

# ACTES

## DE LA JOURNÉE D'ÉTUDE

### SUR LA PRÉVENTION

#### DE LA PERTE D'AUTONOMIE

**Jeudi 7 juin 2018**  
**Hôpital La Porte Verte**  
**Versailles**

## PRÉVENIR POUR BIEN VIEILLIR

Conférence des financeurs  
de la prévention de la perte d'autonomie

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE  
**agirc et arrco**

**msa** santé  
famille  
retraite  
services

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

SÉCURITÉ SOCIALE  
**l'Assurance  
Retraite** SÉCURITÉ  
SOCIALE  
INDÉPENDANTS

**Agence  
nationale  
de l'habitat**  
Anah

**l'Assurance  
Maladie**  
YVELINES

**CRAMIF**  
Assurance Maladie d'Île-de-France

**MUTUALITÉ  
FRANÇAISE**  
ÎLE-DE-FRANCE



**Yvelines**  
Le Département

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	4
PRÉVENTION ET COMPORTEMENT : LA LITTÉRATIE EN SANTÉ .....	6
Présentation de Santé publique France .....	6
La Littératie .....	6
La mesure et l'impact de la littératie en santé .....	8
D'une responsabilité individuelle à une responsabilité collective .....	9
Des ressources accessibles .....	10
Le guide pratique « Communiquer pour tous » .....	10
ACTUALITÉS DE LA PRÉVENTION EN GÉRIATRIE ET EN GÉRONTOLOGIE .....	14
Les principaux textes .....	14
Objectifs et modalités .....	15
Les pertes d'autonomie évitables .....	16
Comment s'organiser ? .....	16
La simplification des organisations .....	17
LE REPÉRAGE DE LA FRAGILITÉ .....	20
Le repérage de la fragilité .....	20
Les risques associés et le dépistage de la fragilité .....	22
Illustration par un cas clinique .....	24
La prévention .....	26
LA PRÉVENTION DE LA MALADIE D'ALZHEIMER .....	30
Éléments de contexte .....	30
Le rapport du HCSP .....	31
État des données sur les facteurs de risque et les facteurs protecteurs .....	31
Études interventionnelles .....	32
Quelle organisation ? .....	33
L'AMÉNAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT – BIEN VIEILLIR CHEZ SOI .....	35
Vieillir dans son logement .....	35
Les stratégies d'adaptation .....	36
Les habitants sous contrainte .....	38
Écouter, regarder .....	38
LES INTERVENTIONS PSYCHO-SOCIALES .....	40
Définition et mode d'action des interventions psychosociales .....	40
Les motivations .....	41
Les mécanismes d'action .....	41
Constats épistémologiques .....	41
La mise en place de la prévention .....	42
Conditions de réussite d'une politique de prévention .....	42
Comment ne pas aggraver la situation ? .....	43
La prévention sociétale .....	44
LES TECHNOLOGIES .....	46
Le temps de l'analyse .....	46
L'impact de ces révolutions .....	48
L'innovation à l'échelle territoriale .....	49
Demain, l'ubérisation .....	49
TABLE RONDE INSTITUTIONNELLE .....	52
PRÉSENTATION DES MODALITÉS DE LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS ET BILAN .....	59
Le cadre d'intervention de la Conférence des financeurs .....	59
2016-2018 : bilan et perspectives .....	60
Stratégie pour la prévention de la perte d'autonomie dans les Yvelines .....	60
Présentation des Référentes prévention autonomie .....	62

LA MOBILITÉ – Plateforme Wimoov.....	63
Nos actions.....	63
Les enjeux.....	64
La plate-forme.....	64
Le parcours mobilité.....	65
Nos objectifs.....	65
CO-CONSTRUIRE UNE ACTION DE PRÉVENTION.....	68
Le territoire.....	68
Éléments de diagnostic.....	69
Des enjeux partagés.....	69
Un projet co-construit.....	70
L'évaluation des résultats.....	71
Le PRIF, acteur clé de la prévention en Île-de-France.....	71
Le parcours prévention.....	72
Les étapes de mise en œuvre.....	73
Le kit de communication et les différents outils.....	73
La démarche qualité.....	74
LE DÉPISTAGE.....	78
Quelques définitions.....	78
Des actions de prévention en partenariat avec les acteurs locaux.....	79
Cadre et contexte des actions de dépistage.....	79
La stratégie 2017/2018/2019.....	79
Le Check-up santé en 2018.....	81
La gestion de projet.....	81
Présentation de France AVC.....	82
La campagne de prévention 2017/2018.....	83
Les résultats de la campagne 2017/2018.....	85
CONCLUSION.....	88

### *Modérateur*

**Marc Pulik**

*Délégué départemental des Yvelines  
Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS)*

### **Marie-Hélène Aubert**

*Vice-présidente déléguée à  
l'autonomie  
Conseil départemental des Yvelines*

*Présidente  
Conférence des financeurs de la  
prévention de la perte d'autonomie  
des Yvelines*

*Adjointe au maire  
Mairie de Jouy-en-Josas*

Cette journée a été conçue sous la forme d'une invitation commune réunissant tous les acteurs spécialistes de la perte d'autonomie aujourd'hui. Une idée à mettre au crédit du Dr Aquino, expert à la Conférence des financeurs, afin de faire connaître notre action au plus grand nombre. À l'annonce de son départ et de son souhait de réaliser un colloque sur la gériatrie et la gérontologie, nous avons eu l'envie de créer une journée commune pour activer des synergies, créer des ponts entre les professionnels et les associations du territoire, et pour valoriser la théorie et la pratique. Nous avons conçu cette journée sur le thème de la prévention. Elle s'articule en deux temps. Une matinée plutôt médico-professionnelle et un après-midi plus centré sur le rôle et l'action de la Conférence des financeurs afin d'en faire connaître l'action. Des journées comme celle-ci sont essentielles pour enrichir mutuellement nos pratiques, mais aussi pour alimenter la réflexion de la CNSA et de nos élus nationaux, car le législateur devra tenir compte de nos innovations sur le terrain pour faire avancer les choses. C'est du terrain que partent les idées dont il faut s'inspirer pour les développer nationalement. Je compte d'ailleurs sur le Dr Aquino pour les faire remonter au plus haut niveau.

Le monde d'aujourd'hui ne sera pas celui de demain. Les enjeux sont énormes. L'espérance de vie s'allonge grâce à la médecine et le nombre de personnes âgées va augmenter de façon exponentielle dans les années à venir jusqu'en 2050. Rien que dans les Yvelines, nous avons une augmentation prévue d'ici 2030 de 64 % des personnes de plus de 80 ans. Ce sont des enjeux qui sont sociétaux : quelle place voulons-nous pour nos personnes âgées demain ? Des enjeux qui sont aussi sociaux, autour des aidants et des professionnels en termes de valorisation des métiers et des compétences, et en termes de formation professionnelle. Nous attendons avec impatience les moyens annoncés dans ce domaine par Mme la ministre des Solidarités et de la santé. Ce sont enfin des enjeux financiers, avec des besoins de financement qui sont énormes et des enjeux économiques car la silver économie peut offrir de belles opportunités de réponses ainsi que d'énormes potentialités d'emplois. La loi SV, la loi d'adaptation de la société au vieillissement, a eu entre autres pour but d'anticiper l'arrivée de ces besoins et elle a replacé le département en chef

de file des acteurs de l'autonomie, notamment le régime des autorisations, au CDCA, le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie que le département préside, la revalorisation de l'APA, l'aide aux aidants et la Conférence des financeurs... Toutes ces actions sont réalisées en lien avec l'ARS et je remercie tous les acteurs avec lesquels nous travaillons main dans la main. Si de nombreux projets arrivent à terme dans les Yvelines, c'est parce que l'ARS et le département travaillent bien ensemble. Aujourd'hui, nous disposons de plus de moyens pour retarder l'arrivée de la dépendance.

La Conférence des financeurs en est un outil essentiel. C'est d'abord un outil de financement de tout ce qui peut prévenir la perte d'autonomie, avec près de 3,5 millions d'euros de dotation pour 2018. C'est un outil de coordination qui permet d'éviter les doublons sur certaines actions de prévention (interventions similaires du PRIF et d'autres associations). C'est aussi un outil d'équité qui permet de repérer les zones blanches du département qui sont moins bien servies par ces actions. C'est surtout un outil utile à la mise en réseau des acteurs de la prévention de perte d'autonomie, afin qu'ils puissent se connaître et connaître leurs missions respectives, ce qui était loin d'être le cas. Or c'est au niveau local que les transversalités sont les plus efficaces.

En 2017, la Conférence des financeurs a financé 246 actions de prévention de perte d'autonomie. Malgré tout, l'enveloppe budgétaire n'a pas été utilisée en totalité ce qui est vraiment dommage. En 2018, nous avons déjà financé 137 actions pour plus de 2 millions d'euros et nous devrions faire mieux qu'en 2017. Nous avons d'énormes marges de progrès à faire en termes d'accompagnement de nos personnes âgées. La crise des EHPAD en a été une révélation. Chacun ici a des éléments de réponse et des solutions innovantes à apporter. Les personnes âgées ont un projet de vie, une envie d'autonomie et de vie sociale, une envie de rester dans la vie ! Lors d'un colloque la semaine dernière, mon homologue des Bouches-du-Rhône parlait du « bel âge » ce qui est une belle expression car être âgé ne signifie pas forcément être vieux. Dans les Yvelines, nous avons toujours eu cette nécessité d'être à l'écoute, de partir de la personne et de ses besoins, de garder nos aînés dans la vraie vie, d'agir en proximité par nos programmes d'autonomie comme avec le dispositif « Yvelines Étudiants Seniors » qui vient au-devant des personnes âgées isolées l'été. Il s'agit d'un dispositif innovant et admiré. J'espère que cette initiative pourra être de plus en plus copiée dans les autres départements car elle vient au cœur de la vie de la personne dans son isolement. Au-delà des questions de réorganisation interne du département, je tiens à redire publiquement que nous ne transformerons pas le département en guichet de prestations et que notre souhait, c'est que l'humain reste toujours au cœur de nos politiques, de nos dispositifs, de nos actions et de notre accompagnement.

**Emmanuelle HAMEL**

*Responsable d'unité*

Santé Publique France

C'est un grand plaisir pour moi de présenter les travaux de Santé Publique France et de pouvoir échanger avec les professionnels de terrain. Je suis très sensible à ce que Marie-Hélène Aubert vient de dire par rapport à l'articulation avec le terrain. Les actions que nous menons sont au service des professionnels et des usagers. Nous essayons toujours de construire avec les acteurs qui agissent au quotidien sur le terrain et auprès desquels nous sommes mandatés pour fournir des outils, des études, etc. Nous allons maintenant explorer une notion émergente qui a attiré l'attention du Dr Aquino et qui est le domaine de la littératie.

### Présentation de Santé publique France

Santé publique France est une agence créée il y a deux ans par le regroupement de l'Institut national de veille sanitaire et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Vous connaissez sûrement nos campagnes dans les médias et les outils que nous produisons. Notre objectif est d'être au service de la prévention et de la promotion de la santé des populations. Nous avons une approche qui est structurée en termes de prévention autour des différents âges de la vie et à ce titre nous avons un programme « Bien-vieillir », bâti depuis plusieurs années en lien avec différents partenaires comme la CNSA, les caisses de retraites... Ce programme est conçu dans une logique de prévention précoce qui s'intéresse aux personnes à partir de 55 ans pour pouvoir agir sur les déterminants du vieillissement en santé avant l'avancée en âge.

### La Littératie

La littératie est un mot anglo-saxon francisé par nos collègues Québécois et qui émerge dans le champ de la santé depuis quelques années. Il définit la capacité de chercher des informations, de se les approprier et de les comprendre pour pouvoir les utiliser dans sa vie quotidienne. Cela concerne donc tous les domaines de la vie. Cela peut être la littératie numérique, financière, informatique et, bien sûr, dans le domaine de la santé. La littératie est la capacité à chercher de l'information, quel qu'en soit le support, de l'information écrite, orale, numérique, par l'image, sur le web etc. Et tout cela nécessite que la personne soit en capacité de traiter cette information et de se l'approprier pour pouvoir la mettre en pratique. Différentes études essaient de mesurer la littératie et notamment via une étude de l'OCDE qui a permis de mesurer le niveau de littératie dans différents pays avec des méthodes éprouvées sur de larges échantillons.

## Littératie

« Capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'approprier des textes écrits pour participer à la société, réaliser ses objectifs et développer ses connaissances et son potentiel » (OCDE, 2013)

Littératie administrative, financière, numérique...

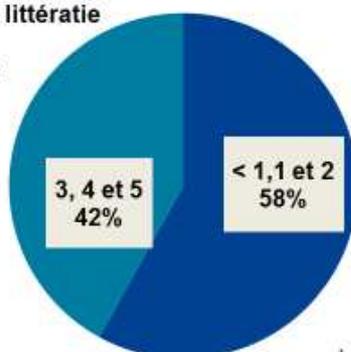
... et littératie en santé

« La connaissance, les compétences, la motivation et la capacité à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans des contextes de soins, de prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie » (Sorenson et al. 2012)

Ce qui est frappant, ce sont les résultats. Pour identifier le niveau de littératie de la population, l'OCDE propose un classement en cinq niveaux en fonction des capacités des personnes à maîtriser l'information. Le niveau le plus bas est celui dans lequel les personnes ont de grandes difficultés et ne sont pas autonomes par rapport aux actes de la vie quotidienne. Le niveau trois quant à lui correspond à des études secondaires requises dans le monde d'aujourd'hui pour faire face à ses différentes obligations à la fois personnelles et sociales et pour évoluer dans un monde largement dominé par les questions d'accès à l'information. Suivant les résultats de cette enquête, en France, 58% de la population n'atteint pas ce niveau trois qui est considéré comme le seuil minimum pour se débrouiller dans la vie quotidienne. Nous ne sommes donc pas sur une problématique qui concerne une population minoritaire, vulnérable ou particulièrement marginalisée. Nous sommes sur une problématique qui concerne quasiment la majorité de la population dans ses rapports à l'écrit, à la communication orale et à toutes les sources d'information qui sont proposées par les professionnels de santé. Ces professionnels de santé et du secteur médico-social sont évidemment de grands pourvoyeurs d'informations notamment auprès des personnes âgées.

Les niveaux de littératie (Piaac) (OCDE, 2013)	
Niveau 1	Niveau de compétences très faible : difficulté à lire un texte simple et à utiliser de la documentation écrite.
Niveau 2	Faibles aptitudes en lecture se limitant à utiliser de la documentation simple, explicites, correspondant à des tâches peu complexes. Les lecteurs ont tendance à se fier aux autres pour interpréter le contenu d'un texte.
Niveau 3	Capacité à utiliser de la documentation écrite : <b>considéré comme le minimum convenable pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail.</b> Niveau de compétences nécessaires pour terminer les études secondaires.
Niveaux 4 et 5	Compétences supérieures liées au traitement de l'information : capacité à combiner diverses sources d'information et à résoudre des problèmes d'une certaine complexité.

Niveaux de littératie  
France  
16 à 65 ans

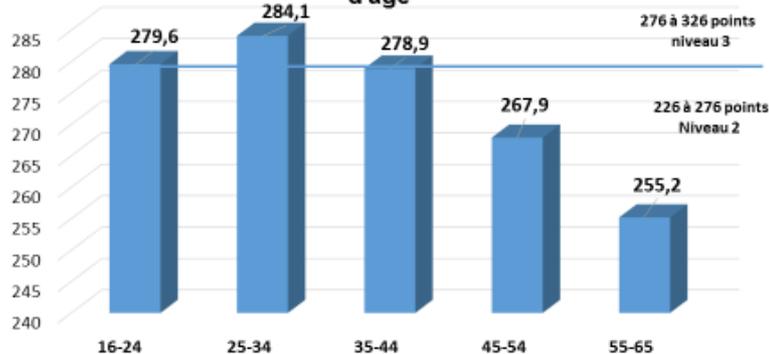


Niveau	%
≤ 1	21%
2	37%
3	34%
4 & 5	8%

À partir de Piacc, OCDE, 2012

© ALLAIRE, J. PUEL, E. HAMEL, 2018

Moyenne - résultats en littératie selon les groupes  
d'âge



© ALLAIRE, J. PUEL, E. HAMEL, 2018

T

Cette illustration montre un score qui correspond à la mesure de la littératie et qui montre que les compétences en littératie baissent avec l'âge. L'avancée en âge s'accompagne d'une perte des compétences en littératie. Ce ne sont pas forcément des effets générationnels (scolarisation ou non à certaines époques), c'est aussi parce qu'au quotidien on est amené à utiliser moins de capacités, à s'appuyer plus sur son entourage et petit-à-petit à perdre ses capacités à traiter et maîtriser l'information.

## La mesure et l'impact de la littératie en santé

Nous avons collaboré avec des Québécois et les études menées au Canada montrent que pour les personnes de 65 ans et plus, 94 % de personnes n'ont pas un niveau de compétence jugé satisfaisant en matière de littératie ce qui traduit des enjeux extrêmement importants. À chaque fois que l'on présente ces chiffres, cela interpelle les interlocuteurs. Sur la littératie en santé nous avons surtout des études européennes où la France est malheureusement peu présente d'où le manque de données à vous communiquer. Environ 10% de la population a d'importantes difficultés dans le champ de la littératie en santé et plus de 35% se trouve dans une situation fragile. Il est donc important de prendre en compte ce sujet et cette nouvelle notion car il y a là des enjeux extrêmement déterminants pour la majorité de nos concitoyens.

La littératie dans le domaine de la santé est donc capitale puisqu'elle constitue un élément qui va jouer sur le vieillissement en santé. Il y a des facteurs génétiques, socio-économiques, environnementaux bien connus qui influent sur l'état de santé mais on considère de plus en plus au niveau international la littératie comme un élément impactant également l'état de santé des populations. Les compétences en littératie ont des répercussions très concrètes sur l'état de santé des populations, leur accès et le recours aux services, leur participation à des programmes de dépistage, leur implication et leur gestion de certaines pathologies chroniques, leur engagement dans leur parcours de soin, etc.

Ces questions nous interpellent sur les difficultés qu'ont les personnes pour s'orienter dans le système de soins, les difficultés de coordination et de repérage, les difficultés pour accéder aux différentes prestations. Il y a notamment beaucoup de non-recours dont une partie peut s'expliquer par une mauvaise compréhension des informations. Derrière tout cela, il y a la participation au système de santé en tant qu'usager, la participation citoyenne à la démocratie sanitaire et sociale qui peut se trouver limitée par la difficulté de compréhension et d'accès à l'information. Ces résultats nous invitent à agir et à prendre en compte la variabilité de ces compétences en littératie d'une personne à l'autre. Vous pouvez avoir un parcours professionnel et éducatif très performant, mais à l'annonce un diagnostic troublant ou perturbant vous pouvez vous retrouver en difficulté. Il faut donc avoir en tête le fait que la littératie n'est pas un élément constant.

## **D'une responsabilité individuelle à une responsabilité collective**

Comme je le disais, la question de la littératie nous invite à agir et nous avons deux pôles d'action. Un pôle plutôt axé sur les individus où l'on va essayer d'augmenter les capacités des individus, particulièrement dans le domaine de l'accompagnement des personnes, de l'éducation à la santé, de l'éducation thérapeutique. Ce travail est fait au niveau des individus et du groupe. Le deuxième pôle s'articule autour des actions que l'on peut engager et qui relèvent de la responsabilité des services et des organisations pour faire en sorte que nos services, nos messages, nos contenus, nos outils soient plus accessibles et compréhensibles pour les personnes auxquelles on s'adresse. C'est tout un travail en interne de faire évoluer les pratiques professionnelles et les supports. Cela va de la signalétique aux dossiers d'accueil qui sont remis, à la façon dont on remplit les formulaires, à la communication orale (s'assurer de la bonne compréhension du message lors d'un entretien). Ces choses impactent les organisations et nécessitent qu'elles l'intègrent à leur pratique. Elles le font déjà souvent, même si elles n'utilisent pas forcément le vocable « littératie ». Pour Santé publique France nous travaillons avec des professionnels pour mettre en place une information accessible... Des travaux ont été menés, qui étaient initialement centrés autour des personnes en situation de handicap et des personnes vulnérables.

## Des ressources accessibles

### DES RESSOURCES ACCESSIBLES



- Etudes et information accessible personnes en situation de handicap
- Différents publics « vulnérables » / éloignés de l'information et des dispositifs de santé
- Outil Bonne journée, bonne santé pour les personnes âgées



© ALLARD, J. PUELLE, HAREL 2018 19

Vous voyez ici toutes les ressources qui ont été produites et qui peuvent comporter des adaptations, comme la langue des signes, l'audio description, le sous-titrage, etc. mais aussi toute une conception basée sur le principe d'accessibilité de l'information. Certains outils ont été élaborés spécifiquement pour les personnes âgées, par exemple l'outil « Bonne journée, bonne santé » qui est un kit basé sur une approche d'accessibilité qui doit faciliter la compréhension des messages avec des textes simples et une illustration universelle afin d'être compris par le plus grand nombre de personnes. Nous avons ainsi constaté que ces outils qui avaient été élaborés au départ pour des personnes vulnérables ou en situation de handicap étaient souvent les plus commandés à Santé publique France. Cela signifie qu'ils ont été jugés pertinents par des professionnels et qu'ils sont adaptés à de nombreux publics. Nous proposons par exemple un dépliant sur la nutrition conçu à la base pour les personnes sourdes et qui désormais est utilisé dans les structures qui distribuent de l'aide alimentaire à des publics vulnérables car il est conçu de façon très compréhensible.

### Le guide pratique « Communiquer pour tous »

Nous avons donc réalisé que cette méthode de conception de l'information, qui est dite universelle, devait être étendue et capitalisée pour être mise à disposition des acteurs sur le terrain afin de partager les résultats de près de 10 ans d'expérience. C'est la raison pour laquelle nous venons de publier un guide que vous pouvez télécharger sur le site de l'agence. Il aborde la communication dans ses dimensions écrite, orale, visuelle et numérique. Cela permet l'accès à un certain nombre de repères méthodologiques pratiques et pragmatiques (taille de caractères, contraste, structuration de l'information, travail sur les interactions orales, etc.) de façon à guider les pratiques des professionnels pour développer des outils et des supports d'information accessibles. Il s'agit d'un très gros travail mené avec des collègues Québécois de la chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion (CIRLI) de l'Université du Québec en Outaouais. Nous sommes partis de références et de documents présents dans de très nombreux pays et nous avons recensé tout ce qui était commun pour établir des critères de conception dans

une approche la plus universelle possible.

Nous avons par ailleurs inclus dans ce guide une partie sur le rôle des organisations et sur la prise en compte de la littératie dans les services. Y figurent donc des repères et indications qui suggèrent des façons de travailler et des questionnements à partager entre collègues pour essayer d'avancer collectivement en littératie. Je voudrais enfin rappeler un point qui est certainement très répandu dans vos pratiques et que nous mettons en place depuis de nombreuses années à Santé publique France, il s'agit de la co-construction avec les parties prenantes et les représentants des professionnels et des usagers : systématiquement, tous les outils et supports que nous produisons sont pré-testés par des groupes de personnes qui seront concernés par l'utilisation. Il nous paraît extrêmement important de considérer que l'utilisation des référentiels que nous proposons donne des repères mais ne dispense en aucun cas de travailler avec les personnes concernées elles-mêmes et dont les retours d'information sont essentiels. Cette étape est parfois difficile à mettre en place dans les organisations car elle nécessite du temps et des moyens mais cela reste fondamental. Chaque fois que nous avons pu la mettre en place, nous avons constaté un apport et une plus-value significative, ce qui nous permet de nous inscrire dans une démarche vers une société plus inclusive qui reconnaît la place centrale des différentes populations concernées par les actions.

---

### Marc Pulik

Nous venons de voir que derrière ce mot un peu abscons qu'est « littératie », se cachent des exemples très concrets qui impactent directement nos pratiques avec des outils de diffusion très clairs, très simples, co-construits avec les personnes, ce qui est très important. Vous avez fait un pont très intéressant entre politique du handicap et politique relative aux personnes âgées. En effet, si l'on se place du côté du handicap les éléments faciles à lire et à comprendre constituent un exemple type de littératie.

---

### **Question de la salle**

Vous avez bien montré que cela entraînait une difficulté à naviguer dans le système de santé. Aujourd'hui, le système de santé a tendance à se complexifier plutôt qu'à se simplifier, notamment les parcours et les multi-partenaires, tandis qu'arrivent de nombreuses innovations en santé, des innovations technologiques notamment. Ainsi, à chaque fois que l'on lance une innovation, nous devrions nous demander si l'innovation qui nous paraît très intéressante ne creuse pas en réalité les inégalités en santé par le biais de l'incapacité des gens à se saisir de cette innovation.

### Emmanuelle Hamel

Tout à fait. La question de la littératie peut être un outil pour s'interroger et pour analyser ses pratiques. Elle permet de se questionner sur le service rendu aux usagers et la plus-value de ce que l'on porte. Dans le secteur des nouvelles technologies, nous voyons beaucoup les pratiques de co-design via le travail avec des ateliers d'usagers dès le départ. Il ne s'agit pas de pré-tester un prototype au moment de sa finalisation mais d'associer les personnes dès le départ à la conception du produit, de la démarche ou du service. Au Québec, les collègues, y compris au niveau local, associent de plus en plus les personnes. Un service qui souhaitait par exemple développer un site Internet d'information pour les aidants a dès le départ associé des personnes concernées pour bâtir avec elles le parcours, la navigation et le tester. Nous pouvons évoquer également le domaine

de la construction où tout un travail est mis en place avec des parcours de mise en situation suivant les différents types d'usagers ce qui permet de construire des bâtiments adaptés. L'enjeu est aujourd'hui d'aller vers ce que l'on appelle « la conception universelle », bien connue dans le domaine du bâtiment. La rampe d'accès par exemple fonctionne pour les personnes âgées, pour les parents avec des poussettes, pour les personnes fatiguées, pour les personnes qui ont des valises, etc. On ne crée pas un équipement pour chaque catégorie de personnes mais un équipement commun. L'idée de la conception universelle, c'est aussi une façon de trouver un socle utilisable par tous et qui, pour les concepteurs, évite de démultiplier les dispositifs. Il faut bien sûr des dispositifs spécifiques dans certains cas et cela ne dédouane pas non plus de l'accompagnement humain et des services qui sont proposés – tout ne se résout pas par un site internet aussi accessible soit-il – mais c'est un autre paradigme que l'on envisage de plus en plus.

-----

### **Question de la salle**

#### **Patrick Dziedjou, Coordonnateur du contrat local de santé pour la ville de Sartrouville**

Actuellement, lorsque vous développez les outils, vous les faites tester à chaque fois auprès du grand public. Comment recrutez-vous ce public qui va tester les outils de communication ? Vous parlez des différents niveaux, comment vous assurez-vous que le public qui teste les outils soit représentatif de ces différents niveaux ?

#### **Emmanuelle Hamel**

Nous utilisons plusieurs leviers pour nous assurer de l'accessibilité de nos productions. Pour commencer, nous créons un groupe de travail qui associe des professionnels, des représentants d'usagers ou des personnes concernées afin de commencer à construire quelque chose en lien avec les pratiques et les préoccupations du terrain. Ensuite, pour les différents supports, nous avons une phase de pré-test réalisée par un prestataire, (institut de sondage), et qui bâtit avec nous des protocoles de tests. Nous sélectionnons ensuite de façon aléatoire des personnes pour participer à ces pré-tests, en s'assurant qu'un certain nombre de critères soit pris en compte (revenus, niveau d'éducation, répartition géographique,...). Nous travaillons également sur certains outils dits « accessibles » directement avec des personnes en situation de handicap, des migrants, des personnes qui vivent dans des bidonvilles, etc. Nous multiplions les publics qui sont consultés. Les entretiens sont assez longs et qualitatifs, ils peuvent ainsi durer jusqu'à 1h-1h30 afin d'explorer dans le détail les outils qui sont conçus. Ensuite, nous essayons de faire un feed-back avec les professionnels, d'évaluer l'utilisation de nos production et, dans le cas de grosses campagnes avec de gros budgets, nous mettons également en place une phase de post-test où nous mesurons l'impact, la notoriété, la compréhension auprès du public, comme on le ferait dans une campagne de communication ou dans le domaine publicitaire. Cela reste imparfait car nous aimerions associer encore plus de personnes, mais au moins nous mettons systématiquement cette démarche en place. Nous sommes d'ailleurs preneurs de vos retours si vous utilisez ces outils.

-----

### **Question de la salle**

#### **Dr Marc Harboun**

Y a-t-il des études documentées sur le lien entre la littératie et la prévention ?

## Emmanuelle Hamel

Vous trouverez quelques liens vers des études dans ma présentation. Nous avons peu d'éléments en France. Ce que l'on sait en revanche, c'est qu'il y a moins d'accès et moins de participation aux programmes de dépistage, par exemple. Lorsque l'on propose des programmes de dépistage volontaire (cancer ou autre pathologie), les personnes qui ont un faible niveau en littératie adhèrent moins. Elles participent moins aux actions collectives qui sont mises en place. Sur le terrain, vous pouvez le constater de façon empirique, ce ne sont pas toujours les personnes qui en auraient le plus besoin qui viennent ou qui restent dans les programmes. On constate aussi un fort taux d'abandon. Ces choses-là sont importantes à documenter et toutes les personnes qui travaillent dans ces domaines-là, dans les projets d'études, pourraient davantage travailler sur cette question afin de progresser de façon significative.

Le lien vers le communiqué de presse pour le lancement du guide qui a été présenté:

<http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Communiquer-pour-tous-Guide-pour-une-information-accessible-le-nouveau-referentiel-de-Santé-publique-France>

Nous vous rappelons que toutes les ressources sont disponibles

- rubrique grand public et espace pro du site Pour bien vieillir <http://www.pourbienvieillir.fr/>
- sur l'espace dédié du site de l'INPES <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/index.asp>

### **Dr Jean-Pierre Aquino**

*Directeur du pôle médico-social*  
Hôpital La Porte Verte

*Conseiller technique*  
Fondation Médéric Alzheimer

*Délégué général*  
Société française de gériatrie et  
gérontologie

*Administrateur*  
CNAV

*Président*  
Conseil territorial de santé des  
Yvelines

*Membre de la Conférence des  
financeurs des Yvelines*

### **Marc Pulik**

Jean-Pierre Aquino a beaucoup fait pour cette maison et s'investit énormément au niveau du département, de l'association Cogito, de la présidence du conseil territorial de santé et de façon plus large encore au niveau de l'AGIRC-ARRCO de par ses fonctions nationales. Son expertise est aussi très demandée au niveau international.

### **Dr Jean-Pierre Aquino**

Deux remarques préliminaires. La classification prévention primaire, secondaire et tertiaire est mal adaptée à la population âgée. En effet, certaines maladies présentes chez une personne sont des facteurs de risque, mais aussi en raison de la polyopathie avec l'intrication des facteurs psychologiques et sociaux. Enfin il faut remarquer que la limite entre prévention et soins sont floues.

## **Les principaux textes**

Nous vivons actuellement une succession de textes réglementaires, de plans et préconisations :

- La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui a été un point d'orgue dont nous percevons au quotidien les bénéfices ;
- Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, véritable boîte à outils que nous avons coordonnée avec les directions du ministère pour que les Conférences des financeurs y trouvent les méthodes et les moyens pour avancer dans le champ de la prévention ;
- La publication par la CNSA en décembre 2017 d'un rapport de la Conférence des financeurs qui porte sur l'année 2016 (Marie-Hélène Aubert a bien souligné la non-utilisation complète des financements alloués parce que la machine a été lente à se mettre en place) ;

- La stratégie nationale de santé 2018-2022 dont l'axe 1 est intitulé « La prévention et la promotion de la santé » ;
- Le plan national de santé publique sous-titré « Priorité prévention », même si le titre ne laisse pas entrevoir qu'il s'agit d'un véritable plan de santé publique et dont les principales caractéristiques concernant la population qui nous intéresse aujourd'hui sont les suivantes : passage à la retraite, bien manger-bouger, lutte contre l'isolement, le parcours des seniors,... Voilà les grandes thématiques qui sont confirmées par un arrêté qui vient de sortir et qui constituent des pistes sur lesquelles nous avons à travailler dans les années à venir. Ce sont des points importants que nous brassons déjà mais qui sont ici hiérarchisés et priorisés.
- « Grand âge et autonomie », c'est la feuille de route du gouvernement. Nous sommes là dans une vision beaucoup plus large, dans une dynamique beaucoup plus complexe, mais l'autonomie nous renvoie à la prévention et d'ailleurs l'un des axes est bien intitulé « Priorité à la prévention à domicile comme en établissement ».

## Objectifs et modalités

Quels sont nos objectifs et les modalités à mettre en place ? L'objectif est indiscutablement la « compression de la morbidité » c'est à dire le fait de décaler dans le temps l'apparition des premiers symptômes d'une maladie dont quelqu'un est porteur. Le fait que cette manifestation survienne plus tard entraîne donc un état de maladie plus court. Cela permet d'augmenter la qualité de vie de la personne et sans doute de diminuer les dépenses de santé en rapport avec cette maladie. Un exemple classique et sujet d'actualité : Celui de la maladie d'Alzheimer dont le déremboursement des médicaments est annoncé. Si nous pouvions reporter de cinq ans l'apparition des premiers symptômes de la maladie, nous observerions une diminution de 50% de la prévalence de la maladie.

D'où la notion d'espérance de vie sans incapacité qui représente la traduction en années de ce que je viens de dire au niveau de la compression de la morbidité. Il y a une étude publiée en 2008 qui a calculé l'espérance de vie sans incapacité à 50 ans des personnes vivant dans 25 pays de l'Union européenne. Il en ressort que les trois facteurs discriminants sont le niveau du PIB, le taux de chômage et, point le plus important qui rejoint la question de la littératie en santé, l'accès à la formation initiale et continue. Un niveau scolaire médiocre ne permet pas d'être armé pour faire face à une dynamique de prévention.

Peut-on influencer la santé des seniors ? Nous connaissons bien l'effet direct des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte, nous connaissons bien la reproduction des comportements en santé que nos parents nous ont transmis sans compter bien sûr le patrimoine génétique. Que peut-on faire pour modifier cela ? Quand s'impliquer dans une démarche préventive de cette nature ? Probablement dès l'âge de 40 ans avec l'objectif d'arriver à 70-75 ans au maximum de ses performances cognitives et fonctionnelles avec un lien social structuré pour permettre à l'individu, s'il rencontre des soucis de santé, de partir d'un niveau moins bas dans la diminution de ses performances.

D'où l'importance de la notion d'épigénétique qui représente la modulation de l'expression des gènes en fonction du comportement et de l'environnement. Or un certain nombre de comportements vont pouvoir modifier l'expression des gènes : la nutrition équilibrée (avec le programme « cinq fruits et légumes par jour »), une activité physique régulière (30 minutes de marche rapide par jour), un lien social structuré, mais aussi la gestion du stress et l'importance du plaisir dans la vie quotidienne.

Au sujet du plaisir et du bonheur, des études réalisées par des cardiologues démontrent qu'un tempérament optimiste diminue la mortalité cardio-vasculaire. Il est par ailleurs démontré que la longueur des télomères (partie terminale des chromosomes au niveau du noyau cellulaire) est réduite par le stress et rallongée par le bonheur. Or, plus les télomères sont longs, plus notre vie sera longue et inversement ! D'où l'importance des émotions positives qui sont d'ailleurs associées à des niveaux plus faibles de l'inflammation, élément déterminant dans les maladies neurodégénératives. Suivons donc le conseil de Voltaire « J'ai décidé d'être heureux parce que c'est bon pour la santé ».

## Les pertes d'autonomie évitables

Nous pouvons prendre deux exemples. Pour le premier, appuyons-nous sur la publication récente de la Haute autorité de santé « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées ». Une personne âgée qui est hospitalisée pour une pneumopathie. Avant son hospitalisation, elle faisait sa toilette et s'habillait seule. Une fois rentrée de l'hôpital, il faut mettre en place un service d'aide à domicile parce qu'elle a perdu son autonomie. Loin d'être une critique à l'égard des hospitaliers, il s'agit ici d'un constat de la non-adéquation de certains fonctionnements hospitaliers vis-à-vis de personnes très âgées fragiles. Il est important que les équipes soignantes soient sensibilisées à cette question et formées pour réduire le risque encouru. Fort du programme décennal sur le bien-vieillir lancé par l'OMS, les capacités intrinsèques liées à un élément déterminant : quel est pour Madame X le point important qu'elle souhaite voir sauvegardé dans les années à venir ? Il s'agit alors d'organiser le programme de vie avec une action de prévention dédiée à l'objectif prioritaire de cette personne (par exemple lire vs se déplacer pour voir sa famille).

Au niveau européen nous pouvons citer le programme Advantage qui est une action commune de 22 états membres et de 35 organisations avec un co-financement de l'Union européenne. Il s'attache à élaborer à l'intention des États une perception commune de la fragilité sur laquelle sera fondée une approche de la gestion commune des personnes fragiles. Cette tentative d'uniformisation est bienvenue pour prendre en compte la prévention des fragilités. L'emploi du pluriel est ici intentionnel, car il y a d'un côté l'approche de nature médicale portée par les médecins et de l'autre celle des acteurs du social qui identifient la vulnérabilité et la précarité comme des éléments de fragilité.

L'Assurance retraite, l'Assurance maladie et les Régimes ont conduit un travail remarquable sur l'Atlas national des situations de fragilité. Concernant les Yvelines la carte qui y figure peut aider de façon très pédagogique à organiser les stratégies en santé.

## Comment s'organiser ?

Le contexte est tout à fait favorable à cette organisation dans la mesure où la prévention est une priorité au niveau du ministère et du gouvernement. Bien vieillir est la résultante d'un équilibre entre les composantes de la personne, son environnement (habitat, transports,...) et la société. Si la société met les personnes âgées de côté, le vieillissement ne sera pas favorable tandis que l'inclusion de la population vieillissante engendre une dynamique différente car positive. Se pose enfin la question des stratégies mises en place par les pouvoirs publics. « La vieillesse se définit par le rétrécissement du champ des possibles. Avoir des projets, c'est rester jeune", disait Gaston Bachelard. Or le domaine du marketing social complète la littérature en santé avec une volonté politique qui ne doit pas se cantonner à l'information, la sensibilisation ou la promotion de

comportements adaptés mais doit inciter la population à modifier certaines de ses habitudes. Pour cela, deux chemins s'offrent à nous : la prévention avec effort et la prévention sans effort qui permet d'améliorer son état de santé sans rien faire. D'où l'importance du comportement individuel et la nécessité de gérer soi-même sa propre santé. On se heurte alors à la problématique de la responsabilité : ma santé est-elle sous ma responsabilité ou sous la responsabilité des autres ? Comment avoir envie de s'impliquer dans une dynamique préventive dans la mesure où l'on n'est pas responsable de la pollution, de la sécurité alimentaire ou du stress au travail ? À ce stade, les sciences cognitivo-comportementales ont tout leur intérêt et notamment le *nudge* (coup de pouce en anglais) qui propose une méthode douce pour inspirer la bonne décision. Dans la salle de bain des hôtels le petit panneau invitant à conserver sa serviette pour le lendemain rencontre un succès chez 30 % des consommateurs. Celui qui indique en plus que 30% des consommateurs précédents ont suivi cette invitation voit monter ce chiffre à 40%. Sans bousculer le consommateur, il est possible d'influencer son comportement.

Dans le cadre d'une enquête réalisée pour la Haute autorité de santé, Delphine Dupré-Lévêque a travaillé sur les Résidences-autonomie. Indépendamment des modifications législatives de l'APA, les 2.312 Résidences-autonomie présentes sur le territoire national en 2017 constituent un formidable levier de prévention de la perte d'autonomie sous la forme d'un habitat intermédiaire. Sur les 100.000 personnes de plus de 60 ans qu'elles accueillent, ce qui fait environ 48 personnes par résidence, un quart d'entre elles vont y décéder et les trois quarts d'entre elles sont évaluées GIR 5 et GIR 6. Une résidence sur deux a perçu le forfait autonomie, c'est-à-dire la mise à disposition de moyens financiers qui permettent de développer des actions de prévention collectives. Le collectif est essentiel à cette dynamique de groupe dans la mesure où la prévention individuelle ne fait qu'augmenter les inégalités sociales en santé. Dans son rapport, Delphine Dupré-Lévêque recommande particulièrement le repérage du risque de perte d'autonomie et celui des déficiences sensorielles.

## La simplification des organisations

Faut-il aller vers la simplification de nos organisations ? Richesse ou confusion ? C'est une critique que l'on nous fait souvent. Il existe par ailleurs une frontière entre le médical et le social, bien que les Conférences des financeurs aient levé en partie cette barrière grâce au tour de table qui est ainsi réalisé.



La Société française de gériatrie et de gérontologie propose un certain nombre de stratégies concernant la prévention : améliorer la connaissance des déterminants de la perte d'autonomie,

concevoir des actions de prévention personnalisée, adaptative et innovante (c'est ce que demande l'OMS, à savoir l'organisation de la prévention autour d'un projet personnel), concevoir des essais d'envergure. Nous nous doutons bien que faire de la prévention signifie être utile et efficace mais il vaut mieux le démontrer, notamment par le biais de grandes études ou de grandes cohortes qui permettent de finaliser et mieux organiser les stratégies. Enfin, la Société française de gériatrie et de gérontologie préconise le développement de sciences cognitivo-comportementales pour s'intéresser aux comportements individuels et faire le lien avec la littérature. À terme, cela permet de diffuser des modèles de prévention efficaces.

En conclusion, la politique de la dépendance a laissé la place à la politique de l'autonomie. Il ne s'agit pas seulement de sémantique. Michèle Delaunay citait souvent un échange qu'il avait eu avec le Premier ministre qui voulait que son ministère porte le nom de dépendance. En guise de réponse, Elle lui avait demandé si le ministère du travail devait être nommé « ministère du chômage ». Le choix des mots revêt un sens important.

Certes il existe des pertes d'autonomie évitables et il ne faut pas tout attendre des pouvoirs publics puisque notre responsabilité individuelle est engagée. Mais il faut repenser nos interventions à domicile, à l'hôpital, en établissements médico-sociaux et surtout, lorsque nous abordons la situation d'une personne, il ne s'agit pas de se focaliser sur ses incapacités, mais de s'intéresser à ses capacités conservées et de les valoriser afin de construire un programme de vie. Je vous propose de finir avec Romain Rolland : « La fatalité est l'excuse des âmes sans volonté ».

---

### **Question de la salle**

**Riadh Ayadi, Référent seniors - Maison de quartier, Versailles**

Je suis interpellé par le fait que nous ne parlions jamais de la famille alors que ce sont les premières personnes au centre du dispositif. Or beaucoup de familles (enfants et petit-enfants) sont dans le déni et l'exclusion lorsqu'on leur dit que leurs parents ont des difficultés d'autonomie. Comment travailler sur ce point ?

**Dr Jean-Pierre Aquino**

Le déni est un grand mot qui caractérise parfois la personne âgée elle-même qui pense qu'elle est en bonne santé et qui refuse les aides proposées. La famille de son côté peut aussi être dans le déni. Tout cela ne peut se résoudre que par le dialogue et la concertation avec les familles. « Famille » me fait penser à « aidant » or dans les préconisations proposées il y a l'intérêt apporté aux aidants avec les dispositifs mis en place pour les soulager mais aussi la question de leur santé face à des situations complexes. Au niveau de la Conférence des financeurs, l'aide aux aidants fait partie d'un des thèmes sur lesquels nous devons travailler pour utiliser au mieux les fonds dédiés.

---

### **Question de la salle**

Vous avez traité de très nombreux sujets différents dans votre intervention. Au final, quel en est le fil conducteur ? Quel est le message que vous souhaitez faire passer ?

**Dr Jean-Pierre Aquino**

Premier message : la prévention adaptée à l'avancée en âge est une possibilité offerte à chacun de nous dès l'âge de 40 ans. Deuxième message : il n'est jamais trop tard pour bien faire. Troisième message : la prévention peut tout à fait se décliner en EHPAD comme le souhaite la ministre afin

d'éviter que des situations de perte d'autonomie ne s'aggravent, par exemple à l'occasion d'une pneumonie ou dans le domaine du bucco-dentaire comme préconisé dans la feuille de route du gouvernement afin d'éviter à moyen terme une malnutrition.

Le nombre de dossiers est tellement vaste qu'il nécessite une vision extrêmement large avec une prévention en amont (manger, bouger, maintien du lien social), une prévention au moment où des maladies s'installent et que l'on doit maîtriser, et enfin tous les facteurs environnementaux, qu'ils soient sociaux ou familiaux ou de l'ordre de la vie au quotidien, touchant les domaines de l'urbanisme ou de l'adaptation du logement. Cette impression de sujets très différents dans mon intervention est le reflet de la multiplicité des possibilités à notre disposition et que nous devons hiérarchiser.

---

### ***Question de la salle***

J'ai le sentiment personnel qu'en ville les généralistes sont très peu armés contre le vieillissement. Ils n'ont pas de recours et ne savent pas quoi faire. Ils tournent souvent en rond avec les patients. Comment capter ce type d'intervenants dans votre réseau ?

### **Dr Jean-Pierre Aquino**

C'est le reflet de deux facteurs : la formation universitaire des médecins tout d'abord, où nous sommes dans une dynamique de traitement avant d'être dans une dynamique de prévention, et ensuite la démographie médicale et ses conséquences qui font que la disponibilité va porter davantage sur les soins que sur la prévention. Dans certaines régions, même en Île-de-France, le taux des médecins est loin d'être satisfaisant. D'où une possibilité qui va s'offrir bientôt - le décret est en cours de signature - de créer des infirmières de pratique avancée. À Toulouse, des infirmières qui ont reçu une formation universitaire de deux ans sur les maladies dites chroniques peuvent se rendre au domicile du patient ou chez le généraliste pour y effectuer conjointement des consultations afin de régler les questions d'organisation et de prévention, laissant au praticien le côté exclusivement médical. Le paysage médical est donc en train de se modifier et les infirmières de pratique avancée, bien que suscitant le débat, représentent une perspective contributive à cette organisation.

---

### ***Intervention de la salle***

Il faut retenir tout particulièrement la dernière phrase de la dernière diapositive qui est importante tant pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées et qui peut se résumer en : « regardez moins le handicap et mettez plus en avant les capacités ».

## Dr Delphine Romain

*Praticien hospitalier, médecin  
gériatre, chef du service Soins de  
suite et réadaptation*  
Hôpital Richaud

*Chef du pôle gérontologique*  
Centre Hospitalier de Versailles

*Pilote de la Filière gérontologique*  
Groupe hospitalier de territoire78  
Sud

La fragilité associée au vieillissement est, en gériatrie, un concept qui revêt un sens particulier et qui fait l'objet de nombreuses publications, colloques et congrès depuis une vingtaine d'années.

## Le repérage de la fragilité

Dans nos services de gériatrie, l'âge moyen des patients est souvent supérieur à 90 ans et il n'est pas rare d'avoir des centenaires or ce nombre augmente progressivement. Le contexte actuel est donc celui d'un vieillissement de la population avec un accroissement simultané de l'espérance de vie mais aussi de la période de vie en état d'incapacité. Ce concept de fragilité est donc intéressant car il permet d'appréhender les personnes en état de pré-dépendance et auprès desquelles on va essayer de mettre en place des actions, individuelles ou collectives, qui vont permettre d'éviter ou de retarder l'entrée dans la dépendance.



### POURQUOI REPÉRER LA FRAGILITÉ ?

- un enjeu majeur à l'entrée dans l'ère des sociétés « de longue vie »
- Un enjeu individuel pour optimiser le parcours de vie en santé (au sens de l'OMS : qualité de vie et bien-être).
- Un enjeu professionnel pour tendre à l'amélioration des pratiques professionnelles
- Un enjeu socio-économique pour limiter le coût de la dépendance.

La population des personnes de plus de 65 ans est très hétérogène. Le groupe principal est constitué des personnes robustes qui n'ont parfois pas de médecin traitant, qui ont de bonnes performances physiques et un bon état nutritionnel. Les personnes âgées dépendantes constituent

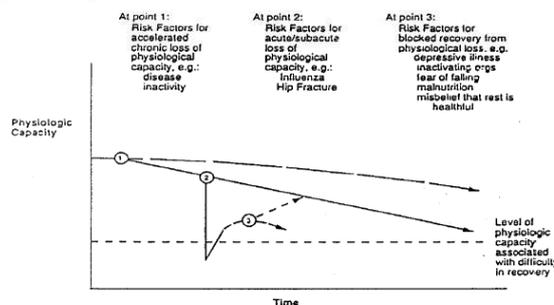
un autre groupe, ce sont celles que l'on voit dans nos services de gériatrie et dans les EHPAD, et qui ont souvent recours aux urgences. À ce niveau de dépendance, nous pouvons agir sur certains facteurs pour que la dépendance ne s'aggrave pas, dépendance qui se met en place en plusieurs étapes, et dont les manifestations ne sont pas toujours réversibles. Il y a enfin le groupe intermédiaire des personnes fragilisées qui représente 15 à 20% de la population des plus de 65 ans en Europe. C'est la cible de nos actions.

L'état de dépendance ne succède pas brutalement à l'état de robustesse, c'est généralement un parcours, sauf en cas d'accident grave (AVC par exemple) qui conduit vers la dépendance. L'intérêt du concept de fragilité est la réversibilité potentielle de cet état. La fragilité se définit par une diminution des réserves physiologiques. Il existe un consensus fort pour définir la fragilité associée au vieillissement comme un syndrome clinique qui traduit une réduction des capacités physiologiques limitant l'adaptation au stress. Cette définition, élaborée conjointement avec la SFGG (Société Française de Gériatrie et de Gérontologie), est reconnue par la Haute Autorité de Santé et validée par l'OMS. Son expression clinique est modulée par les comorbidités qui vont l'aggraver ou la pondérer, tout comme les facteurs psychologiques, sociaux, environnementaux ou économiques.



## Comment définir la fragilité?

- Diminution des réserves physiologiques d'une personne qui altère ses mécanismes d'adaptation au stress et l'expose au risque d'évolution défavorable et d'effets néfastes sur sa santé
- État dynamique dans un continuum



Il s'agit d'une sorte de parcours. Dans le cas d'un patient âgé avec de bonnes performances physiques, subissant un événement aigu comme une pneumopathie, il y aura un léger déclin fonctionnel avec perte de l'autonomie, cette perte va être réversible et la personne va revenir rapidement revenir au point de départ avec une récupération rapide et complète. Si les réserves fonctionnelles sont déjà sur le déclin, la survenue de cet événement aigu va entraîner une récupération lente et souvent incomplète.

## Les risques associés et le dépistage de la fragilité

La fragilité est un facteur d'événement péjoratif avec une augmentation du risque de mortalité (multiplié par 3 à 5 ans), le risque de dépendance est également augmenté (multiplié par 9 à 5 ans) et la durée d'hospitalisation est prolongée, et le risque d'incapacité est augmenté. Ces chiffres se basent sur des études de cohortes nord-américaines.

Comment dépister la fragilité ? La fragilité repose sur l'évaluation de réserves physiologique. Les tests que nous devons utiliser doivent être pratiques à effectuer, sensibles au changement afin de mesurer ensuite l'effet des actions mises en place et non invasifs puisqu'ils s'adressent à des personnes âgées. Pour approcher cette fragilité, nous utilisons des modèles issus de ces cohortes nord-américaines. Il y a deux approches, l'une basée sur le physique et le phénotype fragile et l'autre qui est cumulative et multi-domaines des pathologies et des dépendances. Le premier modèle, développé dans les années 2000 par Linda P. Fried, est basé sur des critères d'ordre physiologique : la perte de poids, le sentiment de fatigue, la baisse d'activité physique, la diminution de la vitesse de marche et la faiblesse musculaire ressentie. La présence de trois de ces critères définit l'état de fragilité. La présence d'un ou deux critères définit la pré-fragilité. L'absence de critère signifie la robustesse. Ce modèle est simple mais ne comporte aucun critère cognitif, psychologique ou social, ni celui de la littératie. Ce phénotype fragile est donc facile à effectuer mais va plutôt déterminer une population cible sur laquelle on aura une évaluation plus approfondie.

Au Canada un index de fragilité a été mis au point à partir d'une liste de comorbidité rapportée au nombre global d'items. Il nécessite un examen approfondi du patient. Cette méthode est plus longue mais présente l'avantage d'être une variable continue qui permet un suivi. Dans la pratique, on utilise une grille inspirée du travail de Linda Fried qui peut être remplie par le patient lui-même ou par les médecins traitants voire par les médecins urgentistes. Elle est utilisée par exemple à l'Hôpital de Versailles lorsque des personnes âgées viennent aux Urgences, par exemple pour une chute. Sur la grille, il suffit de cocher trois items pour que les patients soient adressés en consultation ou en hôpital de jour pour une évaluation plus approfondie.



### Les modèles

2 hypothèses fortes issues des travaux de deux cohortes nord-américaines

#### Approche physique :

– perte des réserves physiologiques et des capacités d'adaptation

→ Phénotype fragile (Fried et al, J Gerontol 2001)

#### Approche médicale :

– syndromes cliniques (troubles posturo-locomoteurs, cognitifs, thymiques, nutritionnels)

#### Approche fonctionnelle :

– limitations fonctionnelles (ADL)

#### Approche sociale

→ Accumulation de déficits (Rockwood et Mitniski, J Gerontol 2007)



### Phénotype fragile: les 5 critères de L.Fried

Cardiovascular Health Study (USA) 5317 sujets de ≥65 ans suivis 4 à 7 ans

- Perte de poids involontaire
- Fatigue déclarée
- Bas niveau d'activité physique
- Diminution de la vitesse de marche
- Faiblesse musculaire (force de préhension)

Robuste → aucun critère

Pré-fragile → 1 à 2 critères

Fragile → 3 critères ou plus

L'évaluation approfondie ou évaluation gériatrique standardisée est réalisée au sein d'un hôpital de jour avec une équipe pluri-professionnelle : infirmière, ergothérapeute, assistante sociale, neuropsychologue, diététicien, etc. Cette équipe est coordonnée par un médecin gériatre et va évaluer tous les domaines représentés ici. En pratique, elle recherche les antécédents, les pathologies chroniques et les symptômes qui peuvent évoquer des problèmes de fragilité. Elle analyse l'ordonnance, les traitements, l'observance, l'automédication etc. Elle réalise un examen clinique approfondi à la recherche notamment des pathologies de l'appareil locomoteur, des problèmes musculo-squelettiques qui peuvent avoir une incidence sur les performances physiques. Des examens complémentaires réalisés en amont en hôpital de jour seront aussi examinés. L'évaluation « standardisée » est complétée avec un questionnaire sur les activités de la vie quotidienne comme l'utilisation du téléphone, des transports ou la gestion de ses médicaments, de ses finances... Une batterie de tests neuropsychologique évalue la cognition et l'humeur. Concernant les performances physiques, sont testés : la vitesse de marche, le lever de chaise, l'équilibre, etc. Une enquête nutritionnelle permet d'évaluer les apports protéino-énergétiques qui ont un impact sur le muscle (sarcopénie). Le patient prend le déjeuner avec l'équipe ce qui permet de mesurer la façon dont il aborde le repas. S'ajoutent à cela le dépistage des troubles sensoriels, des questions sur la continence et une évaluation sociale menée par l'assistante sociale. Une synthèse est réalisée en équipe et l'élaboration d'un plan personnalisé de prévention et de soins est proposée au patient en hiérarchisant les actions d'amélioration et de prévention.

## **Dr Marc Harboun**

*Géiatre et Directeur médical  
Hôpital La Porte Verte*

*Membre du Comité technique  
Filière gériatrique du Grand  
Versailles*

*Membre de la Société française de  
gériatrie et gérontologie.*

### **Illustration par un cas clinique**

Prenons un monsieur de 70 ans qui vient voir son médecin traitant pour un renouvellement d'ordonnance. Il vit seul depuis le décès de son épouse et n'a pas d'enfants ou de famille. Il est isolé socialement.

Concernant ses traitements médicamenteux, il a un traitement antidépresseur depuis plusieurs années (Paroxétine), une trithérapie anti-hypertensive, un IEC, un thiazidique, un diurétique, un inhibiteur calcique. Il est également traité par une statine et de l'aspirine, prend du Temesta pour son sommeil. Habituellement en pleine forme, il semble moins bien, moins dynamique, le jour où il vient voir son médecin pour un renouvellement d'ordonnance.

Il ne se plaint d'aucune douleur, ne présente rien à l'examen clinique, mais signale des difficultés pour aller acheter son pain et son journal. Il marche de plus en plus lentement avec quelques troubles de l'équilibre mais n'a encore jamais fait de chute.

L'examen clinique indique une petite tension à 10/6, mais surtout une perte de poids (8 kg en six mois). Le patient indique qu'il ne mange pas bien, cuisine peu, grignote...

Ce monsieur est-il en état de fragilité ? Oui !

Utilisons l'échelle d'impression clinique de Rockwood. Nous avons ici une situation clinique évidente. Ce monsieur n'est pas en mauvaise santé. Il n'est pas, non plus, en bonne santé avec des comorbidités traitées et asymptomatiques. Il est apparemment vulnérable, est ralenti. Il a des morbidités qui sont symptomatiques, il est dans la situation 5 soit en état de fragilité légère avec ses IADL (activités instrumentales de la vie quotidienne) modérément perturbées. Il a du mal à faire ses courses, à préparer ses repas, on sent qu'il se passe quelques choses sans altération de ses activités de la vie quotidienne pour lesquelles il n'a pas encore besoin d'aide. On est donc dans le cas d'une fragilité légère.

Dans le cas d'une fragilité moyenne il aurait eu besoin de cette aide, dans le cas d'une fragilité sévère, ce sont toutes les aides qui auraient été nécessaires. Ici, la perception clinique a suffi.

## Fragile / Pas fragile ?

### Echelle d'impression clinique : Echelle de Rockwood

1. Santé excellente
2. Bonne santé
3. Bonne santé, avec comorbidité traitée et asymptomatique
4. Apparemment vulnérable (ralenti ou morbidité symptomatique)
5. Fragilité légère (IADL modérément perturbées)
6. Fragilité moyenne (besoins d'aide pour les ADL et les IADL)
7. Fragilité sévère (perte de toutes les ADL ou phase terminale de pathologie)

À tout cela s'ajoute d'autres critères comme ceux de Fried évoqués par Delphine Romain. Selon cette grille, il est également dépisté fragile sur la base de trois critères : la perte de poids sans cause évidente, la fatigue et le ralentissement de la marche.

Quels sont les risques à ce stade ? La fonte musculaire ou sarcopénie constitue le premier risque, avec les cellules musculaires qui sont progressivement remplacées par les adipocytes. Le patient est donc beaucoup moins performant et marche de plus en plus lentement, conséquence de sa dénutrition protidique.

Le deuxième risque est la chute, associée au risque de fracture du fait de la dénutrition : ostéomalacie, carence en vitamine D, fragilité osseuse, chute de faible cinétique, fracture. L'étape suivante est la perte d'autonomie avec la dépendance, le besoin d'un peu d'aide (cane ou plus). Le patient est alors sensible au risque iatrogène (trop de médicaments) et au risque de chute (hypotension orthostatique).

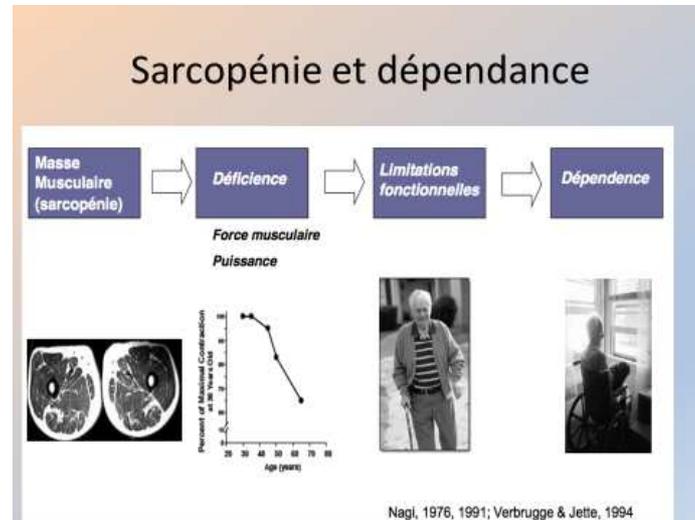
Par ailleurs, comme il est dénutri, qu'il ne boit pas bien et qu'il prend des IEC et diurétiques, il a un risque de déshydratation. Il a également un risque de dyskaliémie (potassium qui monte et qui descend), de dynatrémie, de dyscalcémie et enfin un risque infectieux du fait de sa dénutrition qui a un impact direct sur l'immunodépression et la performance des lymphocytes.

Tout cela entraîne donc un risque d'hospitalisation qui pourrait être longue puisqu'il sera au bout de la chaîne avec une fragilité accrue. Cette situation aurait pu être évitée mais pour cela il aurait fallu le dépister.

Ce dépistage devrait pouvoir se faire à domicile mais, dans la mesure où aujourd'hui les médecins n'ont plus le temps de se déplacer à domicile, le généraliste envoie le patient à une consultation spécialisée en gériatrie. Et oui, la gériatrie est bien une spécialité, cela doit être intégré. Cette consultation se passe en hôpital de jour et va proposer un bilan au terme d'une évaluation longue et complexe (évaluation sociale, nutritionnelle, *screenage* de l'autonomie, bilan du risque iatrogénique, évaluation des fonctions motrices). À l'issue de ce processus très long et très spécialisé on va baisser ou arrêter certains médicaments dont le thiazidique, limiter le traitement par Temesta pour le remplacer progressivement par autre chose proche de la benzodiazépine pour éviter le syndrome de sevrage. On va tester la pertinence de certains médicaments (statine et aspirine).

En conclusion, si ce patient n'est pas dépisté fragile dans cette situation préclinique, il risque des évènements intercurrents responsables d'hospitalisations répétées, d'une perte d'autonomie, etc. Cette évaluation, réalisable en hôpital de jour avec des gériatres et une équipe multidisciplinaire, permettra d'éviter ces complications.

## La prévention



Pour revenir sur l'idée de la prévention, je voulais ensuite vous parler de la sarcopénie, la fonte musculaire, sur des images de scanner. Il faut partir de cette image de la masse musculaire avec les muscles qui diminuent en volume, remplacés par le blanc qui est le gras. Cela entraîne une diminution des performances musculaires jusqu'à générer, sans prise en charge, une limitation fonctionnelle puis la dépendance.

Pour éviter cela, il faut aborder l'angle de la prévention pédagogique primaire, secondaire et tertiaire. Les éléments importants de la prévention primaire sont l'alimentation et l'activité physique. Il faut limiter les facteurs de risque (hypertension artérielle, arythmie cardiaque, diabète, hypercholestérolémie, obésité). Le dépistage et le traitement des déficits sensoriels sont aussi importants que le dépistage et la prise en charge d'une dépression. Il faut aussi évaluer la prise en charge des risques de chute, prendre en compte les vaccinations, les ordonnances, l'activité intellectuelle et le réseau social.

## Prévention primaire pour un vieillissement réussi

- Equilibre alimentaire
- Calcium : 1,5 g/jour
- Vitamine D : 800 UI/jour
- Activité physique : marche 30 mn/jour
- Traitement des facteurs de risque cardio-vasculaires : HTA ++, AC/FA, diabète, hypercholestérolémie, obésité, tabac
- Dépistage et traitement des déficits sensoriels
- Diagnostic et traitement d'une dépression
- Prise en charge du risque de chute (troubles de l'équilibre..)
- Vaccinations
- Attention aux ordonnances !!! (polymédication, iatrogénie, automédication)
  
- Activité « intellectuelle »
- Réseau social et affectif

16 juillet 2018

16

## Prévention secondaire dans le cas des maladies chroniques

Dépistage de la FRAGILITE peut se faire par :

- Evaluation gériatrique standardisée (EGS)
- Outils de dépistage de la fragilité en cancérologie(G8-oncodage)



16 juillet 2018

17

Cette déclinaison intervient en oncologie où l'on utilise Oncodage qui définit la fragilité avec une échelle courte inspirée du MNA (critères de nutrition, poids, activité physique, aspect neuro-psychologique, IMC). Les patients sont ainsi classés en « fragile » (score <14 sur 17) ou « non fragile » avec un traitement qui doit être optimisé. Lorsqu'un patient âgé est fragile, les oncologues l'adressent aux gériatres qui lanceront l'évaluation gériatrique spécialisée afin d'adapter le traitement et de minimiser le risque iatrogène. Lorsque le traitement d'un patient fragile est trop fort, il tombera en situation de dépendance.

Si au contraire vous l'améliorez (nutrition, motricité, dépistage de ses fragilités sociales), le traitement sera plus adapté et efficace avec maintien de l'autonomie du patient. Une étude mexicaine sur 1.370 sujets de plus de 65 ans, suivis pendant plus de 10 ans, montre qu'au bout de 10 ans, les robustes n'ont pas décliné d'un point de vue cognitif tandis que les fragiles ont beaucoup décliné ce qui montre le lien entre l'état cognitif et la fragilité. Donc, lorsqu'on dépiste la fragilité, on limite l'évolution des troubles cognitifs.

---

**Question de la salle**

**Marc Pulik**

Existe-t-il une évaluation des possibilités d'implication des services d'aide à la personne dans le repérage de la fragilité ?

**Dr Marc Harboun**

Nous manquons de littérature sur le sujet. Le concept est ancien outre-Atlantique mais assez récent en France. Jean-Pierre Aquino pourra sans doute nous apporter des éléments mais ce repérage reste très clinique. Il se passe en ville, auprès des patients, à domicile. Il y a malgré tout un lien de dépistage assez évident avec les services d'aide à la personne.

**Dr Jean-Pierre Aquino**

À Toulouse, le Gérontopôle mène une expérience intéressante avec la commune de Blagnac. Le repérage de la fragilité avec un pont harmonieux organisé avec le médecin traitant puis l'hôpital de jour si nécessaire.

---

**Question de la salle**

**Stéphanie Douchet, directrice d'une résidence autonomie (Noisy-le-Roi)**

Existe-t-il en littérature un lien établi entre fragilité et lien social et peut-on en connaître un peu plus sur ces questions ?

**Dr Marc Harboun**

Ce lien existe, c'est le repérage d'abord de l'isolement social qui n'intervient pas dans les études essentiellement médicales mais il est évident. Le social est très important. Cet isolement social a une répercussion directe sur toute la clinique. Un patient isolé aura une déclinaison de la fragilité plus importante, c'est démontré dans la littérature.

Pour compléter, l'Atlas des fragilités abordé plus haut est issu du croisement des données sanitaires et des données sociales au niveau de tous les territoires français et vous pouvez y trouver des données sur les Yvelines organisées selon la fragilité des populations qui y habitent.

---

**Question de la salle**

**M. Michaud, société de services à la personne**

Dans les sociétés de service à la personne nous sommes en première ligne pour identifier les fragilités. Sur le terrain, nous observons souvent une prise de conscience en premier chez les aidants. En revanche, quand sont mises en place des prestations qui visent à travailler sur les cinq points énumérés, comme par exemple les promenades quotidiennes, on se heurte souvent à une sorte de déni du fait que les personnes n'ont pas encore accepté qu'elles deviennent âgées. L'aide pour le ménage ou le jardinage est bien acceptée mais se faire aider pour les courses ou la promenade ne passe pas. Quelle réponse apporter ? Comment emmener les gens que nous identifions à votre diagnostic ? Comment faire pour qu'il y ait une prise de conscience et une acceptation du vieillissement et que le pas du diagnostic soit franchi ?

## **Dr Delphine Romain**

À l'issue de cette journée d'évaluation nous établissons un plan personnalisé qui est discuté avec le patient et ses proches pour déterminer les objectifs sur lesquels nous allons pouvoir agir. Mais il faut en effet l'adhésion de la personne pour qu'elle participe au plan ce qui n'est ni évident ni facile. Souvent, nous nous faisons aider par nos assistantes sociales afin d'aller progressivement vers les personnes qui en ont besoin. C'est un travail de longue haleine et qui nécessite de la persuasion.

### **Dr Hélène Pitti-Ferrandi**

*Gériatre, Responsable de la  
Consultation mémoire  
Hôpital La Porte Verte*

*Formatrice de bénévoles  
Malakoff-Médéric*

*Membre de la Société française de la  
gériatrie et gériologie*

La prévention de la maladie d'Alzheimer s'inscrit dans une prévention plus globale et ses effets vont, en raison de facteurs de risque communs, influencer sur d'autres grandes catégories de maladies liées à l'âge et sur la mortalité.

La maladie Alzheimer et les maladies apparentées (MAMA) sont des pathologies démentielles qui entraînent des troubles cognitifs associés à des troubles du comportement retentissant sur l'autonomie. Les principales causes de ces pathologies démentielles sont d'une part les causes neurodégénératives et d'autre part les causes vasculaires. La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative représentant 70 % des cas des pathologies démentielles. Est-il possible de prévenir cette maladie dégénérative ?

### **Éléments de contexte**

Cette maladie résulte d'un processus physiopathologique complexe, multifactoriel, pour lequel il existe des facteurs de risque dont certains sont potentiellement modifiables ce qui permettrait d'en diminuer la survenue. La maladie se déroule en trois temps. Durant la première phase qui peut durer 15 à 20 ans, la maladie est présente mais asymptomatique. Puis, apparaissent les premiers signes cliniques qui sont classiquement des troubles de la mémoire. À ce stade, il peut être difficile d'identifier si les oublis sont potentiellement graves et représentent le début d'une maladie neurodégénérative, ou s'il s'agit des oublis que l'on peut observer dans un vieillissement physiologique avec un contexte psychoaffectif particulier. Cette phase correspond au trouble cognitif léger. Puis, la maladie va évoluer, suivant un processus inéluctable, avec l'apparition d'autres troubles qui vont entraîner une perte d'autonomie.

Il y a donc un continuum physiopathologique et une large fenêtre de prévention puisque de nombreuses années s'écoulent entre le début de ce processus et l'apparition des premiers signes cliniques de la maladie.

La prévalence des MAMA est de 6 à 8% après 65 ans avec une augmentation exponentielle de l'incidence avec l'âge. Leur expression est donc tardive dans la vie d'un sujet. Ainsi plus on est âgé plus le risque de voir apparaître les premiers signes de ces maladies est élevé. Les estimations sont alarmantes dans la mesure où, sans modification de la prévalence, nous prévoyons 1,7 millions de malades en France et 131 millions dans le monde pour 2050. Un retard d'apparition des signes de la maladie de deux ans permettrait de diminuer de 20 % le nombre de malades. L'objectif actuel est de comprimer la période avec des troubles en retardant le moment où apparaissent les premiers troubles de la maladie. Ainsi si nous arrivions à reculer ce moment de cinq ans, nous reculerions de 50% la prévalence de la démence d'apparition tardive, ce qui est considérable.

Les traitements médicamenteux proposés dans la maladie d'Alzheimer sont des traitements symptomatiques ayant une efficacité modérée avec des réponses variables selon les malades. Ils ont été remis en cause durant l'année 2016 et un déremboursement est prévu le 1<sup>er</sup> août 2018. Ils constituent néanmoins une prise en charge de la maladie, même si elle est modeste. L'espoir d'un traitement curatif reste lointain (improbable d'ici 2025), d'où le développement de travaux sur la prévention et les stratégies psychosociales de prise en charge de cette maladie.

Le coût estimé des MAMA est très important, 1,5 % du PIB et incite fortement à réduire au maximum ces pathologies et à retarder l'apparition de la perte d'autonomie. L'analyse du système de surveillance de la maladie en France révèle des cohortes vieillissantes datant de 30-40 ans. Les bases de données médico-administratives de l'Assurance maladie sont incomplètes car cette maladie est sous-diagnostiquée et sous-déclarée avec des données qui ne reflètent pas la réalité. La Banque Nationale Alzheimer collecte les données des consultations mémoire et des neurologues en ville mais doit faire l'objet d'une amélioration de la qualité de son système d'information. Il existe une nouvelle cohorte, la cohorte Constances, composée de 200.000 personnes tirées au sort et suivies par l'Assurance maladie. Il n'existe pas véritablement pour cette cohorte de dépistage de la démence mais une mesure de l'état cognitif. Deux problèmes se posent : le jeune âge de la cohorte qui impose d'attendre longtemps avant d'utiliser les données et le nombre important de refus. Or le refus de participation à des études est corrélé à l'état cognitif des sujets ce qui pose problème pour la constitution d'un échantillon représentatif. D'autres pistes sont à explorer, la médecine de ville et les coupes Pathos en EHPAD pourraient participer au système de surveillance.

## Le rapport du HCSP

Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, publié en décembre 2017, a élaboré des recommandations à partir des connaissances actuelles concernant la prévention de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Ces recommandations devraient permettre la mise en œuvre d'une stratégie de prévention. Quatre axes d'action sont proposés : sensibiliser la communauté des professionnels de santé à ces maladies ainsi qu'aux possibilités de prévention, promouvoir des actions de prévention à des moments cibles et pour des publics cibles, intégrer la démence dans la stratégie nationale de santé et le futur Plan national de santé publique, promouvoir la surveillance épidémiologique et la recherche sur la prévention de ces maladies.

## État des données sur les facteurs de risque et les facteurs protecteurs

Il est important de comprendre que la plupart des facteurs associés à un risque diminué ou augmenté de MAMA n'ont pas de lien de causalité formellement démontré.

Dans la population âgée, la maladie est rarement purement dégénérative, ceci d'autant moins que l'âge augmente. C'est fréquemment un cumul lésionnel dans cette population qui est à l'origine des troubles observés. On retrouve donc des lésions dues à la maladie d'Alzheimer mais aussi des lésions vasculaires et d'autres lésions neurodégénératives, d'où l'objet d'une approche préventive d'une préservation cérébrale globale.

Concernant les facteurs protecteurs, les personnes ayant un haut niveau socioculturel auront une expression plus tardive de la maladie du fait d'une protection liée à leurs capacités acquises par l'éducation. Leur réserve cognitive importante leur permettra de mieux faire face aux dommages lésionnels. Indépendamment de l'éducation, les personnes à QI élevé semblent aussi protégées, tout comme les personnes bilingues. La question de l'activité professionnelle est plus délicate à

évaluer dans la mesure où elle est fortement liée au niveau d'éducation et au niveau socio-économique du sujet. Il est donc impossible de déterminer si certaines professions ont en elles-mêmes un impact sur le risque de survenue de la maladie. La poursuite tardive de la vie professionnelle concerne également souvent les personnes qui ont le plus haut niveau socioculturel, ce qui rend l'interprétation difficile.

L'étude des 3 Cités montre que les activités de loisirs, qui intéressent et stimulent, ont un effet protecteur ou sont en tout cas associées à une moindre fréquence de survenue de la démence. Sur la qualité de l'environnement communautaire, les données montrent qu'un environnement social défavorisé, même avec un niveau d'éducation élevé, a un impact négatif. Nutrition et activités physiques ont un effet protecteur indéniable avec une prédominance du régime méditerranéen dans son apport global et pas seulement sa consommation riche en poisson (oméga 3). La vitamine D semble avoir un effet positif mais l'intérêt d'une supplémentation n'est pas démontré. Quant à l'alcool, les études sont contradictoires et il n'est pas recommandé d'en consommer. L'activité physique est au contraire reconnue pour ses effets favorables, diminuant le risque de démence de 18%.

À l'inverse, dans le domaine des facteurs de risque nous savons que l'hypertension artérielle multiplie par deux le risque de démence tandis que son contrôle diminue ce risque. L'impact du diabète est mal connu. Il constitue un facteur de risque, dont la prévalence progresse mais les troubles cognitifs chez les diabétiques sont sous-estimés cliniquement. Le tabac, y compris le tabagisme passif, est un facteur de risque. L'obésité serait un facteur de risque à 50 ans et non à 60 ans. Ce constat permet des actions ciblées de prévention des pathologies démentielles en fonction des périodes de l'existence et c'est vers le milieu de la vie que les facteurs de risque cardiovasculaire nécessitent une prise en charge. Il faut donc s'en préoccuper vers 40 ou 50 ans. Pour la dépression, il n'y a à l'heure actuelle aucune étude qui montre qu'elle prédispose à développer une démence. En revanche, la maladie neurodégénérative et vasculaire cérébrale va fréquemment entraîner des réactions dépressives et la dépression accompagne souvent le début de la maladie réactionnelle à la perception douloureuse des troubles et de la perte d'autonomie. Certains médicaments sont associés à un risque plus élevé de démence. Les benzodiazépines peuvent occasionner des troubles mnésiques chez le sujet âgé avec des syndromes confusionnels possibles mais aucune étude n'a démontré un lien de causalité entre la prise au long cours de ces médicaments et la survenue de pathologies démentielles. Les anticholinergiques sont des molécules qui peuvent également entraîner des syndromes confusionnels donc il convient d'être prudent dans leur utilisation. Quant au déficit auditif, s'il précède le déclin cognitif, il est difficile de savoir si sa correction va prévenir la survenue de la maladie d'Alzheimer. Le déficit olfactif, lui, l'accompagne et peut en constituer un signe prédictif.

## Études interventionnelles

Selon la méta-analyse de S. Norton *et al.*, il existe sept facteurs de risque potentiellement modifiables : diabète, hypertension, obésité, inactivité physique, dépression, consommation de tabac et faible niveau d'éducation. Environ 30 % du risque de survenue de la maladie seraient attribuables à la combinaison de ces facteurs. Une autre méta-analyse de W. Xu *et al.*, retrouve neuf facteurs de risques impliqués dans deux tiers des cas de maladie d'Alzheimer. Mais quels sont les résultats des études interventionnelles ? La modification de ces facteurs entraîne-t-elle une diminution de la survenue de ces maladies ? L'étude FINGER a montré qu'en appliquant conseils alimentaires, exercice physique, entraînement cognitif sur ordinateur, prévention et suivi médical de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, on constate, deux ans après le début de l'intervention, une amélioration cognitive nette de 25 % par rapport au groupe témoin notamment sur la fonction exécutive, très importante dans le maintien de l'autonomie. L'étude MAPT quant à

elle n'a pas montré ces résultats malgré une intervention multi-domaine. Mais cependant, l'intervention multi-domaine semble montrer un léger impact non-significatif sur les pathologies démentielles. L'étude HATICE, en cours, est une intervention multi-domaine qui va plus précisément s'intéresser aux facteurs de risque cardiovasculaire pour évaluer l'impact de leur contrôle sur une diminution du déclin cognitif.

## Quelle organisation ?

Deux objectifs à atteindre : la réduction de la stigmatisation des MAMA et la démonstration d'une prévention possible. Pour cela, différents moyens sont mis en œuvre :

- La diffusion de messages de prévention avec des campagnes de communication grand public et la création d'un site institutionnel,
- La formation initiale et continue avec un volet santé du cerveau dans l'éducation en santé de l'enseignement primaire et secondaire (car la prévention commence bien avant 40 ans) et un volet prévention pour les professionnels de santé,
- La promotion d'actions de prévention : suivre les recommandations du PNNS (pratiquement identiques au régime méditerranéen) et avoir une activité physique régulière, bénéficier d'activités stimulantes au plan intellectuel, réduire les facteurs de risque cardio-vasculaire, limiter la consommation de psychotropes et anticholinergiques, lutter contre l'isolement, conserver une vie sociale riche, et valoriser la notion de projet de vie et l'estime de soi, l'adaptation au changement, ce que l'on retrouve dans le programme européen Bien vieillir.

On peut ainsi distinguer trois étapes importantes: à 45 ans le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire, vers 60-65 ans la promotion de l'alimentation et de l'exercice physique avec le maintien des activités stimulantes, puis un focus plus marqué sur l'activité physique à partir de 75 ans. Tout cela crée un contexte favorable pour développer la prévention des maladies en général et d'Alzheimer en particulier. On peut retenir que ce qui est bon pour le cœur l'est aussi pour le cerveau, que l'exercice physique est un élément clé dans la préservation des fonctions cognitives et que seules les interventions multi-domaines seraient efficaces.

---

### Marc Pulik

À l'issue de toutes ces interventions, il semble évident qu'au-delà de la simple question de la prévention nous sommes dans quelque chose de plus large avec un trouble du spectre Alzheimer qui ressemble à de la démence mais où les facteurs cardio-vasculaires entrent en jeu. Le plus surprenant reste la méconnaissance des professionnels de santé concernant la prévention, même dans des établissements de santé pluri-professionnels disposant de toutes les compétences nécessaires. D'où le rôle des gériatres pour porter cette parole et celui du conseil départemental pour organiser les professionnels de santé dans des équipes pluridisciplinaires, pour prévenir la maladie. Comment pouvons-nous procéder pour sensibiliser nos collègues ?

### Dr Hélène Pitti-Ferrandi

La situation est compliquée car la maladie d'Alzheimer est souvent difficile à repérer pour ces professionnels et sa prise en charge est particulièrement chronophage. Pour eux, la maladie d'Alzheimer intervient après, dans le domaine de la gériatrie, pas à 40 ou 50 ans. Il faudrait qu'ils comprennent l'intérêt de mener une action préventive dès cet âge-là. Beaucoup de médecins ne connaissent pas le grand âge car ils ne voient plus ces personnes qui sont prises en charge par les

gériatres. Dans l'optique d'une sensibilisation il est intéressant de faire valoir qu'actuellement l'incidence de la maladie diminue et que l'on voit en modèle réel l'impact de ses mesures. Il est par contre à noter que l'action de ces mesures sur la mortalité augmente les groupes à risque ce qui rend compliqué le calcul sur la prévalence future.

-----

**Question de la salle ?**

Cette maladie est-elle héréditaire ?

**Dr Hélène Pitti-Ferrandi**

Les maladies héréditaires concernent les patients jeunes qui ont des mutations génétiques et qui vont développer la maladie tôt. Mais avec l'avancée en âge, il y a certes des facteurs génétiques de prédisposition mais qui ne sont ni nécessaires ni suffisants pour développer la maladie. Le fait d'avoir un parent qui a cette maladie augmente le risque, comme pour un cancer du sein, sans pour autant être certain que l'on va développer cette maladie.

-----

**Question de la salle**

Pour un parent, un aidant, quels sont les facteurs qui peuvent alerter ? Les oublis répétés des consignes par exemple ?

**Dr Hélène Pitti-Ferrandi**

Ce sont les troubles de la mémoire. La personne ne va pas stocker les nouvelles informations : elle va reposer les mêmes questions, vous téléphoner plusieurs fois d'affilée, oublier votre date de visite, etc. C'est anormal.

-----

**Question de la salle**

En tant que directrice d'une association d'aide à domicile, je souhaiterais savoir comment aider les gens à aller se faire dépister ? En l'absence de diagnostic, les gens sont dans le déni. Ils ont beaucoup de mal. Quels seraient les arguments ?

**Dr Hélène Pitti-Ferrandi**

Il ne faut pas « aller se faire dépister », il faut « aller consulter ». Quelle que soit l'origine des troubles, des moyens thérapeutiques existent : prise en charge orthophonique, intervention des ESA, aides médico-sociales, etc. En consultation les personnes souvent ne viennent pas pour savoir si elles ont la maladie d'Alzheimer. Elles se demandent ce qu'il faut faire face à des troubles précis. Il est important de rester prudent lors de l'annonce diagnostique en l'état actuel des connaissances. C'est un diagnostic qui reste de probabilité. Etre atteint de maladie d'Alzheimer ne doit pas être stigmatisant mais l'annonce doit être prudente pour des raisons scientifiques. Et puis la mise en place de soins adaptés reste l'objectif.

### **Sylvie Renaut**

*Chercheur*

Caisse nationale d'assurance  
vieillesse (CNAV)

*Membre du Comité de rédaction*  
Retraite et Société

Nous allons à présent changer d'univers et quitter le champ médical pour aller chez les habitants voir comment ils vivent chez eux. Quelques mots de rappel historique : il existe depuis longtemps au sein de la CNAV une unité de recherche sur le vieillissement. Nous sommes une petite équipe de chercheurs en Sciences humaines et sociales et nous travaillons sur le parcours de vie après 50 ans autour de trois axes de recherche : de l'activité à la retraite, l'habitat et le logement, la fragilisation des retraités. Nous allons aborder la question du logement et nous attarder sur la fragilisation des retraités.

### **Vieillir dans son logement**

Les origines de notre travail sur l'habitat et le logement se situent au début des années 2000, lorsqu'il y avait peu de liens entre les acteurs du logement et les acteurs du vieillissement. Les uns parlaient du vieillissement du bâti et les autres du vieillissement des individus. Sont alors arrivés deux appels à projets, émanant conjointement des deux ministères des affaires sociales et du logement, auxquels nous avons répondu. À l'issue de ces travaux, il nous est apparu nécessaire d'aller plus loin dans nos recherches, en travaillant à deux niveaux, sur les enquêtes quantitatives de la statistique publique et directement avec les gens, en allant chez eux pour nourrir nos réflexions. Les bases de données sont nécessaires mais elles ont leurs limites. Nous avons réalisé des entretiens qualitatifs en demandant aux gens comment ils envisagent leur parcours résidentiel, l'aménagement de leur logement après la retraite, leur gestion des difficultés, etc. Nous avons aussi travaillé sur les propriétaires occupants modestes et la question du changement de logement. Actuellement, nous abordons le sujet du vieillir à deux en étudiant les aides et l'entraide dans le couple.

Quelques chiffres : il y a aujourd'hui environ 15 millions de personnes de plus de 60 ans, 3 millions ont plus de 80 ans. Si l'on tient compte des Logements foyers (actuelles Résidences-Autonomie) 700.000 personnes fréquentent les EHPA, chiffre à rapprocher des 90 % de personnes de 75 ans et plus qui vivent en logements ordinaires. Car au final, la Résidence-Autonomie appartient au logement ordinaire au même titre que les résidences services, les habitats intermédiaires, alternatifs ou encore les habitats inclusifs dont il est question dans la loi Elan (en discussion actuellement). L'essentiel du vieillissement se passe donc à domicile pour les plus âgés, le plus grand nombre.

# Lieu(x) de vie où vieillir

## Pour mémoire

- 15,5 millions de personnes de 60 ans ou plus,
- **3,3 millions ont 80 ans ou plus**
- 728 000 personnes vivent ou fréquentent un EHPA,
- 10% des personnes de 75 ans et plus en EHPA

Les 101 880 places en logement-foyers (résidences autonomie) classées en EHPA relèvent en réalité du **logement « ordinaire »**, comme les habitats intermédiaires, alternatifs... mais aussi les résidences services, seniors, etc. dont on peine à évaluer l'ampleur de l'offre

## ➔ Jusqu'au grand âge en logement « ordinaire »

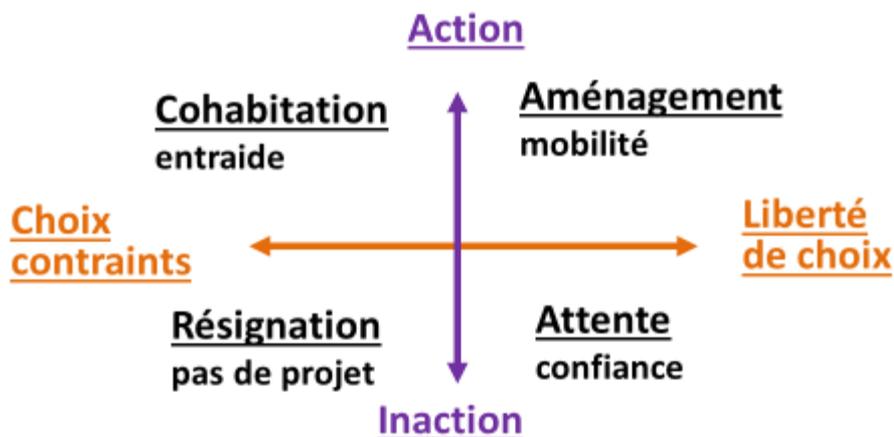
Quels sont les configurations des ménages à domicile ? Comment les gens vivent-ils chez eux ? Il faut noter que la vie en couple dure plus longtemps grâce à une meilleure espérance de vie pour tous, et un peu plus rapide pour les hommes. Le compagnonnage à deux se poursuit donc plus longtemps. Jusqu'à 80 ans plus de la moitié des gens vit en « couple seul ». C'est un point important car il y a une tendance à considérer l'isolement à domicile comme seule réalité du vieillissement.

Comment prolonger la vie chez soi, adapter son logement, s'y adapter ? Les gens disposent d'un certain nombre de ressources, plus ou moins contraintes, en matière de logement, selon le statut d'occupation, la surface, l'organisation, selon le type d'habitat (collectif ou individuel, type de quartier), la santé (vieillesse ordinaire ou pathologique), les revenus (niveau, composition, sources), et enfin le réseau (voisinage, proches, conjoint, etc.). Dans la façon de penser au vieillissement, nous observons qu'il y a une tension entre la liberté de choisir, lorsque l'on a des ressources matérielles, les ressources en réseau, en famille, en santé pour garantir son autonomie de décision, par rapport aux gens qui ont des choix contraints sur ces aspects-là.

## Les stratégies d'adaptation

A travers les entretiens, nous voyons comment les gens appréhendent la manière dont ils vont vieillir dans leur logement. Nous observons quatre types de comportements. Parmi les gens qui vont pouvoir décider par eux-mêmes et qui sont autonomes dans leur décision il y a deux groupes, ceux qui vont faire des aménagements et ceux qui vont attendre. Parmi les gens qui ont des choix contraints, un groupe va se résigner à domicile, un autre va re-cohabiter avec les enfants adultes. Ce dernier groupe représente toujours une proportion stable autour de 9 % des 75 ans et plus dans les enquêtes.

## Stratégies d'adaptation au contexte personnel et environnemental



8

Pour détailler ces comportements, le tout premier groupe a les moyens d'attendre et des conditions de vie qui sont agréables. Il ne voit pas de raison d'anticiper.

Prenons l'exemple de Jeanne, veuve, médecin, 80 ans, propriétaire à Paris. Dans son entretien elle raconte n'avoir vu aucun intérêt à investir dans des aménagements, des dispositifs techniques. Un jour de panne d'ascenseur, son mari est pourtant tombé dans l'escalier, et il est décédé. Mais cela n'a pas modifié sa réflexion et elle envisage l'accident de son mari comme une forme de fatalité. Autre exemple, Gérard, qui est également sur Paris, là où les gens ont plus de facilités en matière de revenus. Il est dans le même état d'esprit. Il se trouve qu'il a rencontré des problèmes de handicap dans sa vie et qu'il a su les surmonter. Il a des ressources en lui pour voir venir.

Le deuxième groupe a également les moyens d'agir. Ils ont des ressources matérielles, familiales et un réseau. Mais ils sont déjà, eux, dans une dynamique de prévention du vieillissement. Ils sont souvent guidés par une histoire familiale antérieure, un parent dont ils se sont occupés.

Premier exemple, celui d'une dame dans le Nord-Pas-de-Calais à qui son fils a installé une douche dans un placard et qui envisage de la descendre au rez-de-chaussée par la suite. Elle a un environnement autour d'elle qui l'accompagne dans son vieillissement.

Deuxième exemple, M. Albert, qui a fait la démarche de quitter la maison qu'il avait construite lui-même. Ayant hébergé sa mère de nombreuses années il avait pu mesurer les conséquences de vieillir dans cette maison. Il a donc acheté un appartement dans lequel il a d'ailleurs déjà fait quelques aménagements.

Le troisième groupe est celui des gens avec peu de ressources (environnement, revenus, type de logement) qui se résignent. Les deux exemples à suivre sont en logement social dans le Nord-Pas-de-Calais.

Pour le premier, il s'agit d'un monsieur dont la maison a les pièces à vivre au premier étage et les chambres au deuxième. Il a donc descendu son lit dans la salle à manger et ses voisins ont installé une barre d'appui dans la salle de bain, qui est par contre restée au deuxième étage. Ce sont les voisins qui viennent faire la toilette avec lui mais il ne veut pas partir, quitter son voisinage qui lui permet de rester chez lui. Toutes les propositions de relogement sont donc insatisfaisantes de son point de vue.

Le deuxième exemple est un couple qui vit dans le bassin minier. Ils ont installé eux-mêmes une

salle de bain dans l'arrière-cuisine mais ne peuvent plus utiliser la douche et font leur toilette au lavabo. Ils sont coincés chez eux. Ils sont locataires du parc social. Le bailleur n'a pas l'intention de faire les travaux car leur résidence est appelée à être vendue. Donc ils attendent.

Quatrième groupe, celui qui a opté pour la cohabitation. Le principe est la mise en commun des ressources, logement et revenus, des deux générations pour faire face. Pour certains, il s'agit de faire face au vieillissement et au besoin d'aide dans la vie quotidienne, pour d'autres, cela relève de la nécessité d'héberger un enfant, souvent un fils, en rupture conjugale ou professionnelle. Au fil de l'eau, cet enfant va devenir l'aidant, de sa mère le plus souvent.

Le premier exemple est Lucienne qui habite un 2 pièces parisien et qui a décidé d'héberger sa mère qui ne pouvait plus accéder à son appartement au 2ème étage sans ascenseur. Elles dorment dans la même chambre, choix raisonné malgré la taille de la chambre, ce qui leur permet de rester dans leur quartier.

Deuxième exemple, Georgette, héberge son fils qui est sans activité. Aujourd'hui, le fils est devenu l'aidant de sa mère. Quand elle en a besoin, il aide à la toilette.

## Les habitants sous contrainte

Revenons à présent sur les habitants sous contrainte en mettant en parallèle les propriétaires occupants modestes et les locataires du parc social. Pour illustrer ces propos, l'exemple de Mme Lamy est caractéristique. Elle vit en banlieue parisienne dans un logement qui va devenir trop grand à entretenir dans quelques années. Elle n'a pas d'enfant, elle est célibataire. Elle ne peut pas vendre pour racheter un bien plus petit. Elle a souhaité déposer un dossier aux HLM mais son statut de propriétaire le lui interdit. Avec sa petite retraite, elle aurait besoin de dégager de l'argent pour faire d'autres activités et aller visiter sa famille régulièrement. Elle est coincée. Elle envisage donc de laisser son logement à l'État et qu'en échange l'État s'occupe d'elle de son hébergement en maison de retraite.

Autre exemple, celui du couple Mulsen qui habite un studio. M. Mulsen a fait une chute il y a 3 ans et a maintenant du mal à se déplacer. Le logement est au deuxième étage sans ascenseur, il est donc confiné chez lui. Ils attendent d'être relogés depuis trois ans.

Dernier exemple, celui d'un couple sans enfant qui a obtenu d'être relogé dans un logement social. Ils sont passés du cinquième étage sans ascenseur au premier étage, toujours sans ascenseur. Le monsieur est en dialyse et ne peut pas descendre l'escalier, il doit être porté par les ambulanciers. Son épouse ne se sent pas capable de revivre un déménagement.

## Écouter, regarder

Par rapport à vous, professionnels de la gériatrie, nous avons la chance de pouvoir prendre le temps sur le terrain pour observer les gens, regarder comment ils habitent leur logement. Quand ils vivent en couple, nous nous entretenons avec les deux conjoints. Cela nous permet de leur donner d'abord la parole pour qu'ils définissent à deux ce qui est bien pour eux. Avec le recul, au fil des enquêtes, nous constatons qu'il y a de plus en plus d'aménagements : douches aménagées, barres d'appui, déambulateurs, etc. Les générations actuelles ont connu le vieillissement de leurs propres parents, ce qui est assez nouveau, et constitue une expérience dont ils peuvent se nourrir. Pour terminer, un dernier exemple qui illustre l'importance de prendre le temps de regarder les gens vivre. Nous avons rencontré une dame qui se hisse depuis son fauteuil roulant sur un échafaudage de tabourets particulièrement bancal pour pouvoir continuer de faire la cuisine pour

son mari qui n'a jamais mangé d'autre cuisine que la sienne, après celle de sa mère. Son équilibre est à ce prix, sans sa cuisine elle est perdue. Cette dame dit " faut pas se plaindre, y'a plus malheureux que nous, c'est ce que je dis, du moment qu'on est tous les deux ensemble, on est tranquilles ». Voilà ce qu'il faut voir et pouvoir respecter.

---

### **Marc Pulik**

Sur la question de la cohabitation intergénérationnelle, quels sont les déterminants de ce choix ? Comment les pouvoirs publics peuvent-ils jouer sur ces déterminants pour la développer ? Voyez-vous des disparités entre les régions ?

### **Sylvie Renaut**

Précisons qu'il s'agit de cohabitation familiale intergénérationnelle. Il a été dit que la co-résidence familiale avait disparu ou allait disparaître mais de notre côté nous voyons la permanence de son maintien. Nous avons observé l'effet des parcours professionnels difficiles de la génération des enfants, c'est-à-dire les quinquas, qui a des problèmes de ressources. On met donc en commun le logement, puis se crée un binôme qui n'avait pas été prévu au départ, le plus souvent pour aider la mère. Dans l'autre sens il y a des cas où la santé du parent âgé motive l'enfant à aller s'installer chez lui.

---

### **Question de la salle**

#### **Gwendoline Cotrez (Movadom)**

Je vous remercie pour le travail que vous réalisez sur la mobilité résidentielle, nous utilisons beaucoup votre revue Cadr'@ge pour sensibiliser les retraités. Dans le cadre de notre activité, le déménagement des retraités, nous rencontrons beaucoup la problématique du confinement qui est peu abordée. Beaucoup de gens sont dans des logements très adaptés mais ils ne sortent plus car ils vivent en étage sans ascenseur et qu'ils n'ont pas connaissance des types de logement qui sont possibles pour eux. Il y a une vraie peur du logement adapté qui est vu comme un lieu dont on ne peut plus sortir. Dans vos enquêtes, avez-vous l'impression que les gens sont bien informés sur le logement adapté ?

### **Sylvie Renaut**

Effectivement, à la question de savoir s'ils envisagent un jour de changer de logement, les réponses sont très variables. Mais on observe malgré tout qu'il n'y a pas un attachement si viscéral au logement et que c'est vraiment l'environnement qui prime. Si l'on déménage les gens dans un logement adapté, ils peuvent certes circuler chez eux mais ils ne voient plus personne. Ils préféreront se laver au lavabo plutôt que d'être confinés chez eux. Le message est clair : les gens âgés sont avant tout attachés à leur environnement.

### **Kevin Charras**

*Psychologue*

*Docteur en psychologie  
environnementale*

*Responsable du Centre de formation  
et du Living lab*  
Fondation Médéric Alzheimer

Dans le champ des interventions psycho-sociales, nous avons peu l'habitude d'intervenir en termes de prévention dans la mesure où nous travaillons sur des déficits qui sont déjà ciblés. Nous avons déjà abordé ce matin les niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire auxquelles nous pourrions même adjoindre une prévention quaternaire qui est sur la prévention de fin de vie ou à la limite entre la réelle prévention et le traitement de l'individu. C'est d'ailleurs la question que soulève le domaine des interventions psycho-sociales car elles visent à améliorer la qualité de vie des personnes malades en maximisant les capacités qui sont préservées dans le cadre de déficits ciblés.

### **Définition et mode d'action des interventions psychosociales**

Du point de vue de la prévention primaire, nous allons donc viser des personnes qui n'ont pas encore de troubles cognitifs. Aux alentours de de l'âge de 40 ans la prévention s'axerait plutôt vers des mesures d'information sur les risques encourus en fonction du mode de vie, de l'hygiène de vie, de l'hygiène mentale (solliciter les capacités intellectuelles), sur le maintien des activités sportives et sociales. Nourrir son réseau social, aussi, est très important en termes de prévention pour réduire les risques de troubles cognitifs dus au vieillissement, notamment de type Alzheimer.

Dans le cadre de la prévention secondaire, nous travaillons avec des personnes qui ont des troubles cognitifs modérés, discrets. Ils sont en début de maladies. Dans la mesure où ces personnes sont plutôt à domicile nous allons nous orienter vers des stratégies compensatoires. On parle de « réhabilitation écologique » car il s'agit de s'insérer dans la vie de la personne et de proposer des outils que la personne utilise déjà quotidiennement. Les activités sociales sont particulièrement encouragées.

Dans la prévention tertiaire, on bascule sur des interventions que l'on va essentiellement retrouver en EHPAD. Ces interventions sont centrées sur la qualité de vie de la personne en recherchant le maintien de ses capacités et en s'organisant autour d'activités de loisirs dans une logique de bien-être, de bien vieillir. Cela demande aussi un certain soutien de la personne. Dans ce cadre, la frontière entre ce qui appartient à la prévention et ce qui appartient à l'accompagnement de la personne au quotidien est difficile à définir.

## Les motivations

Quelles sont les motivations de cette prévention du point de vue de la santé publique ? Il y a bien sûr la compression des morbidités qui pourrait faire gagner un certain nombre d'années en EHPAD. Mais se pose alors la question du coût de cette compression dont l'économie effectuée paraît relative au regard des dépenses de santé : faut-il réduire les coûts aujourd'hui pour les dépenser demain ? Nous manquons encore de données pour répondre à ces questions-là.

Au niveau individuel, la prévention intervient surtout au niveau du bien-vieillir. On cherche évidemment à faire augmenter l'espérance de vie en bonne santé mais aussi la qualité de vie en préservant au maximum l'indépendance et l'autonomie. Cependant, on se demande parfois pour qui met-on en place cette prévention ? La question peut se poser dans la mesure où ce sont souvent les familles et les professionnels soignants et non les personnes concernées qui se mobilisent face à la situation. De la réponse à cette question découle celle de la déontologie de la prévention : peut-on forcer quelqu'un à adopter une perspective de prévention ou considère-t-on que cela fait partie des choix de vie ?

## Les mécanismes d'action

Les mécanismes d'action des interventions psychosociales ont déjà, en partie, été abordés dans d'autres présentations. L'épigénétique - i.e l'impact du mode de vie sur l'expression des gènes (nous n'avons à ce stade pas identifié de gène plus protecteur qu'un autre) -, par exemple, nous indique que les modes de vie avec une forte proportion de stress et d'anxiété sont statistiquement à risque pour le développement des troubles cognitifs. D'un autre côté, au niveau neurologique, nous observons que toute intervention sur l'environnement de la personne, son mode de vie, sur l'entretien de ses capacités intellectuelles, a un impact sur sa maturation cérébrale, quel que soit son âge. Plus quelqu'un est sollicité intellectuellement, plus les réseaux neuronaux seront riches. D'un point de vue cognitif, comportemental, nous travaillons sur des stratégies pour faire face à des situations problématiques (« coping ») mais aussi sur l'épanouissement de l'individu, son bien-être au quotidien.

Il est important de comprendre qu'il n'est jamais trop tard pour intervenir auprès de quelqu'un. Même à 80 ans, après une vie entière d'habitudes inchangées, il est encore possible de modifier les choses pour mieux vivre les quelques années qui restent.

## Constats épistémologiques

Nous sommes souvent interrogés sur la réussite de ces actions. Au niveau des interventions psycho-sociales il y a encore des progrès à faire mais de nombreuses avancées commencent à se dessiner aujourd'hui, que l'on peut mesurer grâce à des évaluations rigoureuses d'un point de vue scientifique. Nous sommes souvent comparés aux sciences biomédicales dont les résultats sont concrets, rigoureux, palpables, observables. Les sciences sociales quant à elles sont plus abstraites et leur impact n'est pas toujours directement mesurable, quand elles ne sont pas carrément discutables d'un point de vue théorique. Il y a de réels progrès à faire tant du point de vue de la méthodologie pour l'évaluation de ces interventions psycho-sociales qu'au niveau de la recherche en statistiques car aujourd'hui nous manquons d'outils pour évaluer la complexité de l'humain du point de vue de la variabilité inter-individuelle. Pour poursuivre sur cette comparaison, en exagérant le trait, les sciences biomédicales adoptent des modèles à dominantes déterministes

alors que les sciences sociales se fondent plutôt sur des modèles probabilistes. Ce sont des caractéristiques que l'on peut retrouver dans les modélisations cognitives, avec une variabilité très importante de solutions entre un point A et un point B.

## La mise en place de la prévention

Le cadre de prévention cible la dégradation cognitive, la santé sociale (capacité à gérer ses devoirs de citoyen, capacité à gérer sa vie de façon autonome, capacité à participer à la vie sociale et sociétale) et enfin les activités instrumentales de la vie quotidienne. L'objectif sera donc de cibler les réserves cognitives afin de trouver des chemins alternatifs pour compenser les pertes qui sont dues à la maladie (travail sur la plasticité cérébrale). Nous misons aussi beaucoup sur les capacités préservées dans une approche « Use it or lose it » (tu perds ce que tu n'utilises pas).

La qualité de vie est bien sûr essentielle et cette question est régulièrement évoquée. Moins souvent abordée, par contre, est la volonté de la personne à suivre une politique de prévention. Cette question est tout aussi capitale pour prévenir certains risques en termes de vieillissement cognitif.

D'un point de vue traditionnel pour avoir une vie saine on recommande de faire certaines choses et de ne pas faire d'autres choses. Citons ce trait d'humour : Un patient va voir son médecin et lui demande comment il peut vivre le plus longtemps possible en meilleure santé possible. Le médecin répond qu'il faut arrêter de boire, de fumer, de se coucher trop tard et de manger trop gras, trop sucré, trop salé... Il ajoute qu'il faut par contre manger 5 fruits et légumes par jour, faire du sport 30 minutes par jour, lire beaucoup et pratiquer des activités sexuelles sans excès. Il ne faut pas avoir une vie trop effrénée. Il ne faut pas être trop stressé, trop angoissé. Il ne faut pas rester seul tout le temps, mais il ne faut pas être tout le temps accompagné non plus. Le patient regarde alors son médecin et lui demande si en suivant tous ces conseils il va vraiment vivre plus longtemps et en meilleure santé. Celui-ci répond qu'il ne peut pas être sûr que cela va fonctionner mais que ce dont il est sûr, c'est que le reste de sa vie va lui paraître bien plus long !

Cela illustre bien l'importance de s'adapter à la volonté de la personne de suivre où non ces conseils car l'important n'est pas de vivre plus longtemps mais de vivre bien. Il est évidemment désagréable d'avoir une maladie, nous y avons tous été confrontés un jour ou l'autre, mais si l'alternative est de mourir d'ennui... Il convient donc de se demander de quelle manière nous souhaitons vivre les années qui nous restent.

## Conditions de réussite d'une politique de prévention

C'est tout l'intérêt de baser la prévention sur l'individu. Face à une personne de 40 ans, il faut être capable de lui montrer l'utilité de la démarche. Quand on donne la consigne des fameux cinq fruits et légumes par jour, les gens la suivent mais ils n'en voient pas l'impact car celui-ci se mesure à 10 ou 15 ans, avec le développement ou non de cancers intestinaux, par exemple. Sans nier l'importance de ce genre d'intervention, il est très difficile de faire adhérer à ce type de prévention. Il faut avant tout une compatibilité avec le mode de vie de la personne que l'on va accompagner pour obtenir un soutien en retour car les effets de certaines mesures ne sont pas observables. Il faut donc accompagner les mesures de prévention d'une valorisation de ce qui est mis en place et qui permet de réduire les risques. Ainsi, les mesures de prévention doivent être attractives auprès des jeunes et moins jeunes, ce qui représente un gros effort que l'on peut presque qualifier de « marketing social ». Préconiser une activité physique tous les jours c'est socialement acceptable mais il ne faut peut-être pas se focaliser sur la course quand on peut

proposer la randonnée ou la marche qui sont plus attractives et permettent de joindre l'utile à l'agréable (visiter un musée par exemple).

## Conditions de réussite d'une politique de prévention

- Utilité de l'intervention
- Observabilité de l'impact
- Compatibilité avec le mode de vie
- Soutien et accompagnement

### Attractivité de l'intervention



## Comment ne pas aggraver la situation ?

Sur les interventions psycho-sociales nous allons éviter les interventions trop contraignantes pour favoriser une réhabilitation écologique, qui s'adapte aux activités de la vie quotidienne de la personne de manière à favoriser son autonomie cognitive. Nous nous appuyons aussi beaucoup sur le suivi et le soutien psychologique et social de la personne, éléments déterminants pour s'assurer que la personne continue à suivre les recommandations de prévention que l'on propose. Nous observons alors un impact à différents niveaux : dans les activités de la vie quotidienne, l'humeur, la cognition et la dépression des aidants, la satisfaction des personnes, l'interaction sociale, la communication, les comportements, la qualité de vie, l'orientation, les émotions... De nombreux types d'interventions existent, il ne faut pas hésiter à en prendre connaissance.

La difficulté pour nous en tant que psychologue c'est que nous manquons d'indications pour ces interventions. Pour quel type de symptômes, de personne, de profil conviennent-elles ? Une fois le diagnostic prononcé se pose alors la problématique de ne pas aggraver la situation de la personne. Il faut pour cela que la personne soit actrice de sa propre santé, qu'elle prenne ses propres décisions, c'est le cœur de la prévention solidaire, « l'empowerment » recommandé au niveau international. Nous ne sommes pas tant dans le champ de la prescription que dans celui de la proposition. Pour que ces choix soient réellement motivés, nous devons éviter d'avoir une attitude stigmatisante, et essayer d'accepter la condition de la personne et sa vie d'avant, avec parfois des comportements qui n'étaient pas sains et qui ne l'ont pas aidée à se préserver des troubles cognitifs. Il peut nous arriver d'avoir une attitude culpabilisante envers les personnes qui ont beaucoup fumé, beaucoup bu, fait la fête, se sont couchées tard, ont eu des rythmes de vie stressants. Cela fait partie intégrante de leur vie.

Nous avons parlé tout à l'heure d'iatrogénie médicamenteuse. Dans notre champ d'intervention aussi se pose la question de l'impact négatif des solutions qui sont proposées. Pour illustrer ce propos, un exemple vécu dans un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) où se posait la question de la dégradation cognitive des patients. Nous avons proposé un dispositif

d'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs après une hospitalisation, souvent en urgence, et nécessitant des soins de suite. En SSR, il n'y a ni accueil de jour ni accompagnement spécifique des gens atteints de la maladie d'Alzheimer. Nous avons donc proposé de mettre en place un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) du type de ceux que l'on trouve aujourd'hui dans les EHPAD. En termes d'éducation thérapeutique, cela aurait pu constituer une approche intéressante pour les personnes qui vivent encore à domicile et sont de passage en SSR, mais cela aurait pu être aussi un centre de ressources pour la famille et les proches. Notre démarche permettait enfin un transfert de connaissances pour les patients qui résident en EHPAD et les professionnels qui les encadrent. Mais face à notre proposition il nous a été opposé des questions de budget et le projet n'a jamais vu le jour. Du coup nous sommes obligés de faire avec une simple unité cognitivo-comportementale qui pour certaines personnes, dont les troubles cognitifs ne le nécessitent pas mais ne pouvant pas faire l'économie d'un accompagnement adapté, n'auront pas l'impact escompté.

## La prévention sociétale

Dans la droite ligne des interventions qui ont précédé, nous allons aborder la prévention sociétale. La société a aussi son rôle à jouer dans la prévention avec l'intégration des dispositifs d'accueil dans la Cité. Lorsqu'on regarde les EPHAD, ces énormes bâtiments qui accueillent entre 80 et 120 personnes, a-t-on l'impression d'intégrer les gens dans la Cité ? On prévient la fugue en enfermant les gens. Pourrait-on envisager d'accompagner les sorties de ces personnes ? Cela nécessite des moyens. Il existe aussi de petites unités de vie, ou le maintien à domicile. Il faut réfléchir à adapter au maximum les services de proximité : commerces, dentiste, pharmacie, coiffeur, taxi... Dans certains pays, les ergothérapeutes travaillent sur la manière d'adapter ces différents dispositifs. Il faut sensibiliser les acteurs de la vie quotidienne (pompiers, policiers, services de la ville, commerçants, voisinage, etc.), cela participe de la prévention pour que les personnes puissent rester intégrées à la vie dans la société.

Nous arrivons ainsi sur des modèles dits « écologiques » qui sont beaucoup plus larges et qui existent depuis longtemps. Ces modèles montrent que les différents systèmes dans lesquels nous vivons - la société, les institutions, la famille, le voisinage - vont avoir un impact sur l'épanouissement, le développement de l'individu et même sur les systèmes internes à l'individu avec un impact sur l'expression génétique et la maturation cérébrale.

---

### Marc Pulik

La notion de choix individuel est capitale et doit-nous faire réfléchir sur la liberté d'expression. Michael Balint avait déjà préconisé de réfléchir à trois : le médecin, la maladie et le malade. En tant que médecin, il n'y a rien de pire que de se prononcer à la place des patients. Cela marque un échec de la prévention.

---

### Question de la salle

#### Audrey Renaudin, gérante de Libre à vous, société d'aide à domicile (78)

Les traitements à la DHEA, les pilules de jouvence, sont interdites en France tandis qu'elles sont assez consommées aux États-Unis et dans d'autres pays, notamment pour lutter contre la perte de mémoire. Est-ce pertinent ?

### Kevin Charras

En tant que psychologue il m'est difficile de vous répondre. Je n'ai pas vraiment de connaissances sur ces pilules. Il semble qu'en termes de traitement contre la maladie d'Alzheimer, contre les troubles cognitifs, on puisse observer un certain nombre d'impacts dans le cas des troubles légers à modérés. Mais cela est très remis en cause aujourd'hui avec le déremboursement des médicaments. Pour les pilules de jouvence, le Pr Beaulieu devait travailler sur la question, je ne sais pas où en sont les recherches mais je préfère laisser la parole à un médecin.

### Marc Pulik

En tant que médecin je peux vous dire qu'aucune étude n'a démontré l'efficacité des traitements (DHEA, mélatonine, etc.). Il est cependant très difficile de mesurer un impact éventuel car il ne faut jamais négliger l'effet placebo.

### Dr Jean-Pierre Aquino

Il y a des risques car il s'agit d'une hormone. Dans le cas de cancers méconnus (prostate chez l'homme, cancers hormono-dépendants chez la femme), cela va révéler la maladie. Cela reste des situations particulières mais il faut être prudent.

-----

### **Question de la salle**

Faut-il être formé pour faire des interventions psychosociales ou tout le monde peut-il en faire ?

### Kevin Charras

Il n'y a pas de réglementation exigeant un diplôme particulier pour réaliser de l'entraînement cognitif, des activités physiques, etc. Toutefois, les activités physiques seront revendiquées par les professeurs de sport comme faisant partie de leur domaine d'intervention, tandis que le domaine de la psychologie sera le pré-carré des psychologues. Il faut garder à l'esprit que ces interventions ne s'improvisent pas, mais rien n'interdit de s'en inspirer pour accompagner les personnes au quotidien. Par contre, promettre tel ou tel impact en fonction des différentes actions mises en place reste risqué et nécessite une connaissance accrue. Il peut être intéressant de se former mais quant à savoir s'il faut un diplôme spécifique, et si des professionnels sont plus habilités que d'autres à effectuer ces interventions, cela reste un point d'actualité très discuté en ce moment... Tout n'est pas forcément thérapeutique et ne nécessite pas un diplôme (accompagner des personnes au quotidien, leur faire faire des activités physiques...). Dans d'autres cas, comme pour la musicothérapie, par exemple, il existe un cadre législatif qu'il faut bien sûr respecter.

### *Modérateur*

**Thibault Jarade-Pieniek**

*Directeur de l'Autonomie*

Maison départementale de l'autonomie, Direction générale adjointe des Solidarités, Département des Yvelines.

### **Luc Broussy**

*Président*

France Silver Éco

*Directeur*

Cabinet EHPA Conseil

*Responsable du think tank Matières grises*

Mon intervention part de plusieurs points de vue. Investi dans les EHPAD, comme beaucoup ici, j'ai été délégué général d'un syndicat de maisons de retraite et j'ai créé le Mensuel des Maisons de Retraite. En 2013, lorsque j'étais encore vice-président du Conseil départemental du Val-d'Oise, j'ai été mandaté pour réaliser un rapport sur l'adaptation de la société au vieillissement (consultable sur internet). C'est un rapport que je vous invite à lire. Il a servi d'apport à la réflexion qui a présidé à la rédaction de la loi d'adaptation au vieillissement de 2015.

### **Le temps de l'analyse**

Je connais bien le monde médico-social et j'insiste sur la nécessité, pour soi-même et pour l'évolution du secteur, de prendre régulièrement le temps de l'analyse tout en étant conscient de la difficulté que cela représente quand on est à la tête d'un établissement ou d'un service. Nous assistons à la convergence de trois grandes révolutions.

#### *La révolution démographique*

La première révolution est une révolution démographique au niveau mondial. Si l'on regarde un pays comme la Chine, tout y est démesuré, les données chiffrées sont démultipliées, les établissements Alzheimer proposent des centaines de places, le nombre d'infirmières à embaucher dans les prochaines années se compte en millions. Et en Chine la question démographique est une problématique absolument majeure. Nous ne nous rendons pas compte de la richesse des sociétés occidentales avant de vieillir. Après une forte période de croissance dans les Trente Glorieuses nous pouvons nous permettre de vieillir grâce aux régimes de retraite. En Chine ce n'est pas le cas. L'enrichissement et le vieillissement sont concomitants. En Europe, le vieillissement est très hétérogène. Pour ce qui concerne la France, le taux de natalité avoisinant les 2,0 fait sa force et la population ne va cesser de croître dans les 30 ou 40 prochaines années alors que tous les pays de

L'Europe de l'Est vont voir leur population diminuer, l'Allemagne en premier lieu. Les courbes des populations française et allemande vont se croiser entre 2050 et 2060 où il y aura plus de Français que d'Allemands. Ce sont donc deux problématiques différentes que de vieillir dans un pays dont la population croît (France, Angleterre, Espagne,...) ou dont la population décroît. En Allemagne ou en Italie, où le taux de natalité est de 1,2 - 1,3, la question du vieillissement peut apparaître comme une calamité ou un défi. Cela relativise aussi le problème des migrants. Tous les pays ne seront pas, de ce point de vue-là, classés à la même enseigne.

En France, et c'est peut-être notre défi du moment, il y a un détail que l'on n'a peut-être pas suffisamment anticipé, c'est l'explosion, certes des personnes âgées, certes des personnes de plus de 85 ans mais surtout celle des personnes de plus de 85 ans valides. Aujourd'hui, il y a 2 millions de plus de 85 ans. En 2050 ils seront 5 millions dont 3 millions qui ne seront pas en perte d'autonomie et qui vivront leur vie. C'est la raison pour laquelle nous avons essayé d'imprimer ce changement de paradigme des politiques publiques. Au lieu d'avoir les yeux braqués uniquement sur les EHPAD, sur la dépendance, sur le SSIAD ou Alzheimer, il faut prendre en compte les millions de Français qui auront plus de 85 ans, seront fragiles, mais ne seront pas dépendants. Ils n'auront pas besoin de maison de retraite ni de SSIAD mais ils auront besoin d'un logement adapté. C'est tout le problème que nous retrouvons dans le débat actuel sur la loi ELAN. Ce projet de loi est dédié à l'adaptation des logements des personnes handicapées. On peut penser que le coût de l'adaptation est très excessif pour un petit nombre de personnes en fauteuil roulant. Or les personnes qui ont besoin d'un logement adapté dans les 30 prochaines années sont des millions de personnes âgées (dont des centaines de milliers de personnes handicapées) qui seront à mobilité plus ou moins réduite et auront besoin de ces logements adaptés.

### *La révolution sociologique*

La deuxième révolution est sociologique et vous pouvez le constater plusieurs fois par semaine dans votre vie quotidienne. Je la fais démarrer à 1945 avec le début du baby-boom or  $1945 + 85 = 2030$ . C'est donc bien à partir de 2030 que le nombre de personnes âgées va exploser en France. Nous disposons donc de 10 ans pour faire des réformes structurelles. Nous allons voir cette génération qui avait 20 ans en Mai 68 arriver à l'âge de la fragilité. Ils ne vont pas arriver avec les mêmes armes, le même caractère, la même culture. Il y a eu en mai 2017 un appel dans Libération intitulé « Vieillir chez soi » signé par Bernard Kouchner, Daniel Pennac, Alain Touraine, Marcel Gaucher, Françoise Barré-Sinoussi (Prix Nobel de Physiologie),... Ces intellectuels de 70 à 90 ans signaient ainsi pour la première fois un appel sur leur propre vieillesse. Si vous êtes directeurs d'EPHAD dans 10, 15, 20 ans, ce sont ces gens-là auxquels vous serez confrontés et ils n'auront pas les mêmes réflexes, la même culture, la même conception de leur vie à domicile. Ils n'auront pas non plus la même appréhension des progrès technologiques et numériques.

### *La révolution numérique*

Car il s'agit-là de la troisième révolution, la révolution numérique. Lorsque sort la PlayStation 3, elle a l'équivalent en puissance de calcul du plus gros ordinateur du monde en 1985 qui mesurait les trois quarts d'un court de tennis. Les progrès sont tels qu'on ne les voit plus. Connaissez-vous la loi de Moore ? Cette règle, inventée à la fin des années 60 montre que la puissance de calcul d'un composant électronique double tous les deux ans. Donc la capacité numérique a explosé de manière exponentielle. Même si les spécialistes disent que cela commence à ralentir, cela ralentit tout de même dans le progrès. Nous avons une véritable révolution technologique sous nos yeux (iPhone, GPS, Waze, etc.).

## L'impact de ces révolutions

En 2004, le ministère américain de la Défense a mis en place un concours avec plusieurs millions de dollars à la clef : réaliser 150 km avec un véhicule autonome dans le désert du Mojave en Californie. Le meilleur a réussi à parcourir 15 km et personne n'a remporté le prix. Les deux professeurs du MIT qui rapportent cette histoire en 2012 le font dans un véhicule autonome capable de rouler 200 km sans qu'il soit besoin de toucher le volant.

Nous tenons régulièrement des colloques où nous abordons la question des transports, la location d'un minibus pour la mobilité des seniors, etc. Mais il faut garder à l'esprit que le progrès va impacter tout cela, va impacter notre vie quotidienne. Il ne s'agit pas de science-fiction. On parle de nanotechnologies, de biotechnologies, d'objets connectés, d'intelligence artificielle. Ces « NBIC » vont révolutionner les sciences. Il y aura des progrès médicaux importants que nous ne mesurons pas aujourd'hui mais, aux États Unis comme en Europe, on réfléchit à toutes les évolutions technologiques. Quel est l'impact de ces révolutions technologiques ? C'est là que se place la réflexion du transhumanisme, sorte d'école de moins en moins philosophique et de plus en plus googlisée qui s'intéresse à la façon dont les révolutions médicales, technologiques, vont impacter le corps. Lorsque l'on parle de la DHEA, nous sommes en plein cœur du débat. Que sera la médecine de demain, la réparation ou l'augmentation ? L'augmentation jusqu'où ? C'est l'une des questions qui va se poser. Des centaines de millions de dollars sont investis par Google dans sa filiale Calico. C'est l'objectif de beaucoup de gens de faire en sorte que l'ensemble de ces projets nous permette de vivre plus longtemps en meilleure santé. Il faut regarder de près ces révolutions. Les Américains inventent, innovent et vendent, les Chinois copient, et les Européens font de l'éthique et de la réglementation. Les jalons sont posés pour les 50 prochaines années. Avec les GAFAs, les Européens sont clairement distancés et se spécialisent dans les questions d'éthique, c'est important. Sur la planète, on partage les tâches : nous c'est l'éthique ! Il va falloir réfléchir à cette question et aussi cesser cette bataille qui n'a pas de sens entre l'humain et le robot.

Au cœur du sujet qui nous préoccupe, comment faire en sorte que ces évolutions technologiques et numériques puissent améliorer le sort des personnes âgées hébergées en EHPAD ou suivies à domicile. Une grande association d'aide à domicile du Val d'Oise avait fait l'objet d'un audit lorsque j'étais élu du département. L'association avait reçu un courrier d'avertissement sous prétexte qu'il y avait de la téléassistance et quelques outils informatiques pour tracer le personnel. On demandait où était le côté humain. Or l'humain est toujours au cœur de cela et notre défi, sur le terrain, est de regarder ces évolutions technologiques et faire en sorte de les importer pour le mieux de tout le monde : les résidents, la famille, les aidants, le personnel. Lorsque l'on commence à piocher dans toutes les évolutions actuelles, on trouve matière à espérer, à regarder, à repérer ce qui peut être positif. Prenons l'exemple de l'application Famileo, créée par des jeunes de Saint-Malo et qui commence à se faire connaître. Le concept est tellement simple que l'on se demande pourquoi ne pas y avoir pensé avant. Le principe est que la famille prenne des photos via l'application, les légende et de les envoie à l'EHPAD qui les diffuse sous forme de journal papier hebdomadaire auprès du résident. C'est une application d'une simplicité totale et cela renforce le lien social, le lien familial.

Dans le même ordre d'idée, une technique japonaise permet au moyen d'une puce de savoir à quel moment la personne a besoin d'aller aux toilettes. Le jour où tout le monde pourra en bénéficier, cela permettra peut-être d'éviter de mettre des couches ou d'en mettre tout le temps, on pourra peut-être programmer... Voilà une évolution technologique qui permet une meilleure prévention, qui permet au personnel de mieux s'organiser et à la personne ne de ne pas sombrer trop rapidement dans l'incontinence.

## L'innovation à l'échelle territoriale

Le problème, aujourd'hui, c'est que cet environnement est en train de naître, de se développer. Vous allez trouver une innovation à un endroit, qui y sera présentée comme une première mondiale, vous allez trouver presque la même à un deuxième endroit un peu plus loin et puis à un troisième, chacun pensant être à l'origine de l'innovation. Tout cela donne une impression brouillonne pour la simple raison que ça l'est en effet !

Nous sommes au début de quelque chose qui va ensuite se structurer et c'est la raison pour laquelle le rôle des Conférences des financeurs est essentiel et doit être préservé pour garder toute son efficacité là où d'autres institutions ont couru vers l'échec absolu. Les Clic par exemple n'ont pas maillé tout le territoire, manquent d'homogénéité. Les MAIA sont un peu plus réussies. Les Paerpa sont considérés par certains comme un échec absolu.

Sont arrivées les Conférences des financeurs. Michel Delaunay, Jean-Pierre Aquino et moi-même y avons beaucoup travaillé et avons remis nos rapports respectifs au même moment, aux mêmes personnes. La Conférence des financeurs de la prévention, initiée par Jean-Pierre Aquino a aussi pour vertu d'être un lieu qui favorise l'innovation. De l'argent est dégagé pour permettre de développer des initiatives innovantes à l'échelle d'un territoire. La difficulté réside par contre dans le fait qu'il y a ainsi 100 Conférences départementales différentes avec 100 projets, 100 appels à manifestation d'intérêt et donc potentiellement 100 sujets qui sont gérés en parallèle. Mais il est très difficile pour des industriels et des groupes de taille moyenne de développer des solutions sur un territoire un peu plus large. Il leur faut régulièrement regarder dans les autres départements les appels à projet ou à manifestation d'intérêt où ils pourraient déployer leurs solutions. C'est donc une réflexion en cours avec le cabinet d'Agnès Buzyn. Pour les Conférences des financeurs le bilan est largement positif mais tout récent. Avant de risquer d'aller trop loin dans l'erreur, il conviendrait de faire le bilan pour s'assurer qu'elles ne deviennent pas trop institutionnelles, ne sont pas trop considérées comme un outil du département et de l'ARS, mais soient réellement un lieu de réflexion autour des innovations technologiques et de leur déploiement. À 90% l'impasse est humaine. Comment prendre le temps de penser technologie quand on n'a pas son nombre d'heures à domicile ou en établissement ? Il faut donc sanctuariser ces dépenses et affecter 100-150 millions d'euros exclusivement réservés à l'innovation et la technologie. C'était l'idée de départ et il ne semble pas que le cahier des charges ait été tout à fait respecté. Tout cela doit être examiné prochainement.

## Demain, l'ubérisation

Voilà, nous sommes donc partis de Chine pour arriver à Versailles mais ces grandes (r)évolutions doivent être attentivement suivies. En ayant toutes ces problématiques en tête, n'hésitez pas à lire le prochain mensuel de Maison de retraite qui consacre un plein dossier à l'intelligence artificielle, à l'ubérisation et au transhumanisme. Vous pouvez également lire l'ouvrage de Luc Ferry sur ce dernier sujet. Toujours sur le transhumanisme, son exposé aux Assises nationales des EHPAD (mars 2018) est également disponible en ligne. Laurent Alexandre, rare énarque médecin, est parfois un peu excessif dans ces propos, lorsqu'il dit par exemple que des gens vont vivre 300 ans mais il soulève des concepts intelligents comme la mort de la mort. Lorsque l'on travaille aujourd'hui dans le monde du vieillissement, on ne peut pas ignorer ces évolutions. Dernier ouvrage à lire pour rattraper 20 ans de retard en matière d'évolution technologique, Le second âge de la machine (Erik Brynjolfsson et Andrew McAfee).

La révolution technologique n'est pas seulement une question d'usage. À 83 ans mon père utilise Facebook de façon quotidienne. Dans 5 ou 10 ans nous aurons un public tellement plus technophile que toutes les générations qui ont précédé. Et au cœur de tout cela il y a l'intelligence artificielle, qui fait le robot, qui va permettre toute une série de progrès scientifiques, qui est à

l'origine, au cœur de l'ubérisation. Comment est-ce que l'on va se faire ubériser ? Nous allons tous nous faire ubériser, mais comment et quand ? Les tout premiers concernés sont les cardiologues et les chirurgiens. Dans quelques années, il sera plus sûr de se faire opérer par un robot que par des mains humaines. Certains métiers sont amenés à disparaître sous 10 ans, comme les experts-comptables ou les chauffeurs de camions aux États-Unis. À l'inverse pour les infirmières et les aides-soignantes c'est plus compliqué... Notre secteur est le plus éloigné de l'ubérisation. Mais l'année dernière une jeune start-up a souhaité créer un service d'aide à domicile ubérisé. Le principe est que la personne choisit l'auxiliaire de vie de son choix via un support numérique. Le projet n'a pas vu le jour mais il est tout à fait viable et cela se passera de cette manière. Qui peut croire une seule seconde qu'avec l'évaluation des EHPAD par l'HAS, nous n'aurons pas nous aussi notre classement du Point des EHPAD. Les hôpitaux sont classés par Science et Avenir, Le Point, etc. depuis qu'il y a l'HAS. Nous aussi nous aurons notre « booking.com » avec des évaluations. Il est certain que l'ubérisation va passer par nous. Nous ne savons encore ni quand ni comment mais ce qui est beau dans la révolution technologique c'est qu'il y a encore plein de défis devant nous.

---

### **Thibault Jarade-Pieniek**

Un des défis de la Conférence des financeurs est aussi de faire coïncider le temps des projets très rapides et celui, plus long, de l'administration avec ses délais de mise en œuvre au cours duquel un projet devient obsolète. Un point semble quand même poser question. Dans les domaines de la santé et de l'autonomie, sans vouloir être trop critique mais avec du recul, les grands projets (EDMP, télégestion, etc.) ont montré la difficulté des pouvoirs publics à soutenir des technologies. Comment faire avec les enveloppes budgétaires qui sont à notre disposition pour soutenir ces projets, pour soutenir la maîtrise d'œuvre en appui technique de ces projets ? Comment faire également pour que l'intervention publique soit pertinente ?

### **Luc Broussy**

Effectivement, mais à l'instar de Bernanos pour qui les optimistes sont des imbéciles heureux tandis que les pessimistes sont des imbéciles malheureux, il faut rester optimiste. Lorsque j'étais formateur en master de direction des maisons de retraite, le fil conducteur était d'amener les futurs directeurs à « se mettre à la place de », qu'il s'agisse d'un conseiller départemental, d'un ARS, d'un député... Tous travaillent à l'amélioration du bien-être des personnes âgées ! Les professionnels ont souvent l'impression d'être les seuls légitimes or chacun a sa propre légitimité. Il faut donc y arriver ensemble. Sur les questions technologiques c'est le même principe. Il va falloir que les pouvoirs publics s'adaptent. Si les conseils départementaux n'ont pas disparu, ce n'est pas pour leurs missions d'urbanisme, de gestion des collèges, etc. mais pour l'action sociale. C'est un gros enjeu.

Tandis que nous vivons des réformes tarifaires qui ne laissent plus aucune latitude, il faut entrer dans l'innovation, dans l'ingénierie, et c'est là que les pouvoirs publics sont nécessaires. Pour ne pas le citer, Marc Bourquin, directeur de l'autonomie à l'ARS île-de-France est par exemple sans cesse à l'affût des innovations, des expérimentations. Au sein de toutes les réformes qui voient le jour en ce moment, la suppression des appels à projets est indispensable. Il faut redonner l'initiative de l'innovation aux professionnels. Ce n'est pas aux pouvoirs publics de le faire. L'article 51 du PLFSS pour 2018 est une véritable boîte de Pandore pour l'innovation. Aujourd'hui plus aucun projet ne peut être présenté en dehors de cet article. L'ARS, les conseils départementaux, les professionnels sont en capacité de comprendre qu'il faut être souple. L'article 51 va bientôt devenir la norme, alors qu'il était censé être une exception. C'est pour cela qu'il faut « casser les silos » et que cette expression est un terme que l'on arrive de plus en plus à entendre dans les ARS, dans les départements et même dans la bouche de la ministre. Il est donc en train de se passer

quelque chose. Depuis que les acteurs du secteur ont gagné en autonomie, l'innovation est le terrain de jeu privilégié pour travailler autrement. Il y a donc toutes les raisons d'être optimiste lorsque que les promoteurs de projets ne trouvent pas porte close auprès des pouvoirs publics. Quant au manque de crédits il ne doit pas être utilisé comme prétexte.

### **Dr Jean-Pierre Aquino**

Quels sont les objectifs de France Silver Éco ?

### **Luc Broussy**

Depuis 2014, l'association essaye de fédérer les grands acteurs de la Silver économie. La Silver économie aujourd'hui n'est pas constituée que des EHPAD et des SSAD. Au sein de France Silver Éco il y a La Poste qui transforme le métier des facteurs qui n'ont plus rien à distribuer mais dont l'atout formidable est d'être là, sur le terrain. Il y a aussi Orange, Legrand, Schneider, Hager, beaucoup d'entreprises du secteur de la communication, la Fédération Hospitalière de France, la Croix rouge, etc. Nous avons aussi le Crédit Agricole ou la BPCE car le prêt à la consommation des seniors, les prêts hypothécaires en viager dont forcément des pistes de réflexion sur le finance du phénomène de la dépendance... Il y a également la problématique des seniors propriétaires avec un gros patrimoine mais de faibles ressources. Il va falloir trouver des solutions différentes, notamment avec les banques, les mutuelles, etc. Au sein de France Silver Éco nous avons aussi Saint-Gobain qui, via Lapeyre, travaille sur la cuisine à hauteur variable, la salle de bain évolutive, etc. qui vont permettre demain d'aménager les logements pour les personnes à mobilité réduite. Il n'y a aucun pan de l'économie d'aujourd'hui qui n'ait dans un coin de son cerveau une réflexion sur la façon de s'adapter demain au vieillissement de la population. Ce n'est pas juste une vision « techno ». Agnès Buzyn l'a bien dit dans son discours. Elle a parlé du vieillissement à la maison et dans le monde. La maison va être le cadre de toute une série de révolutions qui vont nécessiter des outils technologiques pour permettre de mieux prévenir, de mieux sécuriser, de renforcer le lien social. Et de l'autre côté on doit pouvoir être dans une ville où l'urbanisme est accueillant...

La Silver économie est une forme de synonyme de l'adaptation de la société. Les entreprises, les acteurs économiques et sociaux, savent qu'il faut évoluer avec la société et avec une clientèle qui va devenir de plus en plus âgée. Il faut consulter les productions du CGET disponibles en ligne sur le vieillissement et les territoires. Là où nous allons vieillir, c'est aussi une question essentielle. Cela diffère selon que l'on est en plein cœur de Versailles, en milieu périurbain, en milieu rural cela va charrier des politiques publiques différentes, raison supplémentaire en faveur de la décentralisation.

### **Modératrice – Béatrice Bouy**

*Responsable de la mission Conférence des financeurs*

Maison départementale de l'autonomie des Yvelines

En tant que membre de la Conférence des financeurs, le département des Yvelines en assure la présidence et salarie la chargée de mission qui permet la mise en œuvre au quotidien des actions de cette Conférence. Nous allons maintenant faire le tour de l'ensemble des membres qui la composent.

### **Magalie Rasclé**

*Directrice adjointe*

Mutualité sociale agricole (MSA) Île-de-France

La Mutualité sociale agricole est le deuxième régime de sécurité sociale en France après le régime général. Elle couvre le monde agricole qui comprend des agriculteurs mais aussi des salariés du tertiaire (Crédit Agricole, Groupama, etc.). En tant que caisse de sécurité sociale, la MSA a la particularité d'être Guichet unique : elle couvre l'intégralité des risques autour de ses adhérents avec le recouvrement des cotisations sociales, le règlement de prestations santé comme le fait la Caisse d'Assurance maladie du régime général, le règlement de prestations familiales comme la Caf pour le régime général, et enfin le versement des prestations de retraite comme le font la CARSAT ou la CNAV. C'est ce rôle de caisse de retraite qui nous a amenés à rejoindre la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, aux côtés des deux autres régimes principaux, le régime général et l'ex-RSI, en tant que caisse de retraite de base.

Concernant la Conférence des financeurs, il est évident que par nature la MSA en tant que guichet unique a une approche transversale de la prévention de la perte d'autonomie dans la mesure où elle touche à la santé, à la famille, au logement, etc. Il existait donc déjà une approche tournée vers le besoin d'un public à un moment donné qui peut être amenée à mobiliser différentes prestations et services autour de la possible dépendance. C'est donc dans les gènes de la MSA et du régime agricole. Historiquement, étant tournée vers un public agricole situé dans des zones rurales potentiellement isolées et manquant de services, la MSA a dû faire face à l'enjeu de créer ou de maintenir une offre de services pour permettre le maintien d'une autonomie au domicile la plus longue possible. Y compris la création de Résidences autonomie.

\_L'appartenance à la Conférence des financeurs permet à la MSA d'être aux côtés des acteurs avec lesquels elle travaille au quotidien (caisses de retraite) mais aussi d'être aux côtés de l'ensemble des acteurs de terrain au niveau départemental. Ces acteurs ne connaissent pas forcément la MSA et ses actions. De son côté, la MSA ne connaît pas forcément les actions des uns et des autres. Cela permet ainsi de partager et de mener des actions en commun. Enfin, le milieu agricole ne représente pas une fraction majoritaire de la population, ce qui nous impose de travailler avec d'autres entités pour pouvoir avancer, proposer des actions et toucher les acteurs de terrain de façon à mobiliser des financements, monter des projets et apporter des réponses les plus pertinentes possibles à l'ensemble de la population.

## Nathalie Gremaud

*Responsable du département  
Prévention et promotion de la santé*

Délégation départementale Yvelines  
de l'ARS Île-de-France

La prévention est l'un des trois principes structurant le plan régional de santé aux côtés de la notion de territoire et de la réduction des inégalités de santé. Ce plan régional deuxième génération est d'ailleurs consultable en ligne. Les agences régionales de santé mettent en œuvre de nombreux programmes visant à prévenir les risques de maladie et à réduire les inégalités de santé. Il convient donc d'avoir une approche ciblée pour répondre aux besoins des populations avec des plans d'action pour la prévention de la santé qui doivent être adaptés aux spécificités tant du territoire que de la population. Ces programmes se font à destination d'un public cible bien plus large que celui de la Conférence des financeurs. Dans la politique de prévention présentée par la ministre, l'objectif affiché est de rester en bonne santé tout au long de sa vie. De nombreuses thématiques font l'objet de ces dispositifs et de ces plans d'action au sein des territoires : la vaccination, la lutte anti-tabac et plus largement l'addictologie, la prévention des maladies chroniques, la nutrition, la prévention du suicide, etc. avec pour ligne conductrice permanente la réduction des inégalités. Parmi ces thématiques, la prévention de la perte d'autonomie est un des axes majeurs et fait l'objet de nombreux partenariats privilégiés. Parmi eux le partenariat avec la DDCS autour de Prescri'forme, la déclinaison francilienne de « Sport sur ordonnance » qui permet à tout médecin de prescrire du sport à ses patients en affection longue durée, atteints d'obésité ou d'hypertension artérielle. Ces patients sont majoritairement des personnes âgées qui rentrent donc dans le périmètre de la Conférence des financeurs. Prescri'forme implique le déploiement dans les Yvelines d'une offre adaptée à ces patients soit en club de sport certifié soit à travers des programmes plus spécifiques portés par des collectivités ou le milieu associatif.

## Christine Vuillaume

*Responsable du département  
Autonomie*

Délégation départementale Yvelines  
de l'ARS Île-de-France

Outre ce partenariat renforcé avec la DDCS nous travaillons également avec les acteurs inter-branches et inter-régimes depuis quelques années dans le cadre notamment de la démarche Prévention retraite Île-de-France (PRIF) avec la signature en 2013 d'une convention de partenariat pour mieux articuler les financements et l'évaluation des programmes de prévention. Un des axes principaux de la démarche est d'agir en faveur de l'autonomie des personnes âgées retraitées dans une logique de parcours de prévention afin de promouvoir le bien-vieillir. Cette collaboration se poursuit au sein de la Conférence des financeurs pour démultiplier encore les ateliers en veillant à leur évaluation.

Autre exemple de collaboration, la convention de partenariat Plan proximité autonomie de l'avancée en âge (2P3A) signée en 2014. Dans ce cadre, des travaux communs ont été lancés sur des sujets tels que le foyer de travailleurs migrants, l'aide aux aidants, les sorties d'hospitalisation ou le parcours de prévention santé seniors. Autre axe développé de façon plus ciblée par l'ARS, celui de l'aide aux aidants mis en place avec le Plan Alzheimer 2008-2012 et qui perdure dans le cadre du Plan maladies neurodégénératives.

C'est dans ce cadre qu'ont été mises en œuvre des plates-formes d'accompagnement et de répit. Il en existe trois dans les Yvelines. Leur objectif est d'offrir aux aidants une écoute et un soutien, et

de proposer au couple aidant/aidé des activités qui favorisent la poursuite de la vie sociale (activités, vacances, sorties). Toujours dans le cadre du Plan Alzheimer, les Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA) qui interviennent sur prescription médicale et qui réalisent des séances de réhabilitation et d'accompagnement pour favoriser le maintien à domicile, en contribuant à améliorer la relation patient/aidant. Il y a également les accueils de jour qui permettent une prise en charge temporaire et physique de la personne qui vit avec sa maladie et qui proposent des activités thérapeutiques pour soulager l'aidant.

Pour terminer, les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) : il en existe quatre dans les Yvelines, qui favorisent l'intégration des différents acteurs de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale. L'objectif étant de simplifier le parcours des personnes et de leurs aidants sur un territoire donné. Ces MAIA œuvrent en étroite collaboration avec le conseil départemental et les réseaux. Il y a enfin les actions d'information et de formation des aidants dans lesquelles des associations telles que France Alzheimer jouent un rôle essentiel (avec des financements de l'ARS notamment).

Pour nous, la Conférence des financeurs offre une véritable perspective de stratégie commune de prévention de la perte d'autonomie. Tous ces programmes que l'ARS anime ou co-anime trouvent et vont trouver un véritable effet de levier dans le cadre de cette conférence. La mission de la Conférence des financeurs est de définir un programme, de coordonner le financement et d'offrir un partenariat de fait avec l'ensemble de ses membres.

### **Dr Albert Fernandez**

*Directeur général adjoint des solidarités*

Département des Yvelines

Notre politique est déjà installée dans le temps puisque l'instauration du premier schéma gérontologique date de 1986. Sous-titré « Tes père et mère tu honoreras », il a d'ailleurs été mis en place avec le Dr Aquino. Le département s'investit depuis dans ce schéma gérontologique et de nombreuses actions ont été conduites. Parmi elles nous pouvons citer particulièrement la création des accueils de jour Alzheimer dans les années 96-97 avant l'intervention de l'assurance-maladie et leur labellisation ou les Clic créés sous la forme des Coordinations gérontologiques bien avant la création des Clic eux-mêmes.

Quand la loi ASV est apparue et a relancé la Conférence des financeurs, cela nous est apparu opportun, les interventions de la MSA et de l'ARS vont démontrer pourquoi. Il y a 100 millions d'euros consacrés aux personnes âgées pour le département et 11.000 personnes à domicile bénéficiant de l'APA. Premier élément, le Plan d'actions coordonnées entre les différents acteurs et financeurs qui en est à ses débuts et commence à se structurer cette année est particulièrement attendu. Deuxième élément important, dans le projet de fusion entre les Yvelines et les Hauts-de-Seine, nous souhaiterions fusionner également nos plans d'action. Enfin, la Conférence des financeurs n'est pas une finalité mais simplement un outil. Ce qui compte, c'est d'essayer et de mettre en œuvre des initiatives locales.

Nous avons trois projets dans les Yvelines. Tout d'abord un boîtier installé au domicile des personnes âgées bénéficiant de l'APA et de la prestation de compensation du handicap qui va permettre de les soulager car elles n'auront plus à nous envoyer des factures mensuelles et qu'elles pourront faire part de leur satisfaction sur la qualité du service rendu. Enfin, cet outil sera doublé d'un dossier électronique qui sera à disposition de la personne âgée ou handicapée et qui permettra la coordination de l'ensemble des intervenants à domicile. Enfin, nous soutenons l'expérimentation que l'hôpital de La Porte verte va lancer en télémédecine, point sur lequel le département s'est également engagé, ainsi qu'une expérimentation initiée par la Caisse des dépôts et consignations. Dans le service à domicile, il y a des prestataires, des mandataires, et des gré-à-

gré. Il s'agit ici d'expérimenter une quatrième voie afin d'essayer de diminuer la charge financière des usagers, des collectivités tout en améliorant la qualité du service.

### **Sylvie Le Blanc**

*Membre du comité régional d'action sociale Île-de-France*

*Chargée d'actions collectives*

Direction sociale / Action sociale,  
Groupe B2V - Agirc-Arrco

Le comité régional intervient avec l'ensemble des groupes de protection sociale pour organiser des conférences et des forums sur des thématiques de prévention santé comme les AVC, la nutrition, le sommeil, la vision, tout ce qui tourne autour du vieillissement. Nous avons eu l'occasion de mener des forums sur les aidants à Mantes et Rambouillet en collaboration avec la MSA. Nous essayons le plus possible de mener des actions en commun avec l'aide de la Conférence des financeurs. En ce qui concerne les centres de prévention qui concernent tous les retraités et même les quinquagénaires, les cotisants Agirc-Arrco peuvent venir avec leur conjoint pour bénéficier gratuitement d'une consultation d'une heure environ avec un médecin gériatre et un psychologue afin de faire le point sur leur santé.

Trois prestations permettent de sortir de l'isolement, notamment la prestation Sortir Plus. À partir de 80 ans, cela permet aux personnes de sortir accompagnées ce qui peut rassurer la famille et redonner une certaine forme d'autonomie à la personne. Vous pouvez également bénéficier de la visite d'un ergothérapeute pour un diagnostic du domicile. Vous avez enfin l'Aide à domicile momentanée à partir de 75 ans qui offre une dizaine d'heures de ménage sur six semaines, pour pouvoir faire face en cas d'accident ou d'absence de l'aidant. Nous avons aussi le service ORIZEA qui permet aux personnes de contacter leur caisse de retraite de façon à être orientées, suivant leur état, vers un EHPAD ou un accompagnement dans le montage d'un dossier pour bénéficier des aides éventuelles. Cela montre une fois encore l'intérêt de la Conférence des financeurs qui permet à chacun de connaître les aides proposées par les autres structures membres.

### **Marie-Thérèse Granet**

*Gestionnaire de projet*

Service social de l'Assurance  
Maladie,  
Caisse régionale d'assurance  
maladie d'Île-de-France (GRAMIF)

Le service social de l'assurance-maladie est une équipe d'assistantes sociales qui travaillent sur toute l'Île-de-France au sein de la GRAMIF, en rendez-vous individuel ou en action collective. Nous avons quatre axes de travail : santé-employabilité, accès aux soins, sortie d'hospitalisation et bien-vieillir. Au niveau de la Conférence des financeurs, nous avons développé des actions collectives avec nos partenaires autour du passage à la retraite, notamment sur les Yvelines. En 2007, nous avons mis en place 12 parcours de prévention santé en partenariat avec l'Assurance maladie (CPAM), la CNAV, le PRIF, les opérateurs, etc. Il s'agit d'offres de service mises en place par le service social de l'Assurance maladie et nos partenaires pour accompagner les personnes dans le passage à la retraite. Ils sont invités à trois séquences de 2h30 : un atelier pour connaître ses droits (CNAV), un atelier pour s'informer sur les retraites complémentaires (CICAS) et une session de tables rondes autour du bilan de santé (dispositifs d'accès aux soins, dispositifs de l'assurance-

maladie, campagnes de prévention). Nous menons également d'autres actions avec nos partenaires comme le parcours prévention santé dans les foyers de travailleurs migrants et bien d'autres actions...

## **Christiane Flouquet**

*Directrice action sociale*

Caisse nationale d'assurance  
vieillesse (CNAV) Île-de-France

Les retraites constituent le cœur de métier de la CNAV. Il y a actuellement 2,8 millions de retraités en Île-de-France. Notre action sociale s'articule au départ autour de l'accompagnement des personnes les plus fragilisées de manière un peu traditionnelle, tout comme la MSA ou l'ex-RSI, avec une offre de services basée sur un dispositif d'évaluation globale des besoins et qui conduit à soutenir financièrement et solvabiliser des personnes encore autonomes. Ces missions se font en partage de compétences avec les départements sur le champ de l'APA.

Depuis quelques années, nous développons également des initiatives autour de la prévention de la perte d'autonomie dans le souci d'accompagner des moments-clés que peuvent rencontrer les retraités dans des périodes de rupture comme le passage à la retraite ou l'hospitalisation et des situations spécifiques comme le veuvage. Nous menons également des actions sur la durée concernant les personnes encore plus fragilisées. La CNAV a développé son action complémentaire principalement autour du soutien à l'innovation avec des appels à projets annuels qui se professionnalisent et s'expertisent de plus en plus pour dégager des socles d'offres de services en complémentarité avec d'autres acteurs. Nous voyons d'ailleurs le rôle joué par la Conférence des financeurs puisque ce type de bonnes pratiques qui n'étaient détectées que dans les appels à projets de la CNAV peuvent être aujourd'hui plus fortement soutenues et déployées grâce à la Conférence des financeurs.

Nous avons aussi des dialogues de gestions, des partenariats spécifiques qui renforcent notre action avec des acteurs importants comme les centres sociaux. Là encore, ces centres sociaux forment de bons leviers de développement et d'ingénierie dans le cadre de la Conférence des financeurs. Dans le cadre des partenariats avec l'ARS nous pouvons citer la troisième édition de l'appel à projets sur l'aide aux aidants qui permet de soutenir des dispositifs innovants. Nous pouvons ainsi venir en complémentarité avec la Conférence des financeurs face aux failles dans les possibilités de financement qui apparaissent dans le dispositif de la loi ASV. Le 2P3A est aussi un élément fort dans l'offre de la Conférence des financeurs car il permet des réponses encore plus larges à ces problèmes d'accès au droit, à l'information et à la prévention. Le Prif quant à lui est une initiative commune de la MSA, de la CNAV et du RSI depuis 2011 suivant un modèle particulièrement innovant (groupements de coopération médico-sociale autour de la mise en œuvre d'ateliers de prévention) et qui repose sur une ingénierie experte au service de la prévention, ingénierie qui intègre forcément l'évaluation des projets. La Conférence des financeurs soutient particulièrement cette dynamique.

Nous travaillons enfin sur deux axes complémentaires. D'une part la fracture numérique avec le lancement d'un appel à projets ambitieux en lien avec plusieurs départements, dont les Yvelines, afin que des ateliers autour de la fracture numérique intègrent l'accès au droit et à la prévention. D'autre part, et cette préoccupation est partagée par l'ensemble des membres de la Conférence des financeurs, nous devons améliorer nos réflexions autour de l'habitat afin de générer un habitat inclusif au service de la prévention.

## **Stéphanie Dupart**

*Responsable du service Santé*

Mutualité française Île-de-France

La Mutualité française est un regroupement de mutuelles qui interviennent en complément de l'assurance-maladie sur le remboursement des dépenses de santé et qui sont des acteurs privés à but non lucratif régis par le Code de la mutualité. Au-delà des seuls remboursements, nous intervenons depuis 30 ans en prévention et en promotion de la santé. La Mutualité a également la mission spécifique de développer des établissements (EHPAD, SPASAD, SSIAD, SAAD, Centres de santé mutualistes, etc.). Voilà pour nos trois activités principales.

Nous travaillons en partenariat avec la plupart des acteurs ici présents et nous sommes un acteur généraliste en prévention et en promotion de la santé. Notre participation à la Conférence des financeurs est donc une évidence. Étant inscrits dans la loi, nous avons de nombreux élus qui siègent dans l'ensemble des Conférences des financeurs. Nous avons aussi une équipe de salariés qui travaillent sur le terrain pour essayer de répondre aux besoins sur les thématiques qui ont été évoquées : besoin des aidants, passage de la vie active à la retraite, etc. Il s'agit d'intervenir au moment le plus pertinent. Les ressources financières étant rares, il faut être particulièrement efficace.

## **Nathalie Lurson**

*Directrice adjointe et déléguée  
départementale à la vie associative*

Direction départementale de la  
cohésion sociale des Yvelines

La DDCS n'est pas membre de droit de la Conférence des financeurs mais y est entrée en 2017 suite à une réflexion commune. Elle ne porte pas non plus de politique en direction des personnes âgées mais une de nos missions importantes est la prévention dans la lutte contre les exclusions, l'aide aux personnes vulnérables, etc. Nous avons aussi le contrôle des activités physiques et sportives ainsi que le soutien à la vie associative. Nous travaillons de manière transversale. Nos missions d'insertion par le logement et de gestion du logement social nous ont menés à un partenariat avec un bailleur social. Une action co-portée par le Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans le 78 (RPSM78), l'Œuvre Falret et un bailleur social met en avant les gardiens d'immeubles qui sont chargés du repérage des personnes fragiles psychologiquement afin qu'elles soient prises en charge par l'équipe mobile La Passerelle.

Nous contrôlons par ailleurs les associations qui gèrent les mesures au bénéfice des personnes protégées qui sont souvent des personnes âgées et nous avons des missions de restriction sur ce point car on peut gérer de façon très variable.

Enfin, nous sommes membres de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et nous subventionnons l'Association de gérontologie des Yvelines qui effectue un travail remarquable au niveau de la prévention de la maltraitance.

## **Lucile Breton**

*Conseillère d'animation sportive*

Pôle Sport de la DDT des Yvelines

Le pôle Sport est l'organe déconcentré du ministère en charge des Sports sur le territoire des communes. Parmi les grandes priorités du ministère, il y a bien sûr la promotion de l'activité

physique comme facteur de santé, mission qui m'incombe au sein de la DDCS. Notre objectif est de co-déployer avec la DDARS le dispositif Prescri'forme qui vise à accompagner les médecins dans la prescription d'activités physiques et sportives les patients en situation d'obésité, hypertension ou d'affection de longue durée dans l'accès à l'activité physique. La prescription sous-entend la nécessité de structures pour accueillir ces patients en toute sécurité.

Nos principaux partenaires sont les associations sportives mais un public en affection longue durée sous-entend souvent qu'il s'agit de seniors de plus de 60 ans. Depuis peu, nous collaborons en proximité avec la DDARS. La Conférence des financeurs a rejoint le Comité de pilotage départemental Sport-Santé. Aujourd'hui, l'enjeu est de déployer au mieux ce dispositif. Cela passe par la sensibilisation des médecins, leur accompagnement dans la prescription d'activités physiques, ce qui est nouveau, et l'accompagnement des associations dans leur structuration via notre expertise et des moyens financiers.

Nous avons un appel à projet spécifique Sport-Santé destiné aux associations sportives, pour un montant d'environ 60.000 euros sur le département et qui a permis de soutenir une vingtaine d'opérateurs sur des projets d'ouverture de créneaux au sein desquels pourront être intégrés des patients en affection longue durée en toute sécurité. À titre d'exemple et en l'absence de remboursement de pratiques physiques adaptées pour ces patients, l'idée est d'accompagner les associations afin qu'elles puissent proposer des tarifs abordables pour cette patientèle.

En tant que membre expert de la Conférence des financeurs, nous adhérons totalement à ces grandes orientations. Dans le cadre de toutes ces collaborations, nous essayons de complémentariser nos différentes actions afin d'avoir un impact qui soit le plus fort et le plus pertinent possible sur le territoire pour homogénéiser l'offre sur le département. Nous souhaitons que tout Yvelinois en affection longue durée puisse avoir accès près de chez lui à un club sportif avec des éducateurs formés, ainsi qu'à un médecin traitant qui soit formé à la prescription d'activités physiques et sportives.

**Béatrice Bouy**

*Responsable de la mission Conférence des financeurs*

Maison départementale de l'autonomie des Yvelines

L'enjeu de la Conférence des financeurs et de ses membres est de pouvoir articuler toutes les initiatives qui ont été menées individuellement depuis longtemps. L'objectif collectif est donc de réussir à résoudre l'équation du vieillissement de la population et de la prévention de la dépendance. Voici la stratégie et le bilan de la Conférence depuis son installation dans les Yvelines en juin 2016.

### **Le cadre d'intervention de la Conférence des financeurs**

L'objectif de la Conférence des financeurs, comme dans tous les départements, est de définir une stratégie commune de prévention de la perte d'autonomie et d'en coordonner les financements. Ses financements sont doubles. Ils proviennent d'une part des membres historiques qui disposent de moyens et mettent en œuvre des actions depuis un certain nombre d'années. Ils sont issus d'autre part d'une enveloppe annuelle supplémentaire issue du concours de la Conférence des financeurs et des financements octroyés par le département des Yvelines au titre de la prévention section IV avec la CNSA pour les aidants. L'enjeu est d'arriver à articuler tous ces financements. L'enveloppe supplémentaire est dédiée au financement d'actions nouvelles, d'actions innovantes et au déploiement de celles qui ont déjà fait leurs preuves ailleurs, avec un objectif de couverture du territoire.

Les moyens dédiés à la mise en œuvre de ces objectifs sont d'une part l'instance composée des membres de la table ronde précédente et d'autre part un poste de chargé de mission salarié par le département des Yvelines. C'est la configuration de base de chaque département.

La Conférence des financeurs est habituellement présentée sous les six axes suivants :

1. Améliorer l'accès aux équipements et aides techniques individuelles
2. Attribuer un forfait autonomie aux résidences autonomie
3. Coordonner et appuyer des actions de préventions mises en œuvre par les SAAD
4. Coordonner et appuyer des actions de préventions mises en œuvre par les SPASAD
5. Soutenir des actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie
6. Développer d'autres actions collectives de prévention

Mais cette présentation n'est pas pertinente car elle est issue des enjeux de fléchage financier et non des enjeux d'objectifs concrets à mettre en œuvre. À titre d'exemple, le forfait autonomie est une partie de l'enveloppe Conférence des financeurs qui va être attribué uniquement aux résidences autonomie. Il s'agit donc d'un classement par enveloppe financière et non de la liste exhaustive des actions dans lesquelles nous devons nous inscrire. La difficulté de ces enveloppes, est qu'elles s'inscrivent dans des règles de financement très contraintes par la loi et dans l'objectif de venir combler les manquements d'autres enveloppes ou dispositifs, suivant des règles très précises. Sur les axes 1 et 6, par exemple, nous devons toucher 40% de personnes peu dépendantes. Cette enveloppe supplémentaire ne doit pas venir se substituer à d'autres

financements existants. Il y a toute une ingénierie portée par le chargé de mission de la Conférence des financeurs pour savoir si les actions sollicitées dans le cadre de l'enveloppe supplémentaire sont éligibles. C'est un exercice chronophage tandis que l'on pourrait se concentrer sur l'objet de nos missions.

## 2016-2018 : bilan et perspectives

La Conférence s'est créée assez rapidement dans les Yvelines, en juin 2016, avec un objectif simple : une enveloppe de 2,4 millions d'euros est allouée au département au titre de 2016, il faut financer des actions et déployer des dispositifs dans les Yvelines. Mais l'ingénierie de la Conférence, c'est de s'appuyer sur les acteurs de terrain qui doivent avoir connaissance de ces fonds et être soutenus pour porter des projets innovants et développer leur offre. Les premiers travaux de la conférence ont donc consisté à se faire connaître. Finalement, pour 2016, le financement des actions s'est surtout concentré sur les partenaires très identifiés des membres de la Conférence afin de compléter des actions existantes qui manquaient de financements. À titre d'exemple, toutes les résidences sociales des Yvelines ne disposaient pas d'une action de prévention, manque qui a pu être pallié grâce à l'enveloppe. Nous avons également entamé une phase de diagnostic afin de connaître les besoins du département des Yvelines et ainsi de mieux les couvrir.

Année de montée en charge, 2017 a vu la définition du tout premier programme coordonné qui fléchait les 5 actions principales suivant un cadre encore très large (activité physique adaptée, aide aux aidants, etc.) ce qui a permis que de nombreux acteurs puissent bénéficier des financements. Nous nous sommes alors rendu compte que les communes avaient été peu informées de l'existence de ces fonds et nous avons donc travaillé sur une communication ciblée sur ces acteurs essentiels de la perte d'autonomie ce qui a porté ses fruits puisqu'elles se sont parfaitement saisies de ces possibilités de financement. Toutefois, l'enveloppe n'a malheureusement pas été consommée dans sa totalité, ce qui nous a incités à améliorer les opportunités de financement avec la mise en œuvre en janvier 2018 d'un appel à projets. Lors de sa clôture un mois plus tard, nous avons 167 projets déposés, à instruire par l'ensemble des membres de la Conférence ce qui génère un important travail d'ingénierie autour de l'audition des acteurs, de l'instruction des dossiers, etc. Au final, en avril, 137 des projets déposés avaient obtenu un financement sachant que la partie forfait autonomie n'a pas encore été instruite. L'enveloppe consommée est donc beaucoup plus importante ce qui marque le succès de notre communication sur l'existence des fonds disponibles même s'il manque encore un véritable cadrage des objectifs et des missions à mener au regard des objectifs et des besoins des Yvelines. Ce sera notre cap pour la fin de l'année et pour les années à venir.

## Stratégie pour la prévention de la perte d'autonomie dans les Yvelines

### *Partir du plan national de la prévention de la perte d'autonomie*

Le Plan national de prévention de la perte d'autonomie est une véritable boîte à outils, voire même une feuille de route pour la Conférence des financeurs, dans la mesure où il est au service du développement de la prévention globale, avec pour enjeu la gestion active et responsabilisée du capital autonomie de chaque personne. Chaque personne doit être acteur de la prévention de sa perte d'autonomie. Le Plan indique la nécessité de confier l'initiative d'exécution des actions aux acteurs de terrain. Nous avons donc vraiment besoin de vous et d'une réflexion commune. À nous ensuite de déployer intelligemment les financements et de les coordonner. Recevoir 25 appels à

projets par an via chacun des financeurs n'est plus possible tant cela signifie une perte d'énergie à tous les niveaux. L'enjeu est donc de simplifier les modalités pour recevoir des fonds et non de les démultiplier.

Le Plan est composé de 6 axes avec 29 mesures très précises qui identifient des actions concrètes. Les services du département vont identifier les mesures prioritaires à mettre en œuvre dans les Yvelines sachant que pour chaque mesure, nous identifierons les membres de la Conférence des financeurs qui participeront aux cadrages et à la mise en œuvre avec leurs partenaires de terrain comme les SAAD. Les trois premiers axes concentrent la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Pour l'axe quatre, réduire les inégalités sociales de santé, nous créons souvent des ponts avec d'autres programmes, notamment le Programme Régional de Santé (PRS). Les enjeux énormes autour de la formation se concentrent sur l'axe 5 qui est de former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie. Enfin, l'axe 6 s'attache à développer la recherche et l'évaluation des stratégies.

Les thématiques du Plan qui portent cet enjeu de prévention sont extrêmement nombreuses ce qui signifie que beaucoup de thématiques et d'acteurs doivent trouver une complémentarité dans leurs actions pour travailler sur tous les thèmes qui sont abordés dans des mesures très concrètes que nous allons prioriser. Beaucoup ont déjà été abordées au cours de la matinée : favoriser le lien social, le repérage des fragilités, l'information et l'accès aux droits, l'autonomie en EHPAD, la préparation à la retraite... Le prochain travail de la Conférence des Yvelines est de prioriser ces mesures. J'entends que cette priorisation des axes a déjà été actée par un texte très récent, nous nous en inspirerons et l'adapterons à la réalité des Yvelines. Notre cap est de commencer par les actions qui portent le plus de fruits. La préparation à la retraite arrive en tête de liste avec la préoccupation de s'adresser le plus tôt possible aux gens pour faire de ce passage qui peut être fragilisant une véritable opportunité de seconde vie équilibrée et en bonne santé.

### *S'appuyer sur les instances existantes et leur confier le cadrage et la mise en œuvre d'actions*

En termes de stratégie, il s'agit de s'appuyer sur les instances existantes et les initiatives communes portées par la Conférence des Yvelines en sont une base essentielle. La Conférence est donc en charge du cadrage et de la mise en œuvre d'actions. Si dans l'avenir le processus d'appel à projets reste la règle pour recevoir des fonds, nous allons mettre en place un cahier des charges plus cadré pour répondre à de vrais objectifs définis par ces instances. Elles identifieront ensuite des actions, toujours portées par les partenaires de terrain mais dans un cadre beaucoup plus précis à l'écriture duquel ils auront collaboré en amont.

### *Une meilleure connaissance des acteurs et de leurs actions et les faire travailler ensemble*

Il y a un enjeu crucial de faire connaître les actions des différents acteurs auprès de leurs bénéficiaires comme de leurs partenaires. Nous devons encore réfléchir à la mise en œuvre de cet objectif. Il nous faut également réussir à faire travailler ces acteurs ensemble. Parmi les 167 projets qui nous ont été présentés, de nombreuses initiatives étaient similaires sans que les uns et les autres en aient conscience. Certains acteurs n'avaient pas connaissance des initiatives voisines. Grâce au recrutement de deux nouveaux référents prévention perte d'autonomie, nous allons pouvoir créer des synergies entre ces initiatives issues de différents endroits du territoire.

### *Diffuser une culture de la prévention*

La prévention est un métier avec des outils, des méthodes et des discours qui doivent être transmis par les acteurs qui les maîtrisent déjà auprès des autres acteurs et en direction du grand public.

## Présentation des Référentes prévention autonomie

Valérie Plantecoste et Stéphanie Gautier sont les nouvelles Référentes prévention autonomie qui seront rattachées techniquement aux Pôles Autonomie Territoriaux (PAT) Centre Yvelines et Seine Aval. Elles vont commencer leur mission en septembre avec la réalisation d'un diagnostic territorial partagé. Le diagnostic élaboré en 2016 avait principalement porté sur des données démographiques et n'avait pas apporté beaucoup d'informations sur les acteurs de terrains, outre un fort vieillissement de la population et quelques fragilités du territoire qui étaient déjà identifiées comme zones prioritaires. Face à l'enjeu évoqué plus haut de mieux connaître les acteurs et de mieux les faire travailler ensemble, le nouveau diagnostic sera la première pierre du travail collaboratif. Il devra permettre de déterminer les éléments positifs et négatifs dans un objectif de meilleure coordination des propositions sur le territoire.

Les Référentes vont également aider les acteurs à monter des projets, à suivre les actions et à travailler sur leur évaluation (mesures d'impact sur la population). Elles vont enfin aider à sensibiliser les communes qui n'ont pas encore saisi l'importance de travailler sur la prévention de la perte d'autonomie.

Dernière mission, l'information et la communication : il s'agit d'informer les professionnels et les bénéficiaires de l'existence des actions (celles qui ont été financées et celles que l'on finance grâce à l'enveloppe supplémentaire) et de communiquer autour de ses actions.

### **Modératrice**

#### **Nathalie Lurson**

*Directrice adjointe et déléguée  
départementale à la vie associative*

Direction départementale de la  
cohésion sociale des Yvelines

#### **Thomas Bobillot**

*Directeur régional Île-de-France*

Wimoov

### **Nathalie Lurson**

Ce matin nous avons évoqué la révolution socio-numérique et la mobilité, Luc Broussy a parlé de la nécessaire sanctuarisation de moyens pour l'innovation, autant d'aspects que nous allons retrouver maintenant, avec en exergue la devise de Wimoov « Liberté, égalité, mobilité ».

### **Thomas Bobillot**

Au cours des interventions qui se sont succédées aujourd'hui, nous avons vu de nombreuses approches pour traiter la question de l'autonomie en s'adressant aux seniors sur le territoire. À Wimoov, ces angles d'approche nous sont à l'origine assez éloignés, mais en suivant les échanges, on comprend que la question de la mobilité est un enjeu important dans la prévention de l'autonomie pour tous les acteurs. Wimoov est une association qui a développé au cours de ces 20 dernières années une expertise sur la mobilité. À l'origine, nous travaillions sur la prévention des risques liés à la consommation d'alcool en milieu festif mais de fil en aiguille nous avons développé le concept de plate-forme de mobilité. Aujourd'hui, nous travaillons sur trois types d'actions.

## **Nos actions**

La première concerne la prévention sécurité routière avec les risques liés à l'alcool, le partage de la rue, les défauts d'assurance, et s'adresse à des publics en milieu scolaire, festif ou professionnel, voire sur des événements grand public. L'idée est de favoriser les usages de la mobilité en portant un message non-moralisateur et ouvert quant aux différentes pratiques de mobilité, en orientant vers les moyens les plus adaptés et les plus durables selon chaque situation. Aujourd'hui, il y a beaucoup d'innovations techniques et sociales sur ce sujet et notre souhait est de permettre à tous les publics d'accéder à ces solutions de mobilité.

Le deuxième public avec lequel nous travaillons depuis une quinzaine d'années, c'est le public en fragilité sociale par rapport à l'emploi. Aujourd'hui le frein à la mobilité est le deuxième frein de retour à l'emploi. Il s'agit avant tout de freins psychologiques, cognitifs et culturels. Certaines personnes ne maîtrisent pas l'environnement au-delà de leur quartier ou de leur ville. Ils ne connaissent pas leur territoire, les endroits où il y a des opportunités d'emploi, ils ne savent pas utiliser les transports ou lire une carte. Ou alors, ils ne se projettent pas dans des déplacements au-delà de 20 ou 30 minutes. Toutes ces personnes sont dans des parcours emploi et l'idée de la plate-forme est de les amener par un accompagnement, à des ressources pédagogiques (formations mobilité), financières (orientation vers les différents dispositifs d'aides), ou aux ressources

matérielles (permis, voiture, scooter, le vélo,...) afin d'améliorer leur mobilité et d'optimiser leur retour à l'emploi. En Île-de-France, aujourd'hui, nous intervenons sur 6 des 8 départements franciliens pour cette activité, et sur la totalité en ce qui concerne la prévention sécurité routière. Depuis 2013, nous déclinons ce concept de plate-forme de mobilité auprès des seniors. Il ne s'agit pas de créer quelque chose de nouveau sur le territoire mais d'optimiser les usages afin d'amener les seniors à utiliser toutes les opportunités qui existent sur le territoire pour favoriser leur mobilité.

## Les enjeux

Avec le troisième public cible, les seniors, il y a plusieurs enjeux. Le premier est la vulnérabilité des piétons. Les personnes âgées sont plus souvent victimes d'accidents piétons. Elles se déplacent de plus en plus mais dans un parcours de vie les déplacements piétons et les déplacements longs diminuent avec l'âge. Par ailleurs il faut comprendre que les villes changent et qu'il existe de nouvelles zones de rencontre ou zones piétonnes qui ne sont pas forcément maîtrisées par tous (automobilistes, piétons, scooters,...). Il y a donc un véritable enjeu de partage de la rue et cela peut être un facteur de stress pour le senior qui pourrait ne plus sortir par crainte de cet environnement et des autres usagers.

Deuxième enjeu, celui de l'appropriation du numérique. Aujourd'hui les moyens de mobilité nécessitent de plus en plus souvent de passer par un biais numérique : la lecture de plans, de cartes se fait sur le téléphone, la tablette, l'ordinateur, et les nouveaux usages de mobilité comme le covoiturage ou l'autopartage sont très peu mobilisés par les seniors. Il y a un vrai besoin d'une pédagogie adaptée aux seniors afin qu'ils puissent franchir le pas du numérique. Il est souvent dit que le numérique éloigne les seniors de certains services aussi essayons-nous d'accompagner les seniors à franchir ce pas en levant les éventuelles craintes et difficultés d'usage.

Le troisième enjeu est lié à l'utilisation de la voiture individuelle. Les jeunes seniors utilisent encore beaucoup la voiture individuelle. Cela leur permet l'accès à une vie sociale riche, à une vie de famille, à des services, aux soins, etc. Mais lorsque le lien avec cette voiture personnelle est rompu pour des raisons financières ou de santé, la mobilité des seniors se met à décliner rapidement. Il faut donc intervenir en amont dans la prévention de cette perte de mobilité qui représente un risque par rapport à la vie sociale et au bien-vieillir des personnes. Nous les amenons donc à utiliser des alternatives comme le covoiturage, l'autopartage, les transports en commun (peu utilisés du fait d'une mauvaise image chez les personnes âgées), et leur donnons toute l'agilité nécessaire à l'intermodalité. Aujourd'hui, il y a aussi l'utilisation du vélo et du vélo à assistance électrique qui peuvent être des solutions chez les jeunes seniors et, au passage, satisfaire les besoins d'activité physique abordés plus haut.

## La plate-forme

Pour résumer, nous proposons une offre intégrée. Nous ne créons pas de nouveaux services, mais nous facilitons l'utilisation des solutions existantes sur le territoire. L'objectif n'est pas de déplacer physiquement des seniors, mais c'est de leur permettre une meilleure autonomie dans leurs déplacements, leur vie sociale et leur vie familiale. L'objectif passe par la levée de tous les freins psychosociaux à la mobilité. Ce travail se fera notamment sur les représentations, comme pour la mauvaise image des transports en commun. Les publics que nous touchons diffèrent en fonction des lieux d'intervention (seniors actifs, seniors vulnérables). À chaque fois, la plate-forme de mobilité travaille en coopération avec les acteurs du territoire, parmi lesquels les membres de la

Conférence des financeurs mais aussi toutes les structures qui vont accueillir les seniors (CCAS, Clic, Résidences autonomie, Clubs seniors, etc). L'idée est d'aller là où sont les personnes âgées pour apporter un apprentissage, une réactualisation des notions sur la mobilité et de travailler sur le non-recours aux solutions existantes (dispositif Sortir plus par exemple). En matière de mobilité, nous constatons un phénomène de non-recours aux solutions matérielles ou financières.

## Le parcours mobilité

L'idée, c'est de construire un parcours de mobilité pour les seniors. Nous mettons en place des formations qui sont à la fois théoriques et pratiques sur l'usage des outils numériques, sur les représentations du territoire. Nous pouvons aussi orienter vers un accompagnement pour le permis de conduire, sensibiliser à la sécurité routière, à la mobilité durable... Concernant l'accidentologie piétonne des seniors, l'idée est de construire un ensemble de formations avec les structures prescriptrices pour pouvoir traiter la mobilité des seniors avec les seniors. Le travail se fera sur l'utilisation des transports en commun ou sur la lecture des plans, par exemple. Sur l'aspect financier, nous travaillons sur le non-accès aux droits notamment avec la carte transport. Il y a une non-sollicitation des aides au transport, des aides à l'achat, aides à la réparation et des nombreux dispositifs qui peuvent être départementaux ou locaux et qui ne sont pas forcément connus des seniors (Sortir plus, carte Mobilité inclusion, etc.). Nous avons développé le métier de conseiller mobilité qui existait au départ pour le public en insertion et que nous avons décliné pour l'adapter au public senior. Ce conseiller va chercher l'information, s'approprier tous les dispositifs liés à la mobilité sur le territoire et va aller à la rencontre des seniors dans les lieux de sociabilité pour essayer de diffuser ces informations, accompagner les personnes et pour les aider à franchir cette barrière psychologique, sociale, matérielle ou financière.

Au niveau des solutions matérielles, il existe des aides de mise à disposition de vélos et vélos à assistance électrique, ainsi que tout le réseau de transport à la demande de type PAM ou des réseaux plus localisés et qui ne sont pas sollicités par méconnaissance ou besoin d'accompagnement pour savoir comment s'approprier le dispositif. Il y a également l'accompagnement vers les nouvelles solutions de mobilité. Le covoiturage, plus naturel aujourd'hui, ne l'était pas il y a 10 ans et chez le public senior c'est une sollicitation très rare. Il existe aussi l'auto-stop dynamique qui se développe dans les Yvelines, l'auto-partage et des véhicules de tourisme avec chauffeur. Toutes ces solutions ne conviendront pas à tout le monde mais le conseiller mobilité accompagnera les personnes dans leur choix et pourra aussi dédramatiser l'utilisation de ces moyens de mobilité.

Le principe véhiculé par la Conférence des financeurs est de travailler sur l'accompagnement collectif. Mais sur la plate-forme, à terme, l'objectif est de déployer des solutions à la fois collectives et individuelles, avec d'autres partenaires qui contribueront au développement du projet, et de faire de l'accompagnement personnalisé avec des diagnostics de la connaissance et de la maîtrise des différents moyens de mobilité par la personne. En sortira un projet personnalisé visant à rendre la personne autonome dans sa mobilité.

## Nos objectifs

Les objectifs sont donc l'autonomisation et le maintien à domicile. La notion de maintien à domicile va plus loin que le seul fait de laisser une personne à son domicile. Il y a l'accès aux services, l'accès aux sorties qui permettent ce maintien à domicile, c'est le paradoxe : les personnes sont maintenues à domicile à condition d'avoir la capacité de sortir sur un rayon de mobilité suffisant pour accéder aux services, à une vie sociale,... Il faut également une pédagogie

et un accompagnement personnalisés en fonction de la situation de la personne, de son historique, de son milieu de vie (urbain/rural). Les solutions seront différentes. Il y a aussi toute la démarche d'accompagnement et de connaissance des possibilités de mobilité et notamment l'accès au droit. En filigrane, nous allons aussi soulager les aidants qui peuvent être parfois la référence immédiate pour les seniors qui ont un besoin de mobilité. Les solutions vers lesquelles nous orientons peuvent être à destination de tous les publics ou à destination plus spécifiquement du public senior (location de véhicule adapté, de VTC, orientation vers des aides techniques). Nous ne sommes ni des spécialistes, ni des ergothérapeutes, mais l'objectif est de valoriser d'autres initiatives qui existent et qui ne sont pas forcément utilisées. Des interventions précédentes ont parlé d'innovations en matière de mobilité. Il y a en effet de nombreuses initiatives mais elles auront un impact auprès des personnes qui connaissent, qui maîtrisent et qui ont déjà des facilités par rapport au numérique et à leur mobilité. Notre objectif est donc que tous les publics fragiles puissent aussi bénéficier de ces innovations.

Pour rentrer dans le détail des ateliers collectifs que nous mettons en place, l'idée est de concevoir un plan avec plusieurs ateliers collectifs en fonction des publics, de leurs réactions et des objectifs que nous avons. Quelques exemples : information collective généraliste, se déplacer grâce aux nouvelles technologies, se déplacer avec les alternatives à la voiture individuelle, sécuriser ses déplacements piétons, sécuriser ses déplacements en voiture et connaître les aides techniques à la mobilité, se déplacer en transports en commun (avec mise en situation pratique). Cette mise en situation est importante car la mobilité n'est pas un objectif en soi, on est mobile pour aller quelque part sans se questionner forcément sur sa mobilité. Mais c'est une question qui est en filigrane de toutes les interventions, toutes les questions autour de la prévention de la perte d'autonomie et des personnes âgées. Nos conseillers mobilité sont formés à porter cette question et à accompagner les personnes pour enrichir leurs usages en la matière. Il s'agit vraiment de travailler en cohérence avec tous les partenaires seniors des territoires, en essayant de toucher les seniors là où ils vont. Il nous faut donc trouver l'endroit où nous pourrions travailler la question de la mobilité et à travers ça améliorer le bien-vieillir.

---

### **Question de la salle**

Pouvez-vous expliquer ce qu'est l'auto-stop dynamique ?

#### **Thomas Bobillot**

Vous connaissez le principe de l'auto-stop classique où l'on se positionne au bord de la route. Ce n'est pas forcément sécurisé par rapport à la personne qui va nous prendre dans sa voiture et à la façon dont elle va s'arrêter au bord de la route. Aujourd'hui, il existe des start-up qui développent des aires d'arrêt avec une borne pour s'identifier et écrire sa destination. Des automobilistes enregistrés via une application passent devant, voient la destination souhaitée et choisissent ou non de prendre la personne. Le processus est doublement sécurisé au niveau de l'arrêt et de la relation entre les deux parties. Ce genre de dispositif se développe dans les communes rurales sur des axes principaux. Là où les transports en commun font défaut, où le transport à la demande n'est pas indiqué, les communes peuvent mettre en place ce dispositif. Notre intérêt, c'est donc de valoriser ces actions via la plate-forme Wimoov.

---

### **Question de la salle**

Comment procédez-vous pour le déploiement dans les Yvelines ? Quels sont vos contacts ?

**Thomas Bobillot**

Wimoov est dans les Yvelines depuis 2013 sur la partie public en insertion donc nous travaillons déjà avec les services du département mais aussi avec plusieurs CCAS. Nous avons été sélectionnés via la Conférence des financeurs. Nous souhaitons aussi prendre appui sur le réseau que constitue cette Conférence des financeurs pour pouvoir toucher à la fois les services et les personnes que nous pourrions accompagner. À nous par la suite de promouvoir la question de la mobilité et notre vision de la mobilité au sein des structures du territoire. Aujourd'hui nous sommes basés sur Plaisir mais l'idée est d'intervenir au sein des structures prescriptrices.

-----

***Question de la salle***

Nous sommes réunis à Versailles mais les Yvelines ne se limitent pas à cette ville. En fait, il y a un point de convergence entre vos deux actions. La convergence entre le besoin de mobilité des seniors et le besoin des auxiliaires de vie qui sont au contact des seniors et qui, pour beaucoup aujourd'hui ont des formations mais pas le permis, pas de voiture. Elles aident à la mobilité des seniors, mais si elles n'ont pas le permis, elles ne peuvent pas le faire. Elles peuvent donc difficilement se rendre chez les seniors et en plus, si elles étaient aidées de manière un peu plus globale dans leur mobilité, elles aideraient par ricochet la mobilité des seniors.

**Thomas Bobillot**

Ce que vous dites est tout à fait pertinent. Nous travaillons déjà sur les publics en difficulté de mobilité par rapport au permis et à la voiture, avec Pôle emploi notamment, qui va identifier toutes les difficultés que peut avoir ce genre de personnes. Il est vrai que les deux versants se complètent. En zone rurale, même s'il existe des solutions innovantes, l'accès à la voiture et au permis sont des enjeux importants même si actuellement il n'existe pas d'aide financière qui finance 100% du permis de conduire. Il existe des aides partielles vers lesquelles nous pouvons orienter, en lien avec l'accompagnement vers un micro-crédit. C'est l'action que nous menons depuis 2013 dans le nord du département et depuis 2016 sur l'intégralité des Yvelines pour les personnes en insertion sociale.

-----

***Question de la salle***

Comment repérer ces personnes qui ont un besoin de mobilité ? Souvent, ce sont des minorités silencieuses.

**Thomas Bobillot**

C'est la difficulté principale que nous rencontrons dans la mise en place de la plate-forme mobilité. C'est l'un des enjeux pour le conseiller mobilité, d'apporter de l'information et des pratiques à des personnes qui sont dans des zones d'ombre de l'accès à tous ces services de mobilité. C'est la raison pour laquelle nous travaillons en réseau. Nous construisons un réseau avec les acteurs du territoire qui sont les plus à même d'identifier ces personnes. Nous ne faisons pas de l'accompagnement individuel mais il y a de plus en plus de structures en lien avec le milieu médical qui permettent de les identifier.

## Modératrice

**Laurène Pottier**

*Chargée d'action sociale, Référente prévention*

Caisse nationale d'assurance  
vieillesse (CNAV)

## Laurène Pottier

Nous avons beaucoup parlé de la nécessité de se coordonner et de la complémentarité de nos actions. Nous avons décidé de vous présenter deux exemples de projets qui ont été co-construits.

## Patrick Dziedjou

*Coordonnateur du Contrat local de  
santé*

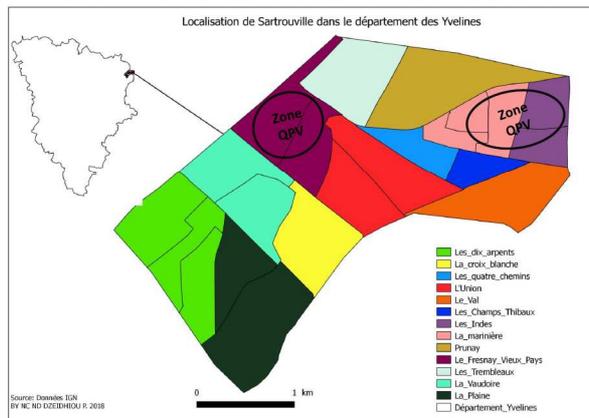
Ville de Sartrouville

## Le territoire

La commune de Sartrouville est située en bordure de Seine, au nord-est du département des Yvelines, à l'ouest de Paris. Elle se découpe en 13 quartiers. Certains d'entre eux, en dispositif Politique de la ville, présentent des indicateurs de vulnérabilité qui sont plus élevés que dans les autres quartiers (proportion de familles monoparentales, de bénéficiaires du CMUC, taux de chômage,...). C'est cette particularité qui a rendu notre territoire éligible à la signature d'un contrat local de santé en 2015 avec pour mission prioritaire de mettre en place des actions qui puissent permettre de réduire à l'échelle infracommunale les inégalités entre les quartiers de la ville.

### Le territoire

Sartrouville => 15 km à l'ouest de Paris => 13 quartiers dont 2 QPV



Notre commune fait également partie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 d'un Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) avec la Communauté d'agglomération Saint Germain Boucles de Seine qui regroupe une vingtaine de communes et environ 100.000 habitants. Sartrouville est

considérée comme étant la deuxième commune des Yvelines de par sa population qui représente 17% de la population globale à l'échelle de l'intercommunalité. Dans la population de Sartrouville, environ 20% des habitants représentent les seniors de plus de 60 ans avec des besoins divers et variés en matière de maintien à domicile et de préservation de leur autonomie.

## Éléments de diagnostic

Face à cette situation, la ville a demandé la mise en place d'une étude début 2018 pour réaliser le portrait social des seniors à Sartrouville. Les résultats de ce diagnostic ont permis de dégager un certain nombre de points. Premier constat, un nombre important de personnes âgées de 80 ans et plus ont émis le souhait de pouvoir vieillir à leur domicile. Depuis la fin 2017, une expérimentation est d'ailleurs menée sur la ville de Sartrouville, "EHPAD à domicile" qui consiste à proposer aux personnes âgées vivant à domicile des prestations d'un EHPAD directement chez eux 7J/7, 24H/24.

L'autre constat qui a été fait, c'est que la part des bénéficiaires de l'APA était supérieure aux autres départements avec des interrogations, des inquiétudes et des réflexions sur la capacité des services d'accompagnement à domicile de pouvoir absorber le nombre croissant des personnes âgées sur la ville de Sartrouville. Il est important de préciser aussi le niveau de précarité des personnes âgées entre 60 et 74 ans avec à la clef les défis liés au non-recours ou au renoncement aux soins.

**François Merle**

*Directeur*

CCAS de Sartrouville

## Des enjeux partagés

Le CCAS de Sartrouville a travaillé avec le Centre médical de santé sur une problématique de personnes âgées dont le GIR se situe entre 3 et 4. Jusqu'à 5 ou 6, dans le cadre de l'APA, ce n'est pas un public qui est touché. Nous sommes partis d'un fichier de personnes vulnérables (680 personnes inscrites au CCAS) et dans un objectif de mutualisation de moyens avec des associations de terrains afin d'aller vers des personnes âgées que nous ne connaissons pas, ne sont pas inscrites dans le droit commun et que nous découvrons au fur et à mesure par le biais de ces associations, des forces publiques, du voisinage ou du Centre médical de santé du Dr Ducros. Ce sont des gens qui ont 80 ans ou plus et qui sont totalement éloignés de tout programme d'animation que nous pouvons proposer. Nous avons donc essayé de conjuguer nos talents dans nos deux services en mutualisant nos fichiers pour voir comment nous pouvions toucher les personnes les plus éloignées par rapport auxquelles 14 bailleurs sociaux sur la ville (6.500 logements sociaux) et un quartier entier actuellement dans le cadre de l'ANRU se retrouvent en difficulté. Le CCAS ne les connaît pas, le PAT ne les connaît pas et elles deviendront sans doute des cas difficiles au niveau de la MAIA.

Au vu de nos ressources en termes de fichiers et de nos relations avec ces associations locales qui peuvent tisser des liens avec le CCAS, nous avons souhaité créer un parcours d'animation, de santé destiné à ces publics-là. Nous avons essayé de trouver quels étaient les éléments de repères dans les associations qui allaient nous amener ces personnes-là sur le projet de parcours de santé. En mai 2018, nous avons mis toutes nos associations autour de la table (Conférence Vincent de Paul,

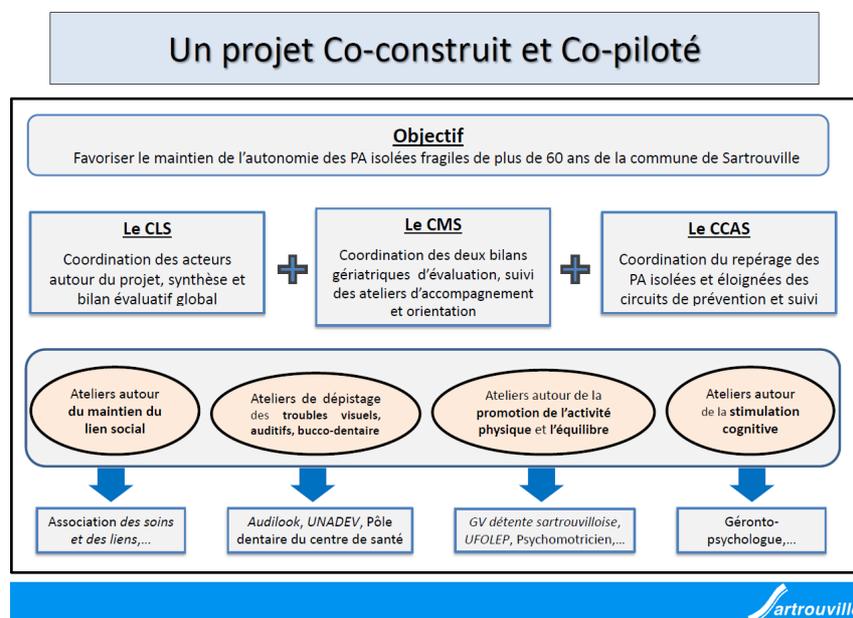
Petits frères des pauvres, associations d'aides ménagères qui rencontrent ces publics-là). Nous sommes donc en train de travailler avec des bénévoles pour voir comment les amener, les covoiturer à des moments-clefs où des professionnels de santé vont pouvoir opérer.

**Dr Élisabeth Ducros**

Directrice des affaires sanitaires  
Ville de Sartrouville

## Un projet co-construit

L'accompagnement des personnes âgées ciblées a été construit sous la forme d'un parcours de prévention en impliquant de nouveaux acteurs du champ associatif et du champ médical avec pour objectif commun le maintien de l'autonomie à domicile. Il est composé de différents ateliers et encadré de deux sessions d'évaluation gériatrique réalisées par une équipe pluridisciplinaire (géronto-psychologue, psychomotricienne, kinésithérapeute, infirmiers gériatriques, généraliste avec une expertise gériatrique). La première évaluation en début de parcours aura pour but d'évaluer le niveau de fragilité des personnes âgées afin de constituer des groupes et de les orienter vers les ateliers adaptés. Les personnes âgées bénéficieront d'un examen clinique, d'un « get up and go » test pour tester l'équilibre et d'une GDF pour la dépression gériatrique. Les personnes qui seront orientées vers les ateliers psychomoteurs pour travailler l'équilibre auront en plus un bilan psychomoteur, tandis que les personnes orientées vers les ateliers de soutien cognitif auront un Mini Mental State (MMS) et le test de l'horloge qui sert à tester la mémoire. À la fin du parcours, une deuxième évaluation sera effectuée avec exactement les mêmes tests afin de déterminer les améliorations en matière d'autonomie et le cas échéant de proposer des orientations, des recommandations médicales ou le maintien des activités.



Les ateliers qui constituent le parcours de prévention s'articulent autour de quatre thématiques : le maintien du lien social avec des ateliers de psycho-socio-esthétique, des ateliers de dépistage des troubles visuels et auditifs réalisés par des prestataires externes, des ateliers de dépistage au niveau de la santé bucco-dentaire réalisés par les professionnels du centre de santé, des ateliers de promotion de l'activité physique avec de la marche nordique, de la gym douce, de l'aquagym, du pilates et des ateliers équilibre avec la psychomotricienne. Il y aura également des ateliers de

stimulation cognitive avec la géronto-psychologue.

Pour assurer la participation des personnes âgées aux différents ateliers, la ville a prévu un moyen de transport afin qu'elles puissent s'y rendre.

## L'évaluation des résultats

### Patrick Dziedjou

À l'issue de cet accompagnement, nous devons évaluer les progrès accomplis par les personnes âgées qui ont été accompagnées. Pour cela, nous avons défini un certain nombre d'indicateurs à chaque étape de notre projet depuis le repérage jusqu'à l'accompagnement en passant par les deux évaluations gériatriques. Ce que nous espérons au terme de notre projet, c'est un gain d'autonomie auprès des personnes âgées accompagnées et une amélioration du maintien à domicile, une socialisation de ces personnes à travers les ateliers de maintien du lien social, un accompagnement continu et, enfin, un travail sur l'amélioration du regard du grand public à travers le vieillissement. Nous avons en effet prévu une action de sensibilisation et de prévention ouverte au grand public afin d'évoquer le bien-vieillir, les difficultés et contraintes que rencontre une personne âgée notamment avec le simulateur de vieillesse.

### Caroline Auffret

*Responsable des partenariats  
opérationnels*  
PRIF

Le PRIF (Prévention Retraite Île-de-France) est un acteur agrégateur au service de la prévention de la perte d'autonomie auprès des seniors franciliens. C'est un organisme inter-régimes des 3 grands régimes de retraite franciliens que sont la CNAV, la Mutualité sociale agricole et la Sécurité sociale des indépendants adossée au régime général (anciennement RSI). Sa mission de service public consiste à proposer des programmes de prévention santé à l'intention des retraités franciliens autonomes. Cette notion d'autonomie est importante car il y a une majorité des seniors qui sont robustes comme cela a été évoqué plus haut et c'est à eux que nous nous adressons en prévention primaire.

## Le PRIF, acteur clé de la prévention en Île-de-France

Aujourd'hui plus de 28.000 retraités en Île-de-France ont été touchés par les actions de prévention. C'est une préoccupation majeure du PRIF que d'atteindre un très grand nombre de personnes et de diffuser cette culture de prévention le plus largement possible avec une orientation vers les publics en situation de fragilité.

> Un organisme **inter-régimes**



> Une mission de service public

> Un enjeu : s'adresser **à l'ensemble des retraités franciliens** y compris les plus isolés/fragiles → déployer **une culture de la prévention**



②



Essentiel, les ateliers de prévention



Le PRIF s'inscrit au carrefour d'acteurs multiples. Outre les caisses de retraite, nous travaillons en lien étroit avec les acteurs du champ de la prévention de la perte d'autonomie que sont le conseil départemental et l'ARS dans le cadre des Conférences des financeurs mais aussi, pour les régimes spéciaux, l'Ircantec, la CNRACL, la Mutualité Française Île-de-France, les caisses des régimes complémentaires, l'Agirc-Arrco, etc.

Nous travaillons avec ces acteurs au pilotage des actions de prévention et à la construction des programmes. Nous travaillons également avec des acteurs professionnels qui sont experts sur les différentes thématiques déployées au sein des ateliers (Soliha sur le logement, Siel bleu sur l'activité physique, entre autres) et avec d'autres acteurs professionnels qui interviennent en partenariat dans l'évaluation des programmes comme le Géron'd'if avec qui nous menons une étude sur l'impact clinique des ateliers « L'équilibre en mouvement » pour mesurer les bénéfices de ces programmes sur le renforcement musculaire et les fonctions d'équilibration, ou encore l'UPEC avec lequel nous avons réalisé une étude sur le lien social. Enfin, ces programmes conçus avec l'ensemble de ces acteurs experts sont proposés aux partenaires territoriaux (Mairies/CCAS, ex : les partenaires de Sartrouville ici présents). Nous travaillons enfin avec des Résidences autonomie comme celle de Versailles, avec les centres socioculturels, les clubs seniors, les foyers de travailleurs migrants dans le cadre du 2P3A, et toute une multitude d'acteurs au plus près des publics.

## Le parcours prévention

Notre philosophie en matière de prévention est celle issue de la définition de la promotion de la santé par l'OMS sur le plan international dans la droite ligne des plans nationaux (Stratégie nationale de santé, Plan national de santé) avec la volonté d'agir en prévention sur toutes les dimensions du bien-vieillir : l'activité physique, l'alimentation, le logement, l'habitat, les fonctions cognitives, la santé et le bien-être. S'y ajoutent des thématiques plus spécifiques comme le passage à la retraite, atelier que nous avons co-construit avec la Mutualité Française Île-de-France afin de s'adresser aux nouveaux retraités.

L'idée est de proposer des programmes qui soient simples et accessibles au plus grand nombre, avec le lien social en vecteur commun à tous ces programmes. Les programmes du PRIF sont des actions de prévention en collectif pour favoriser l'appropriation des messages de prévention mais

aussi comme formidable facteur de réduction des inégalités de santé. Cela permet à des populations de milieux variés de se mélanger et d'échanger sur des problématiques communes afin de réfléchir ensemble à comment vieillir dans de bonnes conditions. Bien vieillir est donc un équilibre entre toutes ces thématiques dans une approche multifactorielle. Agir en prévention, c'est agir sur toutes les thématiques qui ont un impact direct sur la santé de manière transversale.

## Les étapes de mise en œuvre

Nous essayons donc d'accompagner le mieux possible les acteurs locaux à la mise en œuvre des programmes de prévention, car avec l'instauration des Conférences de financeurs qui ont permis une prise en charge intégrale des programmes de prévention il est possible de proposer des programmes de prévention encore plus largement. Mais beaucoup d'acteurs ignorent encore comment s'y prendre pour mettre concrètement en place un programme. Comment capter leur public ? Que signifie parler de prévention ? Comment s'adresser à des retraités ou à des publics fragilisés, ce qui est encore plus complexe ?

Notre mission au sein du PRIF est d'apporter une ingénierie pour accompagner les acteurs, les amener à réfléchir, à penser leurs actions. Et c'est d'abord aussi une approche partenariale. Avant tout, mettre en place un atelier de prévention, c'est aussi réfléchir à la dynamique territoriale (quels sont les acteurs de mon territoire que je vais pouvoir mobiliser ?), identifier les besoins de son public, communiquer de manière large en utilisant les canaux traditionnels mais aussi en faisant appel à des acteurs avec lesquels on n'a pas forcément l'habitude de travailler.

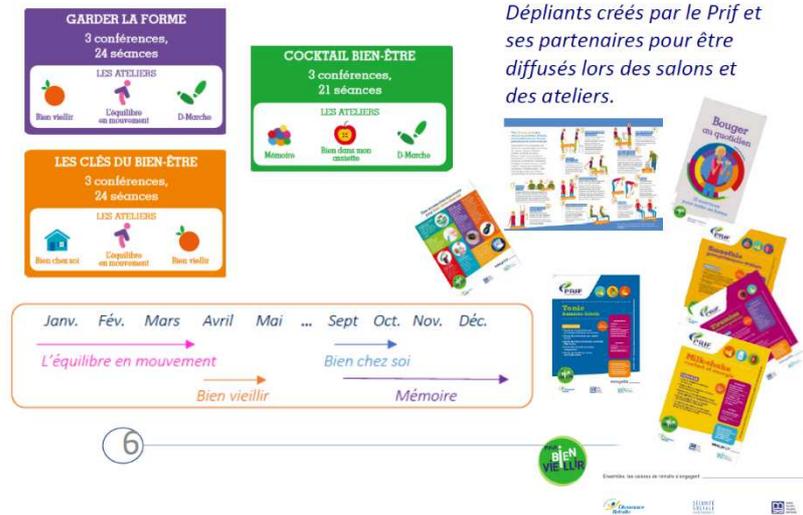
Il s'agit donc de communiquer massivement, d'utiliser tous les canaux de communication, de ne pas hésiter à ouvrir à un large public. La prévention est l'affaire de tous et il faut accepter d'avoir des groupes de personnes qui habitent les communes d'à côté. Il est essentiel d'avoir une dynamique partenariale à ce niveau-là et d'être dans la pédagogie. D'où l'importance que les partenaires accompagnent et expliquent aux retraités qui vont participer au programme ce que ça va leur apporter, pourquoi il est important de venir, et de venir à l'ensemble des séances. Les programmes sont conçus sur une certaine régularité. Cela va de trois séances sur trois semaines pour les ateliers tremplins, à onze séances étalées sur trois mois et demi. La notion d'assiduité doit être bien expliquée aux participants afin qu'ils s'inscrivent dans une dynamique pérenne et qu'il y ait un engagement de leur part.

## Le kit de communication et les différents outils

Nous avons donc créé un kit de communication au service des partenaires locaux afin de mobiliser le public (affiches, dépliants personnalisables) et conçu des guides pratiques (fiches recettes, dépliant qui présente des exercices pratiques pour bouger au quotidien, etc.). C'est facilement appropriable par les personnes. Nous avons également imaginé des menus d'ateliers pour pouvoir réfléchir à une programmation des actions dans le temps. Un programme de prévention se pense en amont (mobilisation du public, mise en place de l'activité) mais aussi en aval (une fois la dynamique de prévention enclenchée, que proposer après ?). Les ateliers du PRIF sont un démarrage pour enclencher une dynamique de changement de comportement : 80% des personnes qui participent à un atelier d'activité physique « L'équilibre en mouvement » envisagent de poursuivre une activité physique régulière par la suite. Nous avons donc imaginé un chaînage entre les différentes thématiques d'ateliers : commencer avec l'activité physique, poursuivre avec la mémoire ou l'alimentation. Mais charge à chacun des partenaires d'imaginer la suite au niveau local pour son public. C'est tout l'intérêt de penser dans le temps, d'anticiper, car cela facilite les

choses en terme de communication dans la mesure où les gens comprennent où on les amène. C'est plus cohérent et plus lisible.

## Un kit de communication pour promouvoir les actions



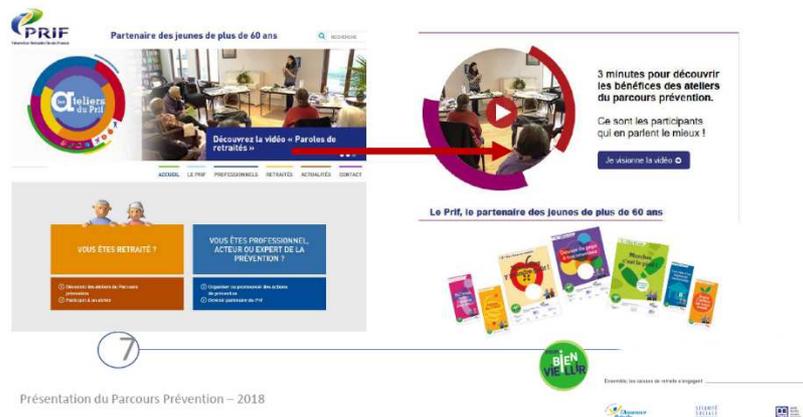
Dépliants créés par le Prif et ses partenaires pour être diffusés lors des salons et des ateliers.

6

Autre exemple d'outils, nous avons mis à jour notre site Internet pour permettre aux retraités, de manière simple et accessible, de se renseigner sur l'offre d'ateliers près de chez eux.

## Les outils à votre disposition

**Un site internet pour accéder à l'ensemble des outils**  
 Les affiches repiquables, les dépliants des ateliers, le guide Clé en main, les films du Parcours Prévention, les rapports d'activité et d'évaluation, la chaîne Youtube...



7

## La démarche qualité

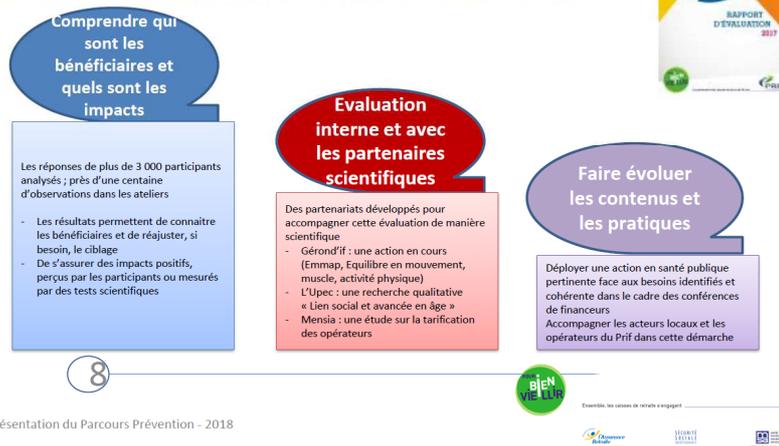
En prévention, il est fondamental de pouvoir aussi mesurer les bénéfices des programmes. Il apparaît, au travers des études que nous avons pu mener, que les réponses aux attentes et les bénéfices sont réels. Concrètement, en première et en dernière séance, les participants remplissent des questionnaires qui recueillent un certain nombre d'informations concernant leurs attentes en début d'atelier et les bénéfices en fin d'atelier. Il s'agit de favoriser un changement de comportement et de mesurer ainsi l'impact positif. Les résultats de ces questionnaires vont être exploités pour permettre de s'assurer de l'adéquation des contenus aux besoins et pour identifier d'éventuels ajustements à effectuer.

Nous collaborons avec différents acteurs scientifiques pour étudier tous les impacts positifs des

ateliers comme Le Géronid'if (étude en cours sur les ateliers « L'équilibre en mouvement ») ou l'université Paris-Est Créteil (étude sur le tissage des liens sociaux en atelier et leur impact en faveur de l'apprentissage). À cette démarche auprès des participants s'ajoute une démarche d'évaluation continue en interne auprès des acteurs experts pour réfléchir à l'harmonisation des contenus des ateliers et aux méthodes de travail ainsi qu'aux bonnes pratiques pour favoriser une meilleure offre de services dans une démarche partenariale.

## La démarche qualité du Prif

> Une démarche constitutive de l'organisme, transverse à l'ensemble des actions menées en Ile-de-France



Les chiffres issus de notre rapport d'évaluation 2017 sur les ateliers de 2016 dans les Yvelines montrent que nous avons une majorité de femmes qui participent aux actions de prévention. Cela n'est pas très surprenant. Ce sont souvent des thématiques qui sont plébiscitées par le public féminin mais de plus en plus d'hommes s'intéressent aux actions. L'atelier tremplin en partenariat avec la Mutualité Française affiche un bon taux de mixité. Reste à obtenir le même équilibre dans les autres ateliers.

Le format atelier est plébiscité par près de 100% des participants même s'il est difficile d'y faire venir les gens. Mais lorsqu'ils y participent, ils en voient l'intérêt et sont satisfaits de l'animation, de la convivialité et de l'apprentissage qu'ils y font. Sur la thématique de la mémoire, 85% des participants à la fin d'un atelier déclarent arriver à mieux se concentrer et 75% retiennent mieux ce qu'ils ont lu, vu ou entendu. Ces bénéfices sont réels.

### Question de la salle

Dans les Yvelines, le PRIF a-t-il des éléments d'évaluation sur des zones d'interventions par rapport à des zones dans lesquelles vous n'êtes pas encore intervenus et n'êtes pas sollicités ?

### Caroline Auffret

C'est toute la question du maillage territorial et de notre souci d'être au plus près des publics fragilisés. Nous faisons un vrai travail de cartographie en cherchant à identifier les zones blanches, c'est-à-dire les zones qui n'ont pas encore bénéficié d'actions de prévention. Nous travaillons avec l'Observatoire national des fragilités qui est un outil, un site Internet conçu par les caisses de retraite, où se trouvent des indicateurs à croiser pour définir les zones prioritaires. Nous réalisons un premier travail d'identification des zones puis un travail en partenariat avec nos acteurs experts et de manière concertée pour aller au contact de ces acteurs locaux, pour leur parler de nos actions et les inciter à mettre en place les programmes de prévention. Nos cartes sur lesquelles

nous positionnons nos ateliers sont réactualisées régulièrement et disponibles à la consultation. Et cela fait partie des engagements que nous demandons à nos acteurs experts à travers le cahier des charges qui exige cette couverture géographique, ce maillage territorial.

---

### **Question de la salle**

Nous avons identifié au sein de notre population des difficultés liées au sommeil qui ont un impact énorme sur l'autonomie et le bien-être. Prenez-vous des actions en ce sens ?

### **Caroline Auffret**

Cela se fait à travers l'atelier du « Bien vieillir », initialement conçu par la MSA et qui est un programme généraliste et dans lequel figure une séance sur le sommeil. Il n'existe rien de plus spécifique dans la mesure où la question du sommeil n'est pas abordée seule, elle est liée à plein d'autres choses, les comportements de vie, l'activité physique, la médication, etc. L'atelier « Bien dans son assiette » aborde aussi la question de l'hygiène du sommeil. Mais c'est toujours dans un cadre global.

---

### **Question de la salle**

Dans d'autres interventions, il a été question d'aller jusqu'à co-construire avec les personnes âgées pour prioriser et concevoir. Par quels moyens et à quel moment de vos projets les bénéficiaires des actions sont-ils sollicités ?

### **Patrick Dziedjou**

Sur Sartrouville nous avons souhaité proposer des ateliers aux personnes fragiles repérées en amont. Il y a donc une évaluation de la fragilité qui est mise en place par les professionnels de santé. C'est à ce moment-là, en fonction des premiers résultats, que seront proposés des ateliers qui semblent être adaptés, en concertation avec la personne âgée. Elle pourra ainsi être associée à l'accompagnement pour gagner en autonomie.

### **François Merle**

Depuis trois ans, le CCAS s'est doté d'un poste d'animateur territorial qui a en charge un programme d'animation. Cet animateur qui est aujourd'hui implanté sur la Résidence de l'Union, un établissement médico-social, est aussi un élément de repérage de la nature des besoins en fonction des personnes âgées. Aujourd'hui, nous travaillons avec un conseil de vie sociale au sein de notre établissement médico-social ce qui rentre aussi dans le cadre du schéma directeur de la loi de 2002, avec une animatrice qui repère, oriente et construit avec le CCAS des actions de prévention ou des actions culturelles. La ville de Sartrouville a été l'une des premières à travailler avec le PRIF. Après le premier atelier « L'Équilibre en mouvement » qui a eu lieu à Sartrouville, une association de la ville s'est emparée de l'ingénierie de l'atelier et en a fait une partie intégrante de la Résidence de l'Union. Elle signe depuis 4 ans une convention pour proposer aux résidents des ateliers hebdomadaires qui rassemblent 25 à 30 personnes. De la même manière, après un atelier « Mémoire », un groupe de personnes a proposé de reproduire l'initiative au niveau du magazine de la Ville. Des exercices mémoires ont ainsi eu leur place réservée pendant un an dans la publication municipale.

## Caroline Auffret

Les programmes de prévention du PRIF n'ont pas été conçus ex nihilo mais réalisés par des professionnels experts du secteur et sur la base de programmes déployés par la MSA avant la naissance du PRIF. Il y a donc eu une co-construction des programmes progressive d'année en année. Les retraités y sont associés de plusieurs manières, d'abord avec l'évaluation des programmes mais aussi au travers des différentes études (Gérond'if, UPEC). Nous envisageons aussi de travailler de plus en plus avec des retraités ambassadeurs. Enfin, nous avons réalisé des films qui mettent en avant la perception des bénéficiaires par les retraités eux-mêmes. Le film de trois minutes « Paroles de retraités » est disponible en ligne.

# LE DÉPISTAGE

*Modératrice*

**Alice Michel**

*Directrice générale adjointe des Solidarités*

Département des Yvelines

**Caroline Guillaud**

*Chef de projet*

La Mutualité française Ile de France

## Quelques définitions

Avant d'évoquer les actions de dépistage que nous avons mises en place depuis l'année dernière, rappelons que l'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Un ensemble de déterminants de santé vont agir sur la santé des individus. Ce sont des facteurs d'ordre socio-économique en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel qui ont un impact sur la santé. Nous sommes au sein d'un écosystème où tout est lié en matière de politiques publiques et d'environnement global.

**Quelques définitions**

- ▶ La santé
  - Etat de complet bien être mental, physique et social
- ▶ Les déterminants de santé
  - Facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel
- ▶ La prévention et la promotion de la santé

Le diagramme illustre les déterminants de la santé à travers trois niveaux concentriques. Au centre se trouvent les **FACTEURS INDIVIDUELS**, qui incluent l'âge, le sexe, la sécurité de logement, l'éducation, les facteurs psychologiques et les conditions de travail. Le niveau intermédiaire est le **MICRO-ENVIRONNEMENT ET FACTEURS INTERPERSONNELS**, comprenant les facteurs culturels, les réseaux sociaux et les relations de voisinage. Le niveau externe est le **FACTEURS SOCIAUX, POLITIQUES ET LÉGISLATIFS**, qui englobe le gouvernement, les politiques publiques, les services de santé et les conditions de travail. Des icônes à l'extérieur du diagramme représentent des aspects de la vie comme le logement, le transport, l'éducation et le travail.

Service santé - Mutualité Française Ile de France - le 7 juin 2018

En ce qui concerne l'articulation entre la prévention et la promotion de la santé, la prévention, vise la réduction des risques par une intervention en amont tandis que la promotion de la santé tient plutôt d'un processus qui a été défini par la charte d'Ottawa de 1986 « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. » Elle s'appuie sur cinq axes : l'élaboration de politiques publiques pour la santé, la création d'un environnement favorable (au niveau physique, social et au niveau des espaces de vie), le renforcement de l'action communautaire (la participation de la

communauté aux actions et à la prise de décision), l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé sur le bien-être et la personne.

## Des actions de prévention en partenariat avec les acteurs locaux

Au niveau local, nous travaillons en partenariat avec des CCAS, des CLIC, des ateliers Santé ville, des centres de santé mutualistes et non mutualistes, des résidences sociales, des Résidences autonomie, des SSIAD-SPASAD et des EHPAD... En lien avec ces partenaires locaux ou avec d'autres acteurs comme le PRIF, nous mettons en place des ateliers d'échanges pour les aidants, sur l'équilibre alimentaire, des ateliers après la retraite. Nous nous inscrivons dans une dynamique de complémentarité afin d'éviter d'être redondant. La prévention dans le domaine du vieillissement se décline en diverses actions notamment par rapport à différentes classes d'âges : les jeunes retraités, les plus vieux et les très vieux. Nous proposons par ailleurs des formations-actions sur la santé bucco-dentaire auprès des professionnels des EHPAD et des structures d'aide à domicile et nous essayons de nous appuyer sur ces programmes pour développer d'autres actions, et notamment des actions de dépistage bucco-dentaire.

## Cadre et contexte des actions de dépistage

Au niveau de la Stratégie nationale de santé, le comité interministériel du 26 mars 2018 a mis en évidence 25 mesures phares de la politique de prévention, parmi lesquelles figure un point sur la santé au quotidien et précise qu'il est important de sensibiliser les seniors aux bienfaits de l'activité physique et à une alimentation équilibrée. Cette thématique va être intégrée dans notre programme de check-up. Par ailleurs, l'une des clés d'un vieillissement en bonne santé, est le maintien du lien social. Cela passe notamment par la préservation des sens, la vue et l'audition. L'annexe de la loi ASV précise que « la perte d'autonomie résulte souvent d'une dégradation de la santé visuelle ou auditive des personnes, atténuant leurs interactions avec leur environnement pour les placer progressivement dans une situation d'isolement social ».

## La stratégie 2017/2018/2019

Afin de renforcer encore plus notre action et qu'elle corresponde à nos ressources humaines et financières en interne, nous avons fait appel au cabinet Mazars qui nous a accompagnés dans la définition de notre stratégie. Ils ont audité des centres de santé et différents conseils départementaux d'Île-de-France afin de vérifier si ces dépistages répondaient à un besoin et s'ils faisaient partie de leurs attentes. Le résultat s'est avéré positif.

### *Les projets*

En 2017, nous avons donc mis en place deux projets financés par la Conférence des financeurs :

- Le Parcours santé bien-être ;
- Le Parcours santé en résidence autonomie.

Le Parcours santé bien-être a été développé en partenariat avec des CCAS et également réalisé lors d'un forum « Bien vieillir » de la CNAV. Il s'articulait autour d'un premier temps de conférence sur les piliers de la santé afin d'accompagner les participants dans une démarche active de santé. Puis il se déclinait sur trois séquences de dépistages avec des conseils individuels :

- Bouger davantage (tests de condition physique avec des éducateurs sportifs), manger

- équilibré (avec une diététicienne) ;
- Le fonctionnement de ses oreilles, tester son audition ;
- Le fonctionnement de ses yeux, tester sa vue.

En amont du Parcours santé en résidence autonomie nous avons souhaité mettre en place un diagnostic et un état des lieux afin de disposer d'une vision globale de la résidence et des moyens humains à disposition pour pouvoir accompagner un public assez fragile et difficile à mobiliser. Il est par ailleurs important que l'action mise en place puisse perdurer ce qui nécessite d'identifier des personnes ressources (gouvernante, animatrice) qui participent à l'ensemble des ateliers et qui continuent le projet.

Suite à ce diagnostic, nous avons mis en place quatre ateliers : la sensibilisation au mouvement, l'hygiène de la bouche, le dépistage visuel et le dépistage auditif. Pour le premier, l'atelier de sensibilisation au mouvement, nous étions partis sur une ambiance *urban training* avec l'idée de développer des pôles d'activités au sein de la résidence. L'éducateur sportif venait en amont de la séance, repérait les lieux et essayer de proposer des activités adaptées à l'architecture de la résidence : faire des exercices au niveau des barres d'appui, des escaliers, etc. Cela a plutôt bien fonctionné. L'atelier sur la santé bucco-dentaire nécessite de la créativité pour mobiliser les participants, le sujet n'étant pas très attrayant. Pour susciter l'intérêt, nous l'avons proposé lors d'un café gourmand, cela a très bien fonctionné seulement le nombre important de participants n'a pas permis de susciter suffisamment d'échanges. Nous devons retravailler le format pour une prochaine intervention.

Lors du premier Parcours, tout se déroulait sur une journée, en résidence autonomie, nous étions sur cinq semaines.

### *Le bilan des dépistages*

L'accueil et l'organisation ont eu des retours très positifs. Cela fait pleinement partie de la réussite d'un projet, surtout pour des personnes âgées fragiles. Elles sont toujours plus disposées à aller vers du changement de comportement lorsqu'elles ont eu un échange convivial positif.

Dans le champ de la prévention bucco-dentaire, il est apparu plus difficile de mobiliser les gens et donc indispensable de proposer des sessions courtes et ludiques. Une présentation sans interaction n'est pas envisageable. Nous avons par ailleurs constaté une méconnaissance des impacts d'une mauvaise santé bucco-dentaire, notamment sur la nutrition, sur le lien social,... Il faut comprendre l'importance d'avoir une bouche propre avant d'envisager des soins bucco-dentaires chez son dentiste.

Les ateliers autour de l'activité physique ont rencontré un beau succès et les gens ont apprécié de pouvoir mesurer leur condition physique. On détaille toutes les composantes de la condition physique avec un éducateur sportif (force, souplesse, endurance).

Concernant l'alimentation, la diététicienne a eu beaucoup de questions sur le diabète, le cholestérol et les modes d'alimentation adaptés, Les gens aimeraient bien être suivis par une diététicienne qui prend le temps de les écouter. C'est de l'individuel même si le collectif est essentiel.

Les ateliers de dépistage visuel et auditif ont un impact rassurant. Il y a eu de nombreuses questions sur la cataracte, le glaucome, l'importance du port des lunettes, etc. Très souvent, les personnes ne portent pas leurs lunettes. Ce sont de petits conseils mais ils sont essentiels. À l'issue des ateliers, des personnes ont été orientées vers des ophtalmologistes. Au niveau des résultats, nous avons pu détecter un certain nombre de déficiences visuelles et de légères pertes visuelles :

seules 82 personnes sur 250 n'avaient aucune perte. Concernant le dépistage auditif, les retraités ont mis en avant la simplicité et la gratuité de la prise en charge, et ont été informés sur les pertes auditives et leurs conséquences. Nous avons aussi permis une prise de conscience de leur capital auditif chez des personnes croyant bien entendre, avec une démarche de dédramatisation de la prothèse, notamment d'un point de vue esthétique.

## Le Check-up santé en 2018

Nous avons donc mis en place des actions, nous les avons évaluées puis nous avons retravaillé le projet pour aboutir au concept du Check-up santé qui se fera uniquement en centre de santé (mutualiste ou non-mutualiste) et qui aura lieu sur une journée, trois fois dans l'année. Les gens s'inscrivent en amont de cette journée auprès de la Mutualité Française Ile de France et arrivent le jour J sur l'espace collectif. Ils sont alors orientés par rapport à leur prise de rendez-vous vers le test visuel réalisé par un orthoptiste. Puis ils vont voir une infirmière pour les tests cardiovasculaires avec la mesure de la glycémie, de l'IMC, de la tension et du tour de taille. Après quoi, ils se dirigent vers un dépistage de l'hygiène bucco-dentaire animé par un dentiste ou une assistante dentaire. Il s'agit bien là de proposer un dépistage de prévention : on insiste sur l'hygiène au quotidien, le nettoyage des prothèses, etc. La séquence se termine avec les tests auditifs réalisés par un audioprothésiste.

À l'issue de ce parcours, la personne revient sur l'espace d'échanges collectif pour une séquence en petits groupes de quatre personnes animées par une diététicienne et dédiée à la nutrition, à l'alimentation et à l'activité physique. On essaie ensuite d'orienter les seniors vers le médecin traitant ou des spécialistes.

## La gestion de projet

L'anticipation et la réflexion sont au cœur du processus avec de nombreux détails auxquels il faut penser, et notamment un temps de diagnostic/état des lieux et notamment ce qui a déjà été mis en place au sein du centre, le repérage des locaux au sein du centre, le ciblage des professionnels disponibles, l'optimisation du cheminement du parcours... Il faut aussi planifier les dates avec l'ensemble des intervenants de notre réseau (orthoptistes, audioprothésistes). Il faut élaborer un plan de communication avec des outils bien spécifiques et une identité graphique. Le seuil maximum de participants est d'une vingtaine de personnes par jour.

L'évaluation se fait notamment grâce à des outils laissés à chaque professionnel de santé qui va pouvoir noter après chaque consultation ce qu'il a pu dépister. Le retraité aura de son côté un questionnaire de satisfaction à remplir sur une tablette. Il aura par ailleurs reçu en amont un Passeport santé (sorte de carnet de santé) qui l'accompagnera dans son parcours de dépistage et lui permettra de repartir avec des éléments clairs.

Les conditions de réussite d'une action de prévention se situent dans une bonne appréhension des partenariats existants au niveau territorial, une connaissance des actions similaires déjà menées sur le territoire, une bonne communication et une approche pédagogique adaptée. Le choix des intervenants est aussi crucial. Les conditions d'accueil, enfin, jouent un rôle non négligeable.

Pour conclure, nous ne sommes qu'au premier niveau d'évaluation mais nous tirons de cette séquence un bilan globalement positif qui montre l'importance de la complémentarité des actions sur le territoire (PRIF, CCAS, associations de la ville où se situe le centre).

## Présentation de France AVC

France AVC est une association loi de 1901 qui a été créée en 1998. C'est une fédération nationale qui regroupe 44 agences, soit au niveau départemental, soit au niveau régional. Cette association couvre environ 77 départements et accomplit trois grandes missions.

La première mission s'articule autour de l'information et de la prévention sur les accidents vasculaires cérébraux et sur les conséquences de cette pathologie. Elle prend la forme de conférences animées en partenariat avec l'ARS et ouvertes au grand public : entreprises de toute taille, CCAS, Clic, écoles, maisons de retraite ou toute structure désireuse d'avoir de l'information sur l'accident vasculaire cérébral. Nous intervenons dans le cadre de conférences, de Journées seniors ou dans des Journées santé au travail organisées par les entreprises.

La deuxième mission est de venir en aide aux victimes d'AVC ainsi qu'à leurs familles : les recevoir, les écouter, les informer, les conseiller et enfin les orienter dans toutes leurs démarches (administratives, juridiques, sociales, médicales, etc.).

La troisième mission est le recueil de fonds destinés à la recherche sur les AVC via la participation à des événements médiatiques.

L'AVC est un véritable fléau national : chaque année en France environ 150.000 personnes sont victimes d'un AVC soit un AVC toutes les quatre minutes et un total de 800.000 personnes sur le territoire qui ont été victimes d'un AVC. Cela place l'AVC en première cause de handicap physique acquis chez l'adulte avec des manifestations parfois très sévères comme l'hémiplégie, l'aphasie et la perte totale ou partielle de la faculté de s'exprimer ou de comprendre le langage. C'est aussi la deuxième cause de déclin intellectuel (réduction des capacités cognitives) et la troisième cause de mortalité derrière les maladies cardio-vasculaires dans leur ensemble et les cancers. C'est la première cause de mortalité chez les femmes.

Trop de gens pensent que l'AVC concerne le sujet âgé. C'est en partie vrai puisque les trois quarts des AVC concernent les personnes âgées de 65 ans et plus mais il ne faut pas oublier que sur la population française, 1 AVC sur 10 concerne une personne de moins de 45 ans. Chaque année en France, 500 cas concernent des moins de 18 ans.

## Marie Blanchère

Attachée de recherche clinique,  
animatrice de la filière AVC78  
France AVC Île-de-France

### La campagne de prévention 2017/2018

Nous avons mis en place une campagne itinérante de prévention de l'AVC avec des étapes d'une journée dans chaque ville choisie. Notre objectif est double : réaliser un parcours d'information sur l'AVC et un parcours de dépistage des principaux facteurs de risques vasculaires. Nous ciblons principalement les personnes de plus de 60 ans avec des difficultés d'accès à l'information et à la prévention, dans des villes qui sont majoritairement sous contrat local de santé.

Notre parcours d'information se compose d'une tente aux couleurs de notre campagne avec des supports de communication pour pouvoir diffuser l'information. Trois à six personnes se relaient : des bénévoles de France AVC, des paramédicaux, des médecins ou des animateurs de filières. La diffusion d'un quiz va nous servir à comptabiliser le nombre de personnes informées et à évaluer leurs connaissances sur l'AVC avec des questions très simples.

## OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE

### - Informer sur l'AVC :

- Qu'est-ce qu'un AVC ?
- Quels sont les signes d'AVC ?
- Comment agir ?
- Comment prévenir le risque d'AVC ?

### - Dépister les facteurs de risque vasculaires

### Population cible :

Personnes de plus de 60 ans et/ou ayant des difficultés d'accès à l'information, à la prévention. Villes en zones urbaines, suburbaines ou rurales; communes en CLS.



Le message essentiel de la campagne est de faire comprendre aux gens ce qu'est un AVC ou un AIT, de leur apprendre comment le reconnaître grâce aux trois signes principaux (inertie de la moitié du corps, trouble de la parole ou paralysie du visage) et comment réagir en appelant le 15 immédiatement.

# LE PARCOURS INFORMATION

- Reconnaître les 3 signes principaux d'un AVC
- Appel du 15
- Comment limiter ses risques de faire un AVC ?



## Reconnaître les signes d'un AVC.



Les signes surviennent brutalement, un seul signe suffit et chaque minute est essentielle.

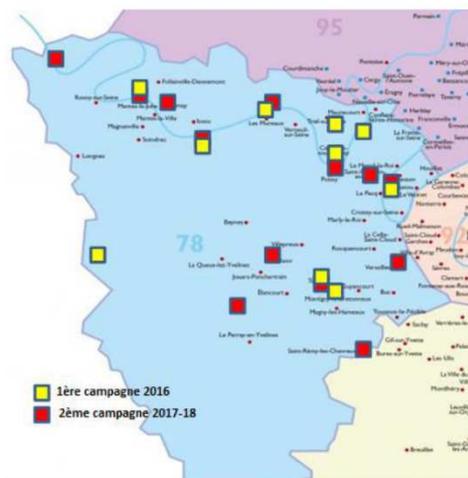
# SUPPORTS D'INFORMATION



Nous expliquons comment limiter le risque de faire un AVC en contrôlant ses facteurs de risque (hypertension, obésité, diabète). En montant dans le bus itinérant ils peuvent ensuite évaluer leurs propres risques. Des étudiants en médecine recueillent les données des visiteurs : l'âge, le sexe, le médecin traitant, la fréquence des visites, les antécédents, les facteurs de risque vasculaire et les traitements qu'ils prennent. Puis, une infirmière va prendre en charge chaque patient et mesurer son poids, sa tension artérielle, le taux de glucose capillaire et le taux de cholestérol capillaire. Enfin, le médecin va réaliser une échographie des artères carotidiennes et un mini ECG pour détecter d'éventuelles arythmies cardiaques. Toutes les données sont recueillies sur une petite fiche pour que les visiteurs puissent repartir avec leurs données et une synthèse réalisée par le médecin, accompagnée de recommandations personnalisées pour le médecin traitant.

Après une phase pilote en 2016 sur 10 villes des Yvelines, nous avons pu lancer la campagne 2017/2018.

# CALENDRIER DE LA CAMPAGNE 2017-2018



**ACTION DE 9H à 16H**  
Environ 60 personnes accueillies par jour

## 2016

09/11/16 : Aubergenville  
23/11/16 : Achères  
25/11/16 : Sartrouville  
26/11/16 : Mantes la jolie  
02/12/16 : Houdan  
03/12/16 : Chanteloup  
07/12/16 : Trappes  
08/12/16 : Carrière-sous-Poissy  
09/12/16 : Montigny  
10/12/16 : Les Mureaux

## 2017

16/10/17 : St Germain-en-Laye  
20/10/17 : Sartrouville  
4/11/17 : Mantes-la-Jolie

## 2018

14/3/18 : Rambouillet  
16/3/18 : Meulan  
26/3/18 : Limay  
29/3/18 : St Remy-lès-Chevreuse  
30/3/18 : Poissy  
4/4/18 : Trappes  
6/4/18 : Versailles (+ ophtalmo)  
10/4/18 : Bonnières-sur-Seine  
11/4/18 : Aubergenville  
13/4/18 : Plaisir

## Dr Jérôme Servan

Neurologue, animateur de la filière AVC78

France AVC Île-de-France

## Les résultats de la campagne 2017/2018

Nous avons collecté beaucoup de données. Nous divisons le public touché en deux groupes : les personnes informées et les personnes dépistées. Toute personne dépistée a été informée au préalable, mais toute personne informée n'est pas forcément allée jusqu'au dépistage. Or sur les 847 personnes informées, 705 ont fait le dépistage. Les données montrent que l'âge moyen était de 61 ans, l'IMC médian de 25,5 et que 58% avaient plus de 60 ans. Leur qualité de vie, appréciée sur la base d'un auto-questionnaire, était plutôt correcte (75 sur une échelle de 100). Enfin, 90% des personnes avaient intégré le message principal, à savoir l'identification des signes d'alerte de l'AVC et le comportement à tenir.

## PROFIL DES PERSONNES RENCONTREES

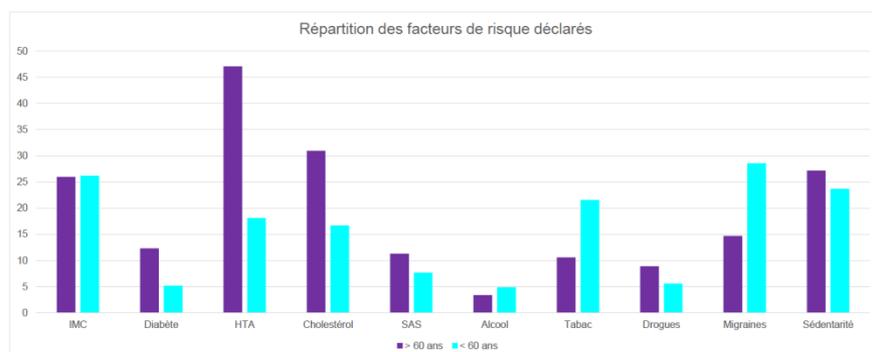
- 847 personnes informées dont 705 dépistées
- Age moyen = 61 ans
- IMC médian = 25.5 (min 16.6-max 50)
- 58% ont plus de 60 ans**
- Qualité de vie médiane (échelle 0-100)
  - > 60 ans = 75.0
  - < 60 ans = 70.0
- > 90% des personnes ont intégré le message**



Dans le recueil des facteurs de risque vasculaire, outre les résultats attendus sur l'hypertension, le

cholestérol et le diabète, nous avons été assez surpris par le nombre de réponses positives sur la prise de drogues chez les plus de 60 ans.

## RECUEIL DES FACTEURS DE RISQUE VASCULAIRE



Nous avons défini quelques signes d'alerte à partir d'indicateurs classiques : pression artérielle systolique supérieure à 18 mm Hg, découverte de diabète ou diabète déséquilibré, découverte de cholestérol ou cholestérol déséquilibré, découverte de fibrillation auriculaire, découverte d'un rétrécissement artériel de plus de 70 %. Il faut noter que le dépistage de la fibrillation auriculaire est très important car il est tout à fait possible d'avoir une arythmie cardiaque malgré une hygiène de vie remarquable. Ces résultats nous ont permis d'orienter environ 30% des patients dépistés vers leur médecin traitant dans les jours à suivre ce qui est une preuve d'efficacité indéniable du dépistage.

Dans le cadre d'une opération pilote, nous avons couplé la Journée de prévention de l'AVC de Versailles avec une journée de dépistage ophtalmologique en partenariat avec le service d'ophtalmologie du Centre Hospitalier de Versailles. Cela a permis d'examiner 32 personnes dont 61% présentaient une anomalie (rétinopathie, DMLA, maculopathies, neuropathies). Un quart des patients avait une cataracte qui nécessitait une intervention.

Dans l'avenir, nous allons répéter l'opération dans les Yvelines mais aussi dans le Val-d'Oise, l'Essonne et peut-être la Seine-et-Marne. Cette campagne « Bus AVC » fait des émules et pourrait même sortir de la région Île-de-France.

Pour conclure, l'originalité de cette campagne, tient dans le fait que nous nous déplaçons vers les gens, dans leur quotidien et dans des endroits dits difficiles mais aussi que nous délivrons un conseil médical personnalisé.

---

### Question de la salle

Après les premiers résultats de la campagne de prévention AVC obtenus lors du dépistage, avez-vous un recul sur les prescriptions que vous avez pu faire de consulter le médecin traitant ?

### Dr Jérôme Servan

Nous n'avons aucun retour puisqu'il s'agit d'un dépistage anonyme. Nous aurons peut-être une

meilleure visibilité lors de la prochaine campagne car nous allons cette fois informer les médecins traitants, ne serait-ce que pour les sensibiliser.

-----

**Question de la salle**

Savez-vous ce qui amène les personnes à monter dans le bus ? Quelles sont leurs attentes ? Pourquoi sont-elles venues là ?

**Marie Blanchère**

Elles ont été informées par la communication en amont. La plupart du temps, les gens viennent parce qu'ils sont touchés dans leur famille, dans leur cercle d'amis, qu'ils sont anxieux et qu'ils ressentent le besoin de faire le point. Mais cela peut aussi être un mouvement spontané de gens qui passent dans la rue.

-----

**Question de la salle**

Est-il envisageable que le dispositif Check-up puisse se faire ailleurs que dans les centres de santé ?

**Caroline Guillaud**

Ce dépistage se déroule uniquement en centre de santé mais nous invitons toute personne en résidence sociale, en EHPAD, à s'y rendre. Nous avons choisi ce lieu car au moment de la mise en place du projet en 2017 en partenariat avec le CCAS, nous manquions parfois de monde. Un centre de santé génère du passage. Nous communiquons le plus en amont possible afin que les gens s'inscrivent mais s'il n'y a plus de place lorsqu'ils viennent sans rendez-vous, nous avons alors la possibilité de les inscrire sur l'une des trois autres sessions annuelles.

### **Dr Jean-Pierre Aquino**

*Directeur du pôle médico-social*  
Hôpital La Porte Verte

*Conseiller technique*  
Fondation Médéric Alzheimer

*Délégué général*  
Société française de gériatrie et  
géronologie

*Administrateur*  
CNAV

*Président*  
Conseil territorial de santé des  
Yvelines

*Membre de la Conférence des  
financeurs des Yvelines*

Au terme de cette journée passionnante qui s'est déroulée en deux temps, un temps pédagogique et théorique d'une part, passage incontournable si l'on souhaite comprendre la difficulté de la prévention dans les différents pays qui s'intéressent à cette dynamique, et un temps abondant d'autre part des aspects plus pratiques de construction et d'évaluation de projet, nous avons là tous les outils pour gagner en efficience.

Quel enseignement retenir ? Le contexte est favorable : le ministère s'est emparé de la prévention ! À nous de faire valoir la spécificité de la prévention dans le champ de la gérontologie, car elle représente une difficulté supplémentaire du fait de sa complexité. Nous avons en effet à gérer conjointement des composantes de nature médicale, environnementale, médico-sociale, familiale et économique. Cette complexité n'est que le reflet de ce que nous sommes : l'anthropologie définit l'Homme comme un corps, un esprit et un être relationnel. Si nous manquons l'une de ces trois composantes, il est évident que le projet, aussi bien structuré soit-il, ne sera pas performant et risquera d'aboutir à un échec.

L'autre enseignement que nous pouvons tirer, c'est l'importance de la proximité. Il existe un débat sur la prévalence des initiatives départementales ou d'une vision globale au niveau national. Mais si l'initiative n'était que nationale, nous perdriions l'efficacité de la proximité qui constitue le temps fort de toute approche en gérontologie et ce point est important à défendre.

Le champ de la communication et du marketing pose la question de notre rapport aux informations que nous recevons. Vont-elles nous percuter ? Vont-elles nous intéresser ? Vont-elles nous saisir ? Ici se situe tout l'enjeu de trouver ce lien entre des données qui méritent d'être appréhendées par le plus grand nombre pour qu'il s'implique dans une dynamique de prévention.

Le comportement individuel est un élément déterminant. Finalement, au terme de cette journée,

nous pourrions promouvoir et valoriser l'autogestion comme étant, au niveau personnel, un élément fondamental pour progresser.

Entre les interventions académiques de la matinée et celles plus pratiques de l'après-midi, la séparation est en fait assez artificielle car si nous souhaitons continuer à progresser, il est important que ceux qui réfléchissent, que ceux qui font des statistiques, que ceux qui observent à l'étranger pour faire du *benchmarking* et rapatrier en France ce qui paraît pertinent, soient en prise directe avec les professionnels de terrain, avec les usagers, afin de donner encore plus d'énergie aux stratégies que nous mettons en place.

En tant que membre de la Conférence des financeurs, je souhaiterais vous dire, pour avoir assisté à ses travaux depuis sa mise en place, combien ils sont sérieux, dynamiques, intéressants, combien la recherche d'un consensus est présente à chaque réunion, et combien cette conférence est tout sauf le lieu où l'on vient avec son chéquier : nous sommes là pour réfléchir, pour initier, pour remarquer, pour comprendre, pour soutenir, bref, pour aller de l'avant. Et l'on peut dire que de cette réflexion très générale qui est conduite par la Conférence des financeurs, il y a une action qui est formalisée et, surtout, à la clé, une évaluation qui est systématiquement demandée. Les critères d'évaluation portés par les associations et les organismes représentent un élément déterminant dans le choix final.

Au sujet de l'évaluation, si demain, par mésaventure, un projet dans lequel vous croyez beaucoup arrive à un échec, ne vous lamentez pas de manière inutile et ayez plutôt le réflexe de publier votre échec. Trop peu de gens communiquent sur leurs échecs. C'est pourtant probablement à partir de la compréhension d'un échec que l'on peut éviter de reproduire les mêmes erreurs.

---

## Remerciements

À l'ensemble des orateurs ;

À Marie-Hélène Aubert,  
Présidente de la Conférence des financeurs ;

Au Conseil départemental des Yvelines

À Thomas Lauret,  
Directeur général de l'hôpital La Porte Verte ;

À l'équipe organisatrice :  
*Béatrice Bouy, Alice Michel et Laëtitia Clerget*