actions internes est menée en lien avec l'Observatoire, ce qui permet par ailleurs un ajustement des pratiques. La coordination des services à ce niveau permet notamment d'établir des profils type des participants afin de percevoir les caractéristiques des seniors, dans le but d'adapter le mieux possible les actions à leurs besoins. Cette coopération permet également de faire une analyse sur le plan géographique en analysant les distances parcourues par les participants pour se rendre à l'action proposée. Elle contribue à affiner les connaissances des logiques et comportements des seniors qui se mettent en place en ce qui concerne la prévention.

Des relations conventionnelles ont été par ailleurs engagées sur la base du repérage des seniors à risque de fragilité notamment avec certains CLIC de la région et des associations locales, en vue de cibler les publics des actions qu'ils mettent en œuvre au sein de leurs territoires d'intervention.

2.3.2 Agir sur les territoires

D'autre part, grâce à l'identification possible des territoires à risque de fragilité, la Carsat a décidé d'agir en direction de ceux-ci. Pour cela, l'organisme a mobilisé des ressources financières et active donc un levier pour impulser des actions en lien avec les acteurs de terrain déjà présents sur les territoires. Ainsi au travers d'un appel à projet sur la prévention des risques du vieillissement en faveur de personnes de plus de 55 ans fragilisées ou à risque de perte d'autonomie, la Carsat encourage et accompagne les acteurs à agir en priorité sur les territoires identifiés à risque de fragilité. En s'entourant de professionnels et d'institutions reconnus dans le champ des politiques vieillesse dès le processus d'observation de la fragilité, la Carsat a renforcé sa légitimité auprès des acteurs opérationnels pour agir en direction des seniors et territoires à risque de fragilité.

L'identification de territoires prioritaires permet également d'affiner la stratégie d'action du service d'Action Sociale. En effet, au vu des ressources limitées, le service d'Action Sociale a besoin d'élaborer un nouveau critère de priorisation dans son processus d'attribution des aides. A ce titre, les Plans d'Aide Personnalisé (PAP) sont d'abord déclinés sur les territoires à risque de fragilité. A cet égard, nous soulignons à nouveau la fonction de pilotage de l'observation.

Le fait que la Carsat soit une structure d'action permet à l'Observatoire de trouver directement une traduction opérationnelle des orientations issues de l'analyse. Nous avons pu constater que la légitimité de la Carsat à agir en matière de prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile a permis à l'Observatoire d'avoir un impact

sur les actions menées sur les territoires, en lien avec les partenaires. Nous pouvons donc confirmer que l'observation est un outil de pilotage des actions en direction des seniors et des territoires identifiés à risque de fragilité.

La mise en perspective des différentes étapes développées par l'Observatoire régional des situations de fragilité de la Carsat-LR a permis d'identifier les freins et les leviers qui mettent en exergue l'impact de l'observation en tant qu'outil d'aide à la décision et de pilotage des politiques d'action sociale de la Carsat, dans le but de prévenir la perte d'autonomie et de favoriser le maintien à domicile.

Néanmoins, certaines limites persistent au sein de ce dispositif d'observation, elles impliquent la nécessité d'envisager la mobilisation de moyens supplémentaires.

Des limites à dépasser : le rôle clé des acteurs du système de santé

Ce dernier temps de l'analyse va nous permettre de percevoir la manière dont l'Observatoire va pouvoir influencer sur les décisions et actions à venir. Notamment grâce aux différentes démarches amorcées ou à envisager, qui s'intègrent au processus d'observation.

3.1 Vérifier la pertinence des facteurs de risque de fragilité : s'assurer de l'efficacité de la démarche d'observation

Suite à l'élaboration de l'Atlas de la fragilité, il paraît pertinent de percevoir si la démarche adoptée, les facteurs de risque sélectionnés et l'indicateur élaboré par le processus mis en œuvre par l'Observatoire permettent de détecter une situation effective de fragilité. Autrement dit, il s'avère nécessaire de s'assurer que le risque de fragilité mesuré recouvre des situations de fragilité au niveau individuel et territorial. Cette étape est d'autant plus importante que l'analyse de la fragilité de l'Observatoire, comme souligné précédemment, a un impact sur les décisions et actions des politiques de la Carsat.

Face à certaines limites qui tiennent à la fois à la complexité de la notion de fragilité, à la restriction de cette notion aux dimensions économiques et sociales dans les politiques d'action sociale de la Carsat, mais aussi à la nature des critères disponibles au sein des bases de données de la Carsat et de ses partenaires, les résultats et l'analyse menée par l'Observatoire doivent pouvoir être confortés par une étude de terrain.

3.1.1 Une étude de terrain : Objectifs et méthode

La Carsat envisage de mobiliser à nouveau les compétences de l'organisme d'étude et de recherche Géronto-clef.

Une nouvelle étude doit alors être menée avec deux objectifs principaux. Il s'agit d'une part, de percevoir la capacité des facteurs de risque à détecter une situation individuelle de fragilité et d'autre part d'évaluer la capacité de l'indicateur composite à détecter la fragilité territoriale, au sens de la fragilité économique ou liée à l'isolement social. Autrement dit, l'étude doit permettre d'évaluer la capacité des traceurs sélectionnés à révéler la fragilité au sens où elle est entendue dans les politiques d'action sociale de la Carsat. L'étude doit poursuivre un objectif secondaire qui consiste à évaluer la capacité de ces traceurs d'ordre économique et social à révéler une situation de

fragilité de manière plus globale, en intégrant l'ensemble des dimensions de cette notion développées dans la littérature.

Le protocole d'accord en cours d'élaboration prévoit de valider l'observation au niveau individuel, en comparant le classement obtenu par l'application des facteurs de risque de fragilité à celui d'une référence qui serait définie en utilisant des critères plus précis et plus nombreux, reposant sur une batterie de questions concernant la fragilité, obtenus directement auprès d'un échantillon de personnes. Dans ce type de démarche, il s'agit de déterminer le pourcentage de « vrais positifs » (VP) parmi l'ensemble des personnes fragiles définies par l'investigation de référence (VP+FN) (sensibilité) et le pourcentage de « vrais négatifs » (VN) parmi l'ensemble des personnes non fragiles définies par l'investigation de référence (VN+FP) (spécificité).

Figure 3 : Schéma général de la validation de l'indicateur au niveau individuel

Indicateur CARSAT de fragilité	Observation de référence par enquête		TOTAL
	Enquête positive	Enquête négative	
Test Positif	VP	FP	
Test négatif	FN	VN	
TOTAL	VP + FN	FP + VN	

Source : Protocole d'accord de l'étude (Document interne)

VP = vrais positifs : L'indicateur Carsat l'a considéré comme « fragile » et l'enquête à domicile a confirmé ce classement

FP = faux positif : L'indicateur Carsat l'a considéré comme « fragile » mais l'enquête à domicile a démenti ce classement. Il s'agit d'un sujet « pris en trop » en raison d'un défaut de spécificité de l'indicateur.

FN = faux négatif : L'indicateur Carsat ne l'a pas considéré comme « fragile » mais l'enquête à domicile a démenti ce classement et l'a classé dans la catégorie « fragile ». Il s'agit d'un « oubli » consécutif à un défaut de sensibilité de l'indicateur.

VN = vrai négatif : L'indicateur Carsat ne l'a pas considéré comme « fragile » et l'enquête à domicile a confirmé ce classement.

En ce qui concerne la validation de la cartographie différenciant des territoires de fragilité ayant un pourcentage élevé de personnes en situation de fragilité et des territoires ayant un pourcentage modéré ou bas de personnes âgées en situation de fragilité. Il s'agit dans ce cas de vérifier que le pourcentage des personnes fragiles est effectivement plus élevé dans les zones considérées comme fragiles, par rapport aux autres zones identifiées comme moyennement ou faiblement à risque de fragilité. Pour cela, il faut

sélectionner un échantillon de personnes âgées dans chacune de ces zones, afin d'estimer le pourcentage des personnes remplissant les critères de fragilité (définis par la méthode de référence). Il s'agit de vérifier que ce pourcentage est du même ordre de grandeur que celui qui avait été observé en appliquant l'indicateur Carsat.

La population à l'étude est constituée de l'ensemble des personnes de 55 à 74 ans vivant à domicile ou en foyer logement (hors EHPAD), ayant validé leur retraite au plus tard au 31 décembre 2011, dans le cadre de la Carsat.

Afin d'optimiser les coûts afférents à ces deux sortes de validation, l'étude va être menée en une seule investigation sur le terrain sur un échantillon unique, en choisissant des effectifs suffisants pour conduire les deux sortes d'analyse (validation individuelle de l'indicateur et validation collective territoriale du classement des territoires obtenu par l'indicateur).

Deux échantillons de la population visée seront constitués :

- Le premier échantillon sera sélectionné au hasard, parmi l'ensemble des personnes ayant validé leur retraite en 2012 auprès de la Carsat-LR et habitant une zone à fort risque de fragilité définie par la méthode d'agrégation reposant sur l'indicateur Carsat de fragilité³³
- Le second échantillon sera constitué de deux sous échantillons qui seront tirés au hasard parmi l'ensemble des personnes ayant validé leur retraite en 2012 et habitant respectivement dans une zone à moyen ou faible risque de fragilité, définies par la méthode d'agrégation reposant sur l'indicateur Carsat.

Géronto-clef, en se basant sur la table statistique a défini le nombre de sujets nécessaires pour différencier un pourcentage de 40% et un pourcentage de 60%, qui correspond à la différence de pourcentage de personnes à risque de fragilité entre les zones à fort risque de fragilité et les autres zones identifiées à moyen et faible risque de fragilité³⁴. Ainsi, 130 personnes seront sélectionnées au hasard dans chaque zone d'enquête, soit au total 260 sujets. Pour l'échantillon des 130 personnes vivant en « zones non-fragiles » il sera sélectionné au hasard 65 personnes vivant dans une zone à moyen risque de fragilité et 65 personnes dans une zone à faible risque de fragilité. Sur la base de cet effectif d'échantillon, environ 130 sujets fragiles (soit 78 en zone prioritaire et 52 en zone non prioritaire) et 130 sujets non fragiles (soit 52 en zone prioritaire et 78 en zone non prioritaire), seront sélectionnés pour conduire l'analyse de validation individuelle (sensibilité et de spécificité) de l'indicateur Carsat. Cette opération d'échantillonnage sera effectuée par les services de la Carsat-LR. Deux territoires correspondant aux zones visées seront sélectionnés dans la proximité de Montpellier afin de minimiser les déplacements. Dans chacun de ces territoires, la Carsat sélectionnera au hasard le

³³ Soit : (1) Etre bénéficiaire du minimum vieillesse ; (2) Etre exonération de la CSG ; (3) Avoir un état matrimonial associé à risque d'isolement social (célibataire, divorcé, séparé, veuf, conjoint disparu)

³⁴ Avec des risques de première et de seconde espèce de 0,05.

nombre souhaité de sujets en ajoutant une réserve afin de remplacer les sujets hors enquête (décédés, déménagés ou n'habitant pas à l'adresse indiquée).

Les informations permettant d'identifier les personnes cumulant les facteurs de fragilité, seront recueillies par une enquête postale par auto-questionnaire et par une enquête en face à face, administrée par des enquêteurs se rendant au domicile des sujets n'ayant pas répondu à la sollicitation postale.

3.1.2 La construction de l'outil d'enquête : une étape importante

Il est nécessaire que le questionnaire soit construit de manière à récolter les données qui constitueront le matériau à partir duquel toute l'analyse sera élaborée.

Nous pouvons préconiser une construction de l'outil en deux parties distinctes. Une première partie de questions relevant des dimensions économiques et sociales de la fragilité, qui permettra de valider l'observation de la fragilité telle qu'elle est entendue par la Carsat. Une seconde partie de l'outil serait constituée pour évaluer la fragilité de la personne sur d'autres dimensions (morbidity, état de santé, santé perçue, environnement, habitat, etc.). Pour permettre de construire un outil d'évaluation de la fragilité efficace, il sera nécessaire d'appréhender les aspects permettant de définir cette notion difficile et subtile. Pour cela il conviendra de prendre en compte les éléments de définition proposés par le groupe national d'experts CNAV et l'ensemble des travaux menés sur cette notion.

A cet égard, il est suggéré que la construction de l'outil s'articule autour des variables concernant la dimension socio-économique de la fragilité, telles que l'éligibilité aux minimas sociaux, le recours aux droits, l'absence de couverture sociale ; des variables concernant la composante de vulnérabilité sociale telles que l'isolement social ou la situation d'aidant. Dans un second temps, des variables concernant les aspects sanitaires de la fragilité, telles que la mauvaise santé globale ressentie, l'expression de mauvaise santé subjective (douleur, réactions émotionnelles, troubles du sommeil, etc.) ou encore les variables environnementales contribuant à la fragilité, telles que l'inadaptation du logement, l'éloignement aux lieux de vie sociale, etc.

Nous pouvons également préconiser la mobilisation de grilles d'évaluation élaborées pour évaluer la fragilité. Plusieurs outils ont déjà été testés et validés scientifiquement. L'article de Sylvie Renault³⁵ paru dans la revue *Gérontologie et société* fait état de la difficulté à construire un indicateur de fragilité. L'auteur s'appuie notamment sur les échelles de Strawbridge *et al.* et de Guilley *et al.* pour évaluer la fragilité selon les approches fonctionnelle, médicale et physiologique ainsi que sur l'échelle de Katz et Lawton pour évaluer les activités instrumentales de la vie quotidienne. D'autre part,

³⁵ RENAUT S., 2004, « Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille AGGIR », *Gérontologie et société*, vol.2, n°109, p. 83 à 107

l'étude prend en considération les facteurs contextuels, personnels et environnementaux de la fragilité en mobilisant certaines données issues de l'enquête Handicap, Incapacités et Dépendance ³⁶(HID). Nous pouvons alors suggérer d'appuyer la réflexion sur le corpus de questions disponibles dans ces grilles.

De la même manière, la construction du questionnaire peut être enrichie des travaux menés par Speechley qui a construit un outil d'évaluation en définissant des critères de fragilité et de vigueur. La personne fragile est identifiée si au moins quatre facteurs de fragilité et si moins de deux facteurs de vigueur sont présents. Le phénotype de la fragilité de Fried *et al.* est également scientifiquement validé pour évaluer la fragilité sur ces dimensions physiques, physiologiques et fonctionnelles. D'autres travaux ont été menés par Campbell qui considère l'interaction entre l'individu et l'environnement comme élément central du concept de fragilité. Aussi, nous pouvons envisager de mobiliser l'auto-évaluation de l'incapacité et les tests mesurant l'altération cognitive élaborés par Rockwood. De même, la grille d'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé ³⁷(EPICES) peut également être intégrée au sein de la première partie du questionnaire.

Les outils d'évaluation de la fragilité sont nombreux, du fait même que la fragilité reste difficilement saisissable au sein d'un indicateur unique. Ce questionnaire n'a donc pas la volonté de définir de manière exhaustive les facteurs de fragilité mais d'envisager l'intégration d'autres critères qui pourraient être disponibles au travers des données administratives. Cela implique d'envisager la construction du questionnaire en tentant d'être au plus proche de ces outils ayant déjà démontré une validité scientifique. A cet égard, nous pouvons proposer de construire le questionnaire autour des facteurs contextuels, personnels et environnementaux, de la mobilité, des capacités sensorielles et de l'autonomie.

3.1.3 L'analyse et les impacts sur les décisions et actions de la Carsat

Selon le protocole d'accord de l'étude, une première analyse des résultats obtenus consistera à comparer la fréquence des personnes considérées comme fragiles par le biais du questionnaire, entre la zone « prioritaire » et la zone « non prioritaire » définies par l'indicateur Carsat. Ainsi, il sera vérifié si la différence entre les deux zones est statistiquement significative (au seuil 5%).

³⁶ L'enquête HID a été menée par l'INSEE en 1998-1999 sur la population âgée de 75 ans et plus à domicile.

³⁷ Le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé (Cetaf), les Centres d'Examens de Santé et l'école de santé publique de Nancy ont mis au point le score EPICES. Sa construction et sa validation ont fait l'objet de plusieurs publications scientifiques, dont la première a été publiée en 2006 dans le numéro 14 du BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire).

Ensuite, une seconde analyse portera sur la concordance entre la classification des individus fragiles/non fragiles obtenue par l'indicateur Carsat et par la variable de fragilité prise pour référence, construite avec les données de l'enquête à domicile. En pratique, il s'agira de dresser le tableau permettant d'estimer l'importance des faux positifs et des faux négatifs obtenus par l'indicateur Carsat.

Nous pouvons alors tenter d'anticiper les effets des résultats de cette étude sur les décisions et les actions de la Carsat et des partenaires. En effet, si les facteurs de risque permettent de détecter une situation de fragilité individuelle, la stratégie de la Carsat qui consiste à inviter les seniors à partir des méthodes de requêtage élaborées, pourra être validée. Dans le cas inverse, il sera nécessaire d'envisager d'autres méthodes permettant de repérer les situations de fragilité et suspendre le ciblage individuel des publics bénéficiaires des actions de la Carsat.

Dans l'hypothèse où l'étude mettrait en exergue que l'indicateur composite construit par la Carsat permet de révéler une fragilité territoriale, la Carsat pourrait alors poursuivre la mise en œuvre et l'impulsion d'actions de prévention sur les territoires identifiés à risque de fragilité. Dans le cas contraire, il serait nécessaire de repenser le découpage territorial ou de manière plus large de se questionner sur la pertinence du ciblage territorial.

Nous pouvons faire émerger de ces hypothèses, des stratégies d'actions possibles à l'avenir. En effet l'étude peut montrer une efficacité des facteurs de risque à détecter une situation de fragilité uniquement au niveau individuel. Cela impliquerait que la Carsat cible son public uniquement par le biais du requêtage et de l'invitation individualisée aux actions de prévention. L'étude peut également apporter la preuve que seul l'indicateur de fragilité construit par l'Observatoire est validé pour révéler des territoires fragilisés ce qui induirait une orientation de la stratégie de la Carsat vers le développement d'actions tout public au sein des territoires identifiés à risque de fragilité.

L'étude peut valider à la fois les facteurs de risque individuels et l'indicateur composite, ce qui permettrait à la Carsat de renforcer ses stratégies de ciblage de la population tant au niveau individuel que territorial.

D'autre part, en ce qui concerne la seconde partie de l'étude, si elle permet de démontrer que les dimensions économiques et sociales de la fragilité sont des traceurs pertinents pour détecter la fragilité fonctionnelle, cognitive, bio-médicale et/ou environnementale ; il pourra être envisagé par la Carsat d'élargir le travail en partenariat à d'autres acteurs ayant la compétence pour mener des actions de prévention de la perte d'autonomie spécifiquement sur ces dimensions de la fragilité. En effet, si la fragilité environnementale est révélée par les facteurs de risque d'ordre économique et social, il pourrait être envisagé de travailler de manière plus approfondie avec le service d'action

sociale. Celui-ci octroie des aides pour l'adaptation du logement et l'amélioration du cadre de vie, ce qui permettrait de parvenir à un ciblage pro-actif et efficace des publics pouvant prétendre à ce type de prestations. Il pourrait également être envisagé dans ce cadre, de travailler en partenariat avec les Conseils Généraux, les CCAS ou les associations locales qui octroient les prestations de Fonds Social liés au Logement (FSSL), l'Agence Nationale de l'habitat (ANAH) ou encore avec les municipalités qui peuvent aussi intervenir en ce domaine.

De la même manière, dans le cas où les facteurs de risque de l'Observatoire permettraient de détecter une fragilité fonctionnelle, la Carsat pourrait être amenée à mieux cibler les publics des actions de prévention. En favorisant par exemple, le travail en partenariat avec les professionnels de santé, l'ARS, les Conseils Généraux, les mutuelles, les associations locales, qui sont des acteurs à considérer en matière de prévention et de promotion de l'activité physique et de l'alimentation. Ceux-ci apparaissent comme des moyens efficaces de prévention des incapacités et de la dépendance.

Cette étude sera alors riche d'enseignements qui seront à prendre en considération dans les différents processus de décision et de développement des actions de prévention menées par la Carsat et ses partenaires.

3.2 Mutualiser les moyens

Dans un contexte de ressources limitées, la démarche d'observation de la fragilité implique une mutualisation des moyens à plusieurs niveaux qui constitue alors une perspective de travail importante à investir. Cette mutualisation favorise d'une part la diffusion de la connaissance acquise par le processus d'observation de la fragilité, et d'autre part le partage de connaissances issue des expériences diverses menées sur le territoire. De manière globale, le partage de points de vue et d'expériences s'avère nécessaire pour pouvoir appréhender le concept de fragilité.

3.2.1 Diffuser l'information

Un axe important de mutualisation est amorcé au sein de la Carsat-LR, il s'agit d'un travail inter-Carsat, avec les Carsat des régions Midi-Pyrénées et Centre. Les échanges au sein de ce groupe de travail constitué doivent permettre d'aboutir à une définition commune de la fragilité, afin de construire un indicateur intégrant les différentes dimensions appréhendées par chacune des caisses.

A la suite de ce travail d'échange et de partage d'expériences, l'objectif de cette mutualisation est notamment le déploiement d'un Système d'Informations Géographiques

(SIG) en vue de l'exploitation et de l'affichage en ligne des données extraites par les Observatoires.

La mutualisation à ce niveau permet aux Observatoires de posséder un outil que les caisses ne pourraient pas acquérir individuellement, au vu du coût financier de celui-ci, de l'investissement en temps et en ressources humaines que cela implique ; notamment pour mener les réflexions sur la notion de fragilité ou encore pour procéder au formatage initial du logiciel nécessaires à la mise en place d'un projet d'une telle ampleur. Le gain de temps que représente l'acquisition d'un tel outil est un levier qui apparaît essentiel pour permettre aux Observatoires d'avoir un impact plus marqué quant à l'orientation des actions en ayant notamment davantage de moyens à consacrer à l'analyse des données.

Ce SIG vise à être un outil de pilotage des actions internes aux Carsat, mais aussi externes. Les partenaires ayant la compétence pour agir en direction des publics fragilisés pourront identifier les territoires les plus fragilisés, mais pourront aussi faire leur propre diagnostic en ayant à disposition les données relatives à leur territoire d'intervention. A ce titre, le SIG permet aux partenaires d'adapter leurs actions aux caractéristiques de la fragilité de leur territoire. C'est un moyen de diffusion des informations qui permet aux acteurs de s'approprier la connaissance créée.

En outre, l'Observatoire doit pouvoir élargir son diagnostic en intégrant les données relatives aux retraités du Régime Social des Indépendants (RSI) et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). En empruntant cette voie, l'Observatoire s'inscrit en région, dans la volonté du Plan PAPA d'élargir le diagnostic à l'inter-régime.

L'intérêt de ce deuxième axe de travail en partenariat est d'avoir une vision de la fragilité de la population retraitée de manière plus large, en effet, en région, le Régime Général est majoritaire. Les retraités du Régime Général représentent 83,64% de la population retraitée. Mais selon les départements ce taux varie de 70,35% en Lozère à 86,26% dans l'Hérault. Ainsi, l'inter-régime offre la possibilité d'avoir un diagnostic plus fin, en intégrant près de l'ensemble de la population retraitée et donc de prendre en considération ces spécificités territoriales dans la répartition de la fragilité.

Ce travail de partenariat doit déboucher ainsi sur un appel à projet inter-régime qui permet de mutualiser les ressources nécessaires à l'impulsion d'actions adaptées aux besoins de l'ensemble des retraités sur les territoires.

3.2.2 Intégrer l'information issue des expériences des autres acteurs et pérenniser l'Observatoire

Une initiative interne à la Carsat-LR permet de prévoir l'élargissement du diagnostic de la fragilité en intégrant les domaines de la prévention sociale et de la santé au travail.

Ce développement répond aussi à la prise en compte de l'approche dynamique du concept de fragilité. En effet, les points qui font consensus quant à la notion de fragilité, comme le souligne l'article déjà cité de la Revue Gérontologie et Société, révèlent que le concept de fragilité ne concerne pas uniquement les personnes âgées, c'est un processus qui s'inscrit tout au long de la vie des individus. La fragilité suit donc un processus dynamique qui évolue. A cet égard, elle intègre le contexte particulier de chaque individu qui doit donc être pris en compte dès la phase d'observation de la fragilité. Ainsi, les données relatives aux arrêts de travail et des maladies professionnelles, à l'invalidité, ou aux signalements de sorties d'hospitalisation et aux Affections de Longue Durée (ALD) pourront être analysées. De même, les données relatives à l'accès et au recours aux soins pourraient être intégrées dans l'analyse de la fragilité en région. En effet, les données relatives aux personnes bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), ou celles relatives aux personnes qui n'adhèrent pas à une complémentaire santé, n'ayant pas déclaré de médecin traitant, qui n'ont pas eu recours aux soins ou ayant été hospitalisées au moins une fois au cours des douze derniers mois sont autant d'informations qui peuvent caractériser des facteurs de risque de fragilité. L'exploitation de ces données participerait à la volonté de répondre de manière adaptée aux besoins ainsi identifiés.

Cet axe de travail donne une légitimité supérieure à l'Observatoire qui devient alors un outil de pilotage de l'ensemble des actions de la Carsat et non plus uniquement des politiques de prévention des effets du vieillissement. Nous pouvons percevoir ici, un enjeu de pérennisation de cet outil.

De plus, cela constitue une opportunité pour parvenir à une approche globale de la fragilité en confrontant les dimensions sociales, économiques, sanitaires et plus largement environnementales.

Mais cette initiative reste encore difficile à mettre en pratique, du fait des contraintes de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) qui imposent un traitement anonyme des données. Un dossier a été déposé par les échelons nationaux (CNAMTS/CNAV) afin de permettre un appariement respectant les règles d'anonymat des bases Retraite et Maladie, ce qui devrait pouvoir permettre à l'Observatoire d'avancer sur ce chantier.

De manière globale, l'Observatoire doit pouvoir s'inscrire dans une véritable démarche partenariale au sein de la région, notamment en intégrant les acteurs du territoire dès la phase d'observation. En effet, nous pouvons évoquer la nécessité d'intégrer les analyses des Conseils Généraux, acteurs incontournables des politiques vieillesse, dans la démarche de diagnostic de la fragilité. En effet, même si les deux politiques sont élaborées en vue de distinguer la prise en charge de la dépendance et la prévention de la perte d'autonomie, il est nécessaire de prendre en considération que ces deux champs d'action sont très liés. Cette démarche pourrait alors s'inscrire dans une volonté de décloisonnement de la prise en charge des personnes âgées.

De même, l'Agence Régionale de Santé doit pouvoir apporter sa connaissance des territoires issue de l'élaboration des schémas régionaux de santé, du Projet Régional de santé (PRS) et du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui ont impliqué des démarches d'observation et d'élaboration de diagnostics, notamment sur l'offre de soins qui peut constituer un facteur de fragilité territoriale.

L'Observatoire pourrait également prendre en compte la connaissance des publics et des territoires issue des établissements de santé, des associations locales, des professionnels de santé au sens large, qui en étant au plus près des populations, peuvent faire remonter des besoins liés à des spécificités locales qu'il n'est pas possible d'observer et d'analyser par une approche régionale.

L'observation de la fragilité implique un partage des informations qui nécessite la mise en place de multiples partenariats.

3.3 Affiner le diagnostic

Dans l'objectif de répondre de manière adaptée aux besoins des individus ou des territoires repérés fragilisés, il semble pertinent d'approfondir le diagnostic de la fragilité. Pour cela, il paraît intéressant de rappeler que l'observation sanitaire et sociale tend aussi « à qualifier les conditions de vie et les besoins sociaux », comme le souligne Y. Rayssiguier dans sa définition présentée précédemment. A cet égard, pour prétendre à une démarche d'observation plus exhaustive, l'Observatoire pourrait intégrer au diagnostic de la fragilité, les constats résultant d'une étude qualitative de la fragilité en région. En effet, cela permettrait de recueillir la dimension subjective de la fragilité qui, comme nous l'avons souligné par ailleurs, n'a pas pu être considérée jusqu'alors au sein de l'analyse de la fragilité menée par la Carsat.

3.3.1 Intérêts d'une étude qualitative

Nous pouvons alors envisager la réalisation d'une enquête par entretiens semi-directifs, auprès des personnes de 55 à 74 ans elles-mêmes. En effet les monographies qui en résulteraient pourraient permettre d'identifier à la fois les difficultés qu'elles rencontrent, les ressources objectives dont elles disposent, la manière dont elles les mobilisent, mais aussi les représentations qu'elles en ont, en vue de percevoir les besoins liés à une fragilité au niveau individuel.

Cette étude pourrait également recueillir la perception des professionnels au contact des publics fragilisés intervenant sur les territoires, tels que les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les professionnels intervenant à domicile. D'autre part, les associations, les mutuelles et les élus locaux peuvent également être des interlocuteurs à intégrer dans ce type d'étude pouvant être les relais des besoins des populations sur les territoires et ainsi permettre d'identifier les besoins spécifiques liés à une fragilité territoriale.

Il apparaît important de percevoir de quelle manière les facteurs de fragilité entre en relation les uns avec les autres, pour mettre en exergue comment certains peuvent favoriser ou ralentir les effets du vieillissement selon les individus au sein d'un contexte de vie particulier. En effet, les difficultés peuvent s'accumuler et ainsi nourrir un cercle vicieux de fragilisation. Mais les personnes peuvent aussi développer des projets nouveaux, trouver ou retrouver du sens à leur vie, reprendre plaisir au travers de la découverte d'activités, de relations affectives ou encore d'engagements sociaux. En apportant des éléments permettant de mieux appréhender la complexité qui caractérise les relations entre les conditions de vie et les conduites personnelles et collectives, il deviendrait possible alors de préciser la manière dont se structurent les rapports entre les sujets, leurs comportements et leur environnement, en identifiant les logiques des réseaux sociaux auxquels ils s'intègrent et les pressions relationnelles qui peuvent s'y exercer.

Il semble donc pertinent d'investiguer pour comprendre la façon dont les personnes évaluent leurs capacités internes et/ou leurs ressources externes pour élaborer des solutions ou s'adapter aux difficultés qu'ils rencontrent avec l'avancée en âge. Les éléments à recueillir pourraient alors être de l'ordre des relations sociales et familiales, en terme d'intensité plus que de fréquence, mais aussi de l'ordre du sentiment d'intégration, en tentant de saisir l'appréciation que la personne donne de sa position sociale et de ses difficultés d'adaptation. Cela implique de manière plus large d'introduire les dimensions fondées sur l'identité, le projet de vie pour les années à venir et les volontés et aspirations quant aux différents domaines de la vie quotidienne. Ces éléments

sont difficilement perceptibles par le biais d'une étude basée sur un questionnaire, comme il est envisagé de le faire lors de la validation de l'indicateur Carsat.

3.3.2 Envisager les impacts de ce type d'étude sur les décisions et actions de la Carsat

Cette analyse qualitative peut apporter des éléments appréciables en vue d'aider à la décision notamment au niveau du contenu des actions de prévention. En effet, à ce jour les actions de prévention de la perte d'autonomie se cristallisent autour des thématiques de la nutrition, des activités physiques, de l'accès à la santé, du lien social, du bien-être, etc. Comme l'a souligné le Professeur Ninot, membre du COPEX, lors de la Commission Régionale du Vieillessement ayant eu lieu le 10 mai 2012, la notion d'estime de soi doit être au cœur des préoccupations en matière d'actions de prévention. Ce concept peut être défini comme « une perception consciente de ses propres qualités » (Tesser et Campbell, 1983)³⁸. En effet, l'estime de soi, ce regard que l'on porte sur soi, nous permet lorsqu'il est positif de se sentir bien, d'agir de manière efficace et ainsi de faire face aux difficultés. En ce sens, l'estime de soi est l'élément qui fait lien entre les sujets, leurs comportements, leur environnement et leurs besoins. A ce titre, l'étude de terrain peut être révélatrice des besoins des individus en terme d'estime de soi, afin que les actions de prévention puissent s'adapter et ainsi répondre à ce type de besoin.

Cette démarche peut aussi être un levier pour la définition de la stratégie d'action, renforçant la fonction d'outil de pilotage de l'Observatoire. En effet, selon les besoins repérés, la Carsat pourrait mobiliser ces nouvelles informations en vue d'adapter les actions de prévention menées par l'Espace seniors et le Service Social Régional, mais aussi dans le but d'élaborer de nouveaux critères d'attribution des prestations du service d'action sociale. De manière plus large, ce travail pourrait aboutir à l'impulsion de nouvelles actions de prévention en interne ou en lien avec des partenaires, en intégrant de nouveaux critères dans les futurs appels à projet de la Carsat, qui mobiliseraient la notion d'estime de soi comme fil conducteur des initiatives.

Toutefois, la posture professionnelle implique d'envisager l'étude dans un cadre qui prend en considération les limites inhérentes au contexte dans lequel s'inscrit l'organisme. A cet égard, l'étude doit être construite à partir d'un cahier des charges précis, intégrant les contraintes organisationnelles, non chronophage mais malgré tout permettant une analyse représentative des besoins spécifiques des individus et des territoires.

³⁸ DELIGNIERES D., L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel, p.2, [visité le 5 mai 2012], disponible sur internet : <http://didier.delignieres.perso.sfr.fr/Publis-docs/ISP25.pdf>
Marine Bertuol - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2012

La démarche d'observation est enrichie par la complémentarité d'une approche individuelle et collective. Cette complémentarité permet en effet, d'aider à la décision et au pilotage des politiques de prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile. L'approche collective permet d'identifier les priorités d'intervention et l'approche individuelle permet de percevoir les besoins singuliers de cette population jugée prioritaire. Ainsi les actions peuvent être envisagées de manière à être au plus près des besoins et des attentes des individus.

Nous mettons en valeur au travers de ces diverses démarches amorcées ou à intégrer au sein de l'Observatoire la capacité d'approfondir la fonction d'aide à la décision et de pilotage de l'observation de la fragilité au sein des Carsat.

Conclusion

Avec le vieillissement de la population, le secteur médical a alerté les pouvoirs publics face aux carences de la prise en charge des populations âgées. Les politiques « vieillesse » se sont alors largement développées autour de la notion de dépendance, avec notamment la mise en place de l'APA, dispositif phare des politiques vieillesse, qui a été confiée aux Conseils Généraux.

La CNAV, acteur incontournable depuis la montée en charge des systèmes de retraite, s'est alors positionnée dans la continuité de cette politique dépendance. Un espace d'action s'est créé dans la distinction entre la prise en charge de la dépendance et la prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile, qui constituent aussi des préoccupations politiques majeures. En effet, la CNAV décline ces politiques d'action sociale en direction des personnes qui ne peuvent prétendre au dispositif de l'APA, relevant des GIR 5 et 6. Non dépendantes mais potentiellement fragilisées, ces personnes ont des besoins spécifiques auxquels il convient d'apporter des réponses adaptées. Si conceptuellement la fragilité tarde à faire l'unanimité autour d'une définition univoque, il n'en demeure pas moins une réalité qu'il convient de dépister le plus tôt possible et de prévenir de manière adaptée. A cet égard, la CNAV a besoin de définir et de sélectionner les personnes fragilisées et souligne l'importance de l'observation de la fragilité.

Le Plan PAPA vise cette finalité du ciblage du public fragilisé en impulsant notamment la création des Observatoires des situations de fragilité au sein des organismes locaux, les Carsat. En intégrant le service SPP de la Carsat-LR, qui a en charge ce dispositif d'Observatoire des situations de fragilité, il a été possible de percevoir la manière dont l'observation pouvait permettre d'orienter les politiques et actions de prévention sur le territoire languedocien.

Grâce à une étude exploratoire qualitative basée essentiellement sur la recherche bibliographique et l'observation participante, des éléments de réponse aux questions de recherche, quant à l'organisation et la démarche d'observation, les outils de l'observation ou encore à celles relatives à l'utilité et l'usage de l'observation ont pu être apportés.

L'Observatoire est structurellement organisé au niveau national et local ce qui permet de donner une légitimité indispensable au dispositif et de cadrer la démarche.

La distinction qui est faite entre l'évaluation et l'observation de la fragilité permet de cerner la plus-value de la démarche d'observation. L'observation concède à la notion de fragilité, un caractère opérationnel. Basée sur la notion de risque de fragilité, l'observation permet d'établir un diagnostic global de la situation des individus et des territoires. Cela justifie la mise en exergue de priorités d'intervention qui constituent les

pilliers de l'élaboration d'une politique de santé publique. L'élaboration des priorités d'intervention est essentielle pour tracer les lignes directrices des actions.

Ainsi, l'Observation permet de dépasser les limites liées à la définition de la fragilité et des facteurs de fragilité. La démarche d'évaluation ne permet pas de mettre en œuvre une politique globale de prévention de la perte d'autonomie, même si elle reste indispensable et doit être intégrée dans la démarche d'observation.

La démarche d'observation révèle également l'importance de la prise en compte des dynamiques territoriales, ce qui répond aux volontés actuelles d'ancrer les politiques de santé au centre des territoires. La notion de territoire est mobilisée comme un moyen de parvenir au décloisonnement de la prise en charge qui dépasse les logiques de clivage entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. La notion de fragilité peut également être favorable à ce décloisonnement en se situant à la croisée des approches sanitaires et sociales, ce qui renforce la légitimité de l'intégration de cette notion dans les politiques de santé.

Le processus de construction de la méthode de détection de la fragilité a montré une validité interne. Les différentes étapes ont donné une certaine pertinence aux critères retenus. Les outils mobilisés ont ainsi abouti à une analyse individuelle et territoriale de la fragilité.

L'analyse qualitative des résultats obtenus par cette méthode a révélé les spécificités des territoires. Les résultats ont ainsi pu trouver une résonance dans les décisions et actions de la Carsat et des partenaires mobilisés. Les actions se sont adressées en priorité en direction des publics et territoires identifiés à risque de fragilité. L'inscription des nouvelles données produites permet d'envisager une perspective de pérennisation du dispositif qui renforce par là les liens entre l'observation, la décision et l'action.

Cette étude a donc souligné les apports de la phase d'observation dans le processus de construction et de mise en œuvre des politiques de prévention de la perte d'autonomie.

Cependant, ce travail a également mis en exergue les limites de la démarche d'observation quant à la définition des besoins des personnes à risque de fragilité. Au sein de la Carsat LR, les besoins des populations identifiées à risque de fragilité peuvent se traduire uniquement au travers d'une dimension économique et/ou d'isolement social.

Personnellement, ce travail de mémoire a été enrichissant, me permettant de m'approprier la double complémentarité des approches individuelles et collectives et des approches qualitatives et quantitatives. Ces réflexions constituent des éléments clés pour tenter d'affiner ma perception des enjeux économiques, politiques et sociaux qui

interagissent dans les pratiques professionnelles des acteurs du travail social et du secteur sanitaire.

En outre, l'expérience vécue au travers de la mission confiée au sein du service SPP de la Carsat-LR a été l'occasion de mettre en pratique les connaissances et compétences acquises tout au long du cursus de formation et ainsi de confronter mes représentations avec la réalité des exigences du terrain, en vue d'acquiescer un positionnement professionnel.

Les limites de cette étude tiennent à la différence de temporalité entre le processus d'observation inscrit à la Carsat-LR et celui de la formation. En effet, les résultats de l'étude de validation de l'indicateur de risque de fragilité développé par la Carsat, ne seront disponibles qu'au cours de l'année 2013. Ils auraient pu être des éléments supplémentaires à mobiliser afin d'appréhender la pertinence des critères retenus et pour analyser les freins et les leviers de la méthode de détection de la fragilité.

La capacité de détecter une situation de fragilité au niveau individuel et territorial, par la seule considération des critères économiques de l'attribution des minimas sociaux, de l'exonération de la CSG et du risque d'isolement social appréhendé au travers de la situation matrimoniale déclarée lors du passage à la retraite, peut être mise en doute. A cet égard, il peut être envisagé d'intégrer des éléments caractérisant l'environnement des personnes d'une part, notamment en vue de quantifier et qualifier les dynamiques territoriales dans le processus de fragilisation individuelle. Aussi, il peut apparaître nécessaire de prendre en compte des critères permettant de qualifier la situation de fragilité, pour pouvoir envisager des réponses de prévention individualisées et adaptées aux besoins des individus.

Face à ces limites, il a été préconisé d'approfondir la mutualisation des moyens et le travail en partenariat afin d'intégrer la connaissance des acteurs du territoire et ainsi affiner le diagnostic.

La démarche d'observation paraît être cohérente et pertinente en vue d'un pilotage stratégique des actions en direction des personnes fragilisées. Néanmoins, la réflexion peut être élargie en faisant le constat du développement des démarches d'observation. Cela a favorisé une meilleure connaissance de manière générale des situations et des besoins sanitaires et sociaux. Et, l'observation apparaît essentielle pour percevoir l'évolution des besoins, en vue de les anticiper pour assurer un pilotage stratégique efficace des politiques de santé publique.

La déclinaison de ces démarches à différents échelons territoriaux et sur des thématiques spécifiques a entraîné une multiplication des lieux d'observation, ce qui

repose la question du décloisonnement. Nous percevons bien tout au long de ce travail la nécessité, mais aussi la difficulté du travail en partenariat. Comment parvenir à rassembler les connaissances ? N'est-il pas nécessaire désormais de construire des diagnostics partagés par tous les acteurs concernés par les problématiques sanitaires et sociales des populations et des territoires ?

Bibliographie

- Ouvrages et articles

- ARMI F., GUILLEY E., 2004, « La fragilité dans le grand âge », *Gérontologie et société*, vol.2, p. 47-61
- ARVEUX I., FAIVRE G., LENFANT L., MANCKOUNDIA P., MOUREY F., CAMUS A., MISCHIS TROUSSARD C., PFITZNERMEYER P., 2002, *La Revue de Gériatrie*, Tome 27, n°7, p. 569-581
- BICKEL J.F., GIRARDIN KECIOUR M., 2004, "De l'impact de la fragilité sur la vie quotidienne", *Gérontologie et société*, vol.2, n°109, p 63-82
- CAMBOIS E., JUSOT F., 2004, « Vulnérabilité sociale et santé », in ALLONIER C., DOURGNON P., ROCHEREAU T., *Santé, soins, protection sociale, IRDES*, 2006, p.41-48.
- Le concept de fragilité. *Corpus Geriatr* 2004 ; 2.
- DRAME M., 2009, *Analyse de la fragilité du sujet âgé au travers de la mortalité dans la cohorte SAFES (Sujet Agé Fragile-Evaluation et Suivi)*, pour l'obtention du grade de Docteur : Université de Reims Champagne-Ardenne, [visité le 3 octobre 2011], disponible sur Internet : <http://ebureau.univ-reims.fr/slide/files/quotas/SCD/theses/exl-doc/GED00000990.pdf>
- DRAME M., JOVENIN N., ANKRI J., SOMME D., NOVELLA J.L., GAUVAIN J.B., BIGE V., COLVEZ A., COUTURIER P., HEITZ D., VOISIN T., DE WAZIERES B., GONTHIER R., JEANDEL C. JOLLY D., SAINT-JEAN R., BLANCHARD F., 2004, « La fragilité du sujet âgé : actualité-perspectives », *Gérontologie et société*, vol.2, n°109, p. 31-45
- DREUIL D., BOURY D., 2010, « Autour du vieillissement : le normal, le pathologique et le fragile. Actualité de Georges Canguilhem », *Ethique et santé*, dossier thématique, n°7, p. 36-41
- ENNUYER B., 2004 « Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles », *Gérontologie et société*, vol.2, n°109, p. 141-154
- FINIELZ E., PIOTET F., 2009, « La problématique de la notion de « fragilité » au cœur d'une politique de prévention de la dépendance » *Lien social et Politiques*, [en ligne], n°62, p. 149-161, [visité le 14 février 2012], disponible sur Internet : <http://id.erudit.org/iderudit/039321ar>
- GONTHIER R., 2000, « Le concept de fragilité : pourquoi est-il essentiel ? », *La Revue de Gériatrie*, Tome 25, n°3, p. 135-138
- HENRARD, J.C., 1997, « Vieillesse et âge – Age et représentation de la vieillesse », *Actualité et dossier en santé publique*, n°21, p. 4, [visité le 9 mars 2012] disponible sur Internet : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-21/ad212229.pdf>
- HOWARD BERGMAN M.D., BELAND PH.D., SATHYA KARUNANANTHAN, SILVIA HUMMEL M.SC., DAVID HOGAN M.D., CHRISTINA WOLFSON PH.D., 2004, "Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité », *Gérontologie et société*, vol 2, n°109, p. 15-29
- LOONES A., DAVID-ALBEROLA E., JAUNEAU P., 2008, « La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures », CREDOC, Cahier de recherche n°256, [visité le 4 octobre 2011], disponible sur Internet : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf>
- LUQUET V., 2010, « La fragilité, une notion particulièrement complexe à appréhender », *documents Cleirppa*, cahier n°35, p. 5-9
- RAYSSIGUIER Y., « L'observation partagée – pour une vigilance stratégique dans le secteur sanitaire et social », *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, Presses de L'EHESP, 2008, in Dossier documentaire, EHESP, 2011

- RENAUT S., 2004, « Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille AGGIR », *Gérontologie et société*, vol.2, n°109, p. 83-107
 - SANTOS-EGGIMAN B., 2008, « Vieillesse et fragilité- Comprendre pour prévenir »- in CURRAT R., LIEBLING C., MEYER M., PANESE F., *in Au fil du temps-Le jeu de l'âge*, catalogue réalisé par la Fondation Claude Verdan, Lausanne, Gollion, Infolio.
 - VLLEZ A., 2004, « Le concept de fragilité dans la législation sociale et médico-sociale », *Gérontologie et société*, vol.2, n°109, p127-140
- Textes réglementaires :
 - Circulaire 27/2010 du 7 septembre 2010 relative au plan de "Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées" (PAPA) : Les orientations et les priorités de populations cibles et d'offres de service
 - Acte réglementaire n°2008 - 05 du 31 mars 2008 modifiant l'acte réglementaire n°2000-09 du 13 avril 2000, Système National Statistiques Prestataires (dossier CNIL n°668716), disponible sur Internet : <https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=5288795503993&ssbinary=true>
- Presse spécialisée :
 - APM INTERNATIONAL « Personnes âgées fragiles : quatre axes de travail dans la mission confiée au Gérontopôle de Toulouse », n°225267, 22 février 2012
 - APM INTERNATIONAL « Perte d'autonomie : installation du comité national de coordination de la politique de prévention », n°225267, 19 avril 2012
- Sites internet
 - AUDRIC S., INSEE, Projections de population en Languedoc-Roussillon à l'horizon 2040. La croissance démographique resterait forte mais se tasserait [visité le 28 avril 2012], disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/languedoc/themes/chiffres/chi1008/chi1008.pdf
 - BIP 40 [visité le 18 février 2012] disponible : <http://www.bip40.org/autour-du-bip40/sante/debat/vulnerabilite-sociale-et-sante>
 - CARDINAL, L., LANGLOIS M.-C., GAGNE D., TOURIGNY A., 2008, *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, page 8, [visité le 10 mai 2012], disponible sur Internet : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillesseSante.pdf.
 - DELIGNIERES D., L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel, [visité le 5 mai 2012], disponible sur internet : <http://didier.delignieres.perso.sfr.fr/Publicdocs/ISP25.pdf>
 - Excel stat, [visité le 12 avril 2012] disponible sur Internet : <http://www.xlstat.com/fr/produits-solutions/fonctionnalite/classification-par-la-methode-des-nuees-dynamiques-k-means.html>
 - INPES, Qu'est ce qui détermine notre état de santé?, [visité le 23 avril 2012], disponible sur Internet : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.as>
 - Ministère de la santé sous la présidence de N. Sarkozy [visité le : 19 février 2012] <http://www.sante.gouv.fr/prevention-de-la-dependance-nora-berra-missionne-le-professeur-bruno-vellas-du-gerontopole-de-toulouse-sur-la-notion-de-fragilite.html>
 - Prospective santé 2030 – prévention 2010, INPES, 2010, [visité le 15 mai 2012], disponible sur Internet : http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/etude_prospective_sante.pdf
 - Tableaux de l'économie française - édition 2011, INSEE, Accroissement de la population [visité le 28 avril 2012], disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F031

Liste des annexes

Annexe 1 : Diagramme des déterminants sociaux de la santé

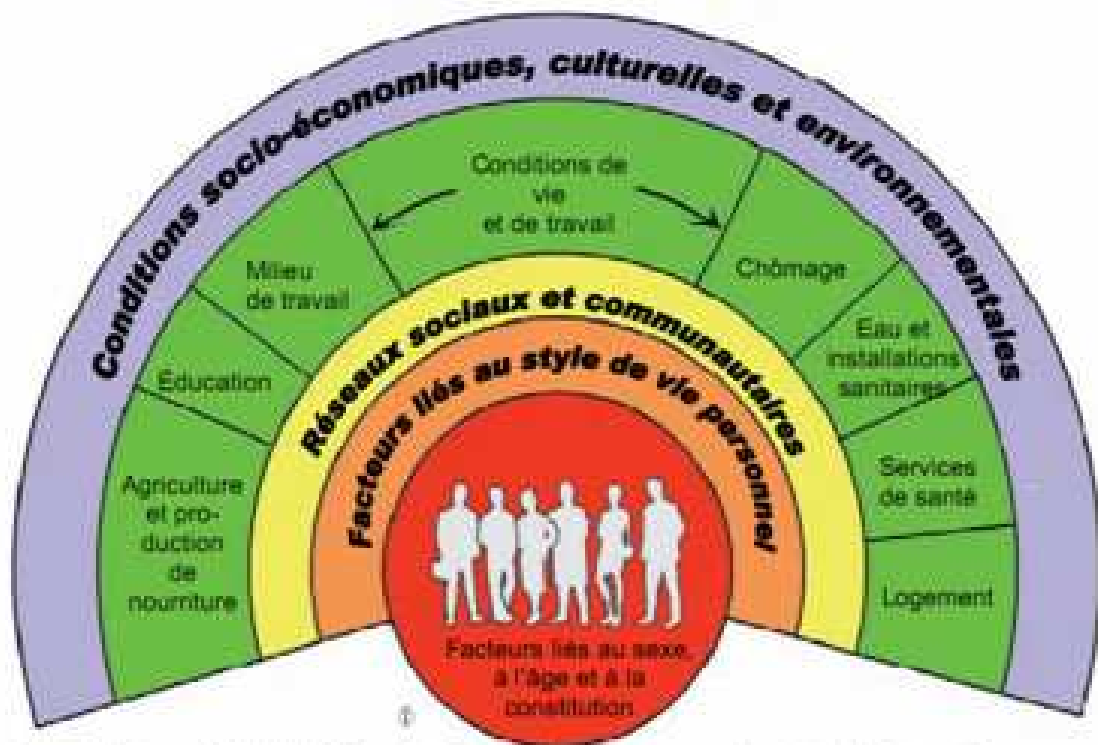
Annexe 2 : L'organisation du Plan PAPA

Annexe 3 : L'organisation de l'Observatoire en Languedoc-Roussillon

Annexe 4 : L'architecture interne de l'Observatoire de la Carsat LR

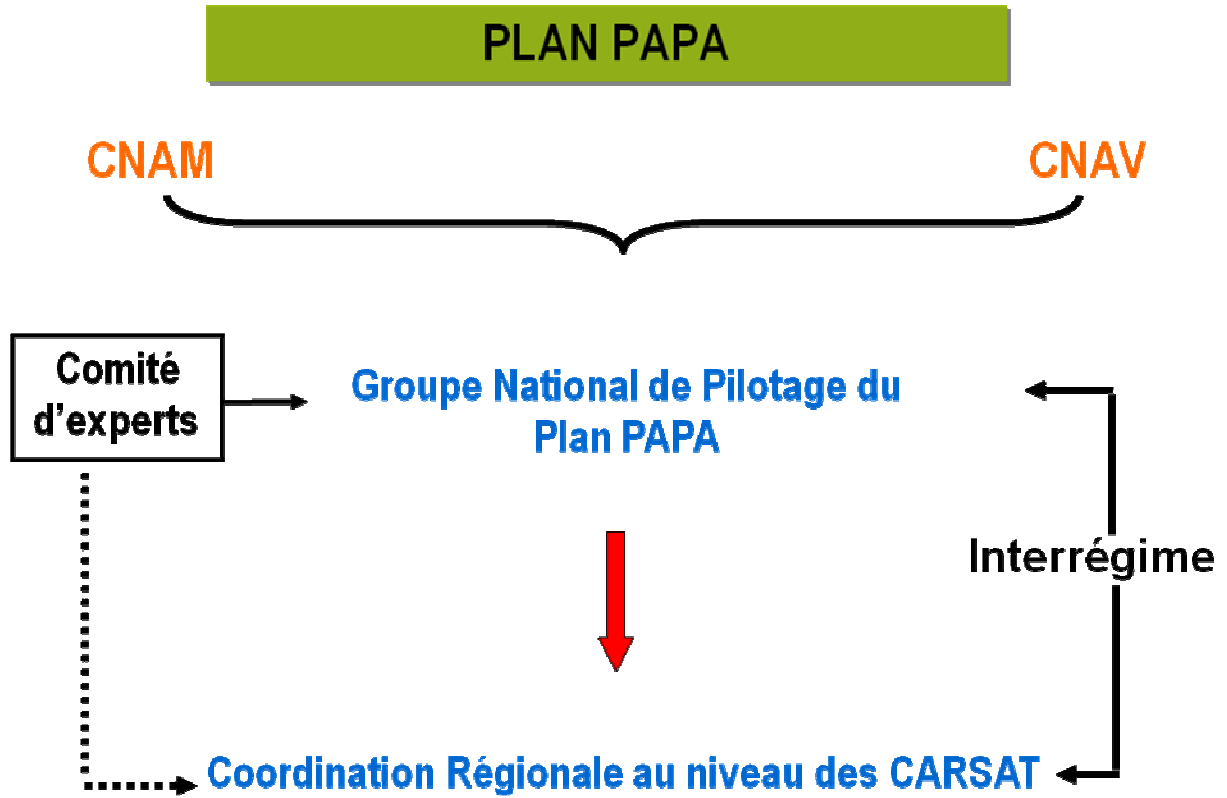
Annexe 5 : Les facteurs de risque par événement

Annexe 1 : Diagramme des déterminants sociaux de la santé

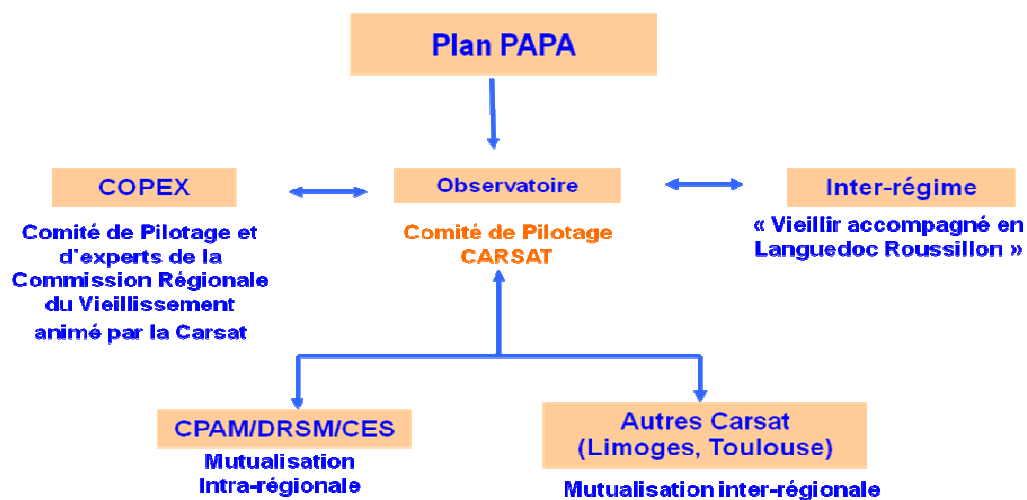


Source: Whitehead M., Dahlgren G. «What can we do about inequalities in health», *The lancet*, 1991, n° 338: p. 1059-1063)

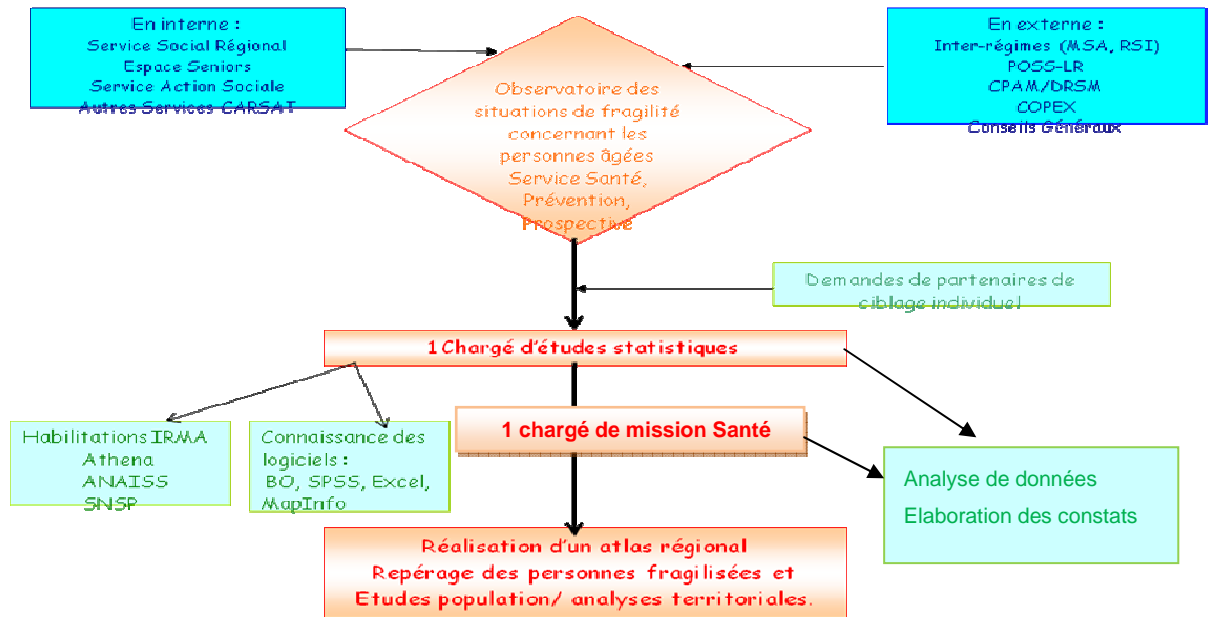
Annexe 2 : L'organisation du Plan PAPA



Annexe 3 : L'organisation de l'Observatoire en Languedoc-Roussillon



Annexe 4 : L'architecture interne de l'Observatoire de la Carsat LR



Annexe 5 : Les facteurs de risque par événement

	Facteurs de risque	Evènements				Total évènements qui sont expliqués par le facteur de risque
		Pathologie organique grave	ALD	Réactions émotionnelles	Dépression diagnostique	
Indicateurs Observatoire	Appartenance à la tranche d'âge des 65-74 ans	X	x			2
	Ressources financières insuffisantes	X	x	x		3
	Retraité supérieur à 1 an	X				1
	Sexe masculin		x			1
	Sexe féminin			x	x	2
	Vit seul			x	x	2
Autres indicateurs	Position d'aidant			x	x	2
	Surcharge pondérale	X	x	x		3
	Aucune activité sportive			x	x	2
	Aucune activité collective		x			1
	Total facteurs de risque qui explique l'évènement	4	5	6	4	

Source : étude « Santé et qualité de vie des Jeunes seniors (55-74 ans) vivant à domicile », Géronto-CLEF

BERTUOL

Marine

4 juillet 2012

Master 2 Pilotage des politiques et actions en Santé Publique

Promotion 2011-2012

La fragilité en Languedoc-Roussillon: De l'observation à la politique

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP / IEP de Rennes

Résumé :

L'Observatoire des situations de fragilité mis en place au sein de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) du Languedoc-Roussillon sert de support à notre travail. Nous nous interrogeons sur la capacité de la démarche d'observation à avoir un impact sur les politiques et actions de prévention de la perte d'autonomie de la Carsat et des partenaires mobilisés. Face à la complexité du concept de fragilité, nous soulignons l'importance de distinguer l'évaluation et l'observation pour parvenir à rendre opérationnelle cette notion au sein des politiques publiques.

De même, est souligné le rôle de chaque étape du processus d'observation pour percevoir l'Observatoire comme un outil d'aide à la décision et de pilotage des politiques de prévention de la Carsat. S'en suivent les perspectives de développement de l'Observatoire en vue d'envisager leurs impacts sur les décisions et actions futures. Des préconisations sont également présentées, susceptibles de lever les freins à un diagnostic plus fin, en mobilisant davantage d'acteurs.

Mots clés :

Etude exploratoire qualitative, observation, fragilité, personnes âgées, seniors, Carsat, Observatoire, facteurs de risque, prévention

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.