

Évaluation du **Plan national Bien vieillir** 2007-2009

Collection
Évaluation

Évaluation du Plan national **Bien vieillir** 2007-2009

Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009

Rapport adopté par le HCSP le 9 décembre 2010

Sommaire

AVANT-PROPOS.....	7
SAISINE	9
COMPOSITION DU COMITÉ D'ÉVALUATION.....	11
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	12
INSTANCES CONTACTÉES	12
SYNTHÈSE	13
RECOMMANDATIONS.....	15
1 - Pérenniser le concept.....	15
2 - Adapter la méthode	16
3 - Inclure la problématique des inégalités sociales de santé	17
4 - Structurer la problématique et intégrer la notion du « bien vieillir » dans une action politique à visée collective et individuelle	18
LE PNBV : PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE.....	21
Objectifs généraux	21
Axes opérationnels	21
MÉTHODOLOGIE ÉVALUATIVE SUIVIE	22
Saisine	22
Objectifs de l'évaluation.....	22
Processus	22
Validation	23
EVALUATION GÉNÉRALE	25
Historique.....	26
Gouvernance et pilotage.....	27
Contenu du plan.....	29
Moyens financiers.....	30
Lien avec les autres plans	30
EVALUATION AXIALE DU PNBV.....	31
Axe 1 : Retraite	33
Axe 2 : Nutrition	38
Axe 3 : Activité physique et sportive	40
Axe 4 : Prévention individuelle / Facteurs de risque.....	43
Axe 5 : Médicaments	51
Axe 6 : Solidarité entre générations.....	54
Axe 7 : Solidarité locale	56
Axe 8 : Recherche / Innovation.....	59
Axe 9 : Dimension européenne	62

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
ANNEXES	65
<i>Axes et mesures du Plan national Bien vieillir.....</i>	<i>65</i>
<i>Guide d'entretien.....</i>	<i>67</i>
<i>Réponses des instances contactées</i>	<i>68</i>
<i>Tableau des documents collectés</i>	<i>80</i>
GLOSSAIRE	83
TABLE DES MATIÈRES.....	85

Avant-propos

Le 15 avril 2010, le Haut Conseil de la santé publique a été saisi par le directeur général de la santé afin de procéder à l'évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009. En effet, le Gouvernement souhaite lancer prochainement un nouveau plan « visant à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes âgées ». Le HCSP a donc évalué le plan échu, et à partir des résultats proposé des recommandations pour le prochain plan.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE

Ministère de la Santé et des Sports

Le directeur général de la santé

Paris, le 15 avril 2010

Monsieur le Président,

La France va connaître, de 2005 à 2050, une profonde transformation de la structure de sa population par âge due à la conjonction de deux facteurs : l'allongement de la durée de vie liée aux progrès sanitaires et à l'élévation du niveau de vie, ainsi que l'arrivée à l'âge de la retraite des personnes nées dans les années 1946-1960. Le poids relatif des personnes âgées de plus de 60 ans dans notre société va donc augmenter considérablement.

Si la France se situe au premier rang des états de l'Union Européenne pour l'espérance de vie à 50 ans des femmes, elle n'est plus qu'au 10^{ème} rang pour l'espérance de vie à 50 ans sans incapacité pour les femmes et au 11ème rang pour les hommes.

C'est dans ce contexte qu'avait été élaboré le plan national « Bien Vieillir 2007-2009 ». Présenté le 30 janvier 2007, associant les ministères chargés de la santé, des sports et des solidarités, ce plan de santé publique se voulait dans la continuité des travaux sur le programme « bien vieillir » initié en 2003 par le secrétariat d'Etat aux personnes âgées et succédait à celui de 2005.

Il avait pour ambition de proposer des solutions pour un vieillissement réussi tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées, qui s'inscrivaient dans les recommandations issues des ateliers européens « Healthy Ageing » de 2006.

Aussi, les objectifs généraux du plan étaient de promouvoir et favoriser :

- des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, de la marche, de l'équilibre ...) ;
- des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition) ;
- l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne âgée tant en termes de logement, aides techniques, aménagement de la cité ;

- le renforcement du rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens entre générations et en promouvant la solidarité intergénérationnelle.

Ce plan dont le pilotage et le suivi avaient été confiés au Dr Jean Pierre AQUINO est arrivé en fin de période et la réflexion est en cours pour définir les modalités et le champ d'un nouveau plan visant à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes âgées.

Dans cette perspective, je souhaite que le Haut Conseil de la santé publique conduise l'évaluation du plan bien vieillir 2007-2009, et à partir des résultats de cette évaluation propose des recommandations pour un futur plan. Un bilan des actions de ce plan a été fait par chacune des trois directions concernées : la direction générale de la santé, la direction générale de la cohésion sociale et la direction des sports. C'est sur ces éléments, que vous trouverez joints à ce courrier, que vous pourrez vous appuyer, étant entendu que les administrations concernées par le plan « Bien vieillir 2007-2009 » se tiennent à votre disposition pour vous communiquer tous les éléments pouvant aider à ce travail d'évaluation.

Je vous remercie par avance de bien vouloir me faire parvenir votre rapport au plus tard pour le 15 juin 2010. En effet, nous souhaitons présenter un nouveau plan au début de l'automne 2010. Si une réflexion est déjà amorcée pour en esquisser les grandes lignes, les recommandations issues de votre évaluation seront indispensables à son élaboration finale.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Didier HOUSSIN

Monsieur le Professeur Roger Salamon
Haut Conseil de la santé publique
18, place des cinq martyrs du Lycée Buffon, 75014 Paris

Composition du comité d'évaluation

Pilotes

Chantal Cases, HCSP
Franck Le Duff, HCSP

Rapporteure

Emmanuelle Sarlon, médecin de santé publique

Responsables de l'évaluation des axes du plan

Pierre Czernichow, HCSP (axe 4)
Hélène Grandjean, HCSP (axes 6, 7 et 8)
Yves Lecarpentier, HCSP (axes 2 et 3)
Bernard Marchand, gériatre (axe 4)
François Puisieux, HCSP (axe 1)
Catherine Sermet, Irdes (axes 5 et 9)
Jean-François Toussaint, HCSP (axes 2 et 3)

Coordonnateurs secrétariat général HCSP

Geneviève Guérin, chargée de mission
Arnaud Fouchard, interne de santé publique

Réunions

3 juin 2010
15 juin 2010 (audition)
9 juillet 2010
24 août 2010 (audition)
25 août 2010
31 août 2010 (audition)
15 septembre 2010
8 octobre 2010

Conflits d'intérêt

Les membres du comité d'évaluation ont rempli une déclaration publique d'intérêt.
Bernard Marchand a déclaré avoir été jusqu'à début 2010 membre de l'association Siel bleu qui a reçu un financement dans le cadre du PNBV. Aucun autre conflit d'intérêt n'a été signalé au HCSP.

Liste des personnes auditionnées

Jean-Pierre Aquino, Comité de pilotage du PNBV, le 15/06/2010
Anne Kieffer, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, le 24/08/2010
Sylvain Denis, Comité national des retraités et personnes âgées, le 24/08/2010
Yvan Denion et Anne-Marie Tahrat, Direction générale de la cohésion sociale, le 24/08/2010
Sondès Elfeki, Direction des sports, le 24/08/2010
Stéphanie Pin, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, le 24/08/2010
Benoît Lavallart, Direction générale de la santé 2001-2007, le 31/08/2010
Olivier Dupont, Direction générale de la santé 2007-2009, le 31/08/2010
Thérèse Hornez, Direction générale de la santé 2009-2010, le 24/08/2010
Odile Kremp et Elisabeth Gaillard, Direction générale de la santé, le 31/08/2010

François Puisieux, responsable de l'axe 1, a interrogé les professeurs Gilles BERRUT, actuel président de la SFGG, Jacques TRETON, président de cette même société au moment du lancement du PNBV et Bernard CASSOU, gériatre très investi dans la préparation à la retraite. Tous trois étaient membres du groupe de travail *Prévention des pathologies liées au vieillissement* du comité de pilotage du PNBV.

Instances contactées

Audition (1) ou demande de contribution (2)

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (2)
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (2)
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (1)
Comité national des retraités et personnes âgées (1)
Direction des sports (1)
Direction générale de la santé (1)
Haute Autorité de santé (2)
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (1) et (2)
Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

EuroHealthNet a également été sollicité sur l'axe 9.

Les contributions reçues de l'AFSSAPS, la HAS et l'INPES figurent en annexe.

Synthèse

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

Il a pour objectif de proposer des mesures permettant d'assurer un «vieillissement réussi» au plus grand nombre tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en favorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. On trouve ainsi des axes visant à favoriser des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques, des axes pour la promotion de comportements favorables à la santé, l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et le renforcement du rôle social des seniors par leur participation.

La thématique du «vieillissement réussi» visée par le PNBV est éminemment pertinente compte tenu du contexte démographique français. Elle est également ambitieuse car elle s'adresse à une partie large de la population française et elle se fonde sur une approche préventive.

Cependant, malgré l'ambition et la pertinence de la thématique et des objectifs, on peut déplorer un déficit de gouvernance, de structuration et de moyens. Ce déficit s'explique par l'historique d'élaboration du plan, démarche agrégeant des idées pertinentes plutôt que structurant logiquement une problématique. En ce sens, il s'agit davantage d'un ensemble de mesures que d'un plan *stricto sensu*. Les actions définies sont le plus souvent orientées sur le développement d'outils, sans que soient organisés l'accompagnement et l'utilisation de ceux-ci. Cette lacune initiale impacte ensuite la définition et l'attribution des responsabilités, la mise en œuvre de mesures au niveau régional, l'allocation des moyens, et l'évaluation. Cela est renforcé par l'absence de réel responsable du plan au niveau administratif.

Le caractère interministériel et intersectoriel de la problématique d'accompagnement efficiente du «bien vieillir», combinée au manque de gouvernance, a rendu dans ces conditions le pilotage et le suivi du plan quasiment impossibles, malgré le professionnalisme d'acteurs investis dans les projets dont ils ont la charge.

Tableau de synthèse

Points clés	PNBV
Planification stratégique	Pas de stratégie globale rassemblant les différents axes/objectifs
Organisation	Pas de structuration des axes
Suivi d'activité	Inexistant, ou très hétérogène Pas de compte rendu validé disponible
Suivi budgétaire	Inexistant, ou très hétérogène Pas de tableau de bord disponible
Pré-évaluation	Un tableau de l'avancement des mesures a été transmis par les directions concernées

L'évaluation n'a pas été pensée lors de l'élaboration du Plan.

Enfin, il faut déplorer l'absence de prise en compte des inégalités sociales de santé chez les aînés sachant que le vieillissement accroît les inégalités de toutes sortes.

Pour résumer, au niveau des mesures et de leur suivi, les difficultés recensées sont :

- le manque de gouvernance,
- le turn-over des acteurs,
- l'absence du souci d'évaluation à distance de l'action.

Recommandations

Se fondant sur l'évaluation réalisée, des recommandations peuvent être faites pour alimenter la réflexion sur le deuxième PNBV.

D'après les auditions réalisées, la construction du nouveau plan semble déjà être bien avancée. Cependant, divers points doivent être clarifiés afin d'améliorer l'efficacité de la dépense publique.

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

Trois enjeux sont impactés par une telle politique :

Le premier porte sur la nature des structures qui portent l'action puisque qu'elles doivent accepter et supporter la coordination entre organisations.

Le deuxième porte sur les conditions d'engagement des acteurs. Les incertitudes liées au suivi des actions minent l'engagement des acteurs, elles peuvent nuire à la conversion des ressources d'expérimentation en transformation durable des modes d'organisation des soins et des pratiques.

Un troisième enjeu touche la question de la fragmentation du système de soins : le niveau central doit apprendre des acteurs locaux qui doivent à leur tour accepter la vision fixée par le politique, pour peu que cette vision soit adossée à une gouvernance qui permette l'interaction.

1 - Pérenniser le concept

Le comité d'évaluation s'est tout d'abord interrogé sur la réelle nécessité de préparer un deuxième plan. Certains arguments plaidaient pour ne pas renouveler l'expérience : le déficit de gouvernance, le manque de moyens attribués et la redondance avec les autres grands plans. Cependant, plusieurs éléments apparus au fil des auditions nous incitent à ne pas préconiser de suspendre le projet de PNBV 2. D'une part, parce que le plan peut être un support de communication et de pédagogie sur la prévention dans un domaine crucial pour la population, et qu'il a bien été repéré comme tel par les usagers ; d'autre part, parce que l'existence d'un plan est un argument fort pour la réalisation des mesures en interministériel. Enfin, si un plan n'est qu'un mode d'intervention limité dans le temps de la politique de santé publique, la répétition sur une période plus longue peut en accroître l'efficacité. Ainsi, il apparaît que depuis le premier programme Bien vieillir, la reconduction de certaines mesures et leur dissémination dans les divers plans (sur la nutrition, par exemple) et programmes de santé a permis d'avancer dans la perspective de la prévention du vieillissement. A ce stade, le comité d'évaluation préconise donc qu'un ensemble d'actions concertées et intersectorielles, sous forme d'un plan ou sous une autre forme, prolonge le PNBV.

Toutefois, certaines conditions apparaissent indispensables pour qu'elles aient une portée efficace.

2 - Adapter la méthode

Dans le futur plan, il est nécessaire de distinguer le pilotage, qui relève de la puissance publique, de la mise en œuvre, qui doit être confiée aux opérateurs adéquats et ce de façon protocolisée.

La prévention est par nature intersectorielle. La mise en œuvre de mesures dans ce champ nécessite par conséquent un pilotage interministériel avec un pilote unique et une volonté politique affirmée. La prévention du vieillissement au travail, et pas seulement la préparation de la retraite, est, en cette période où la loi va prolonger la durée d'activité, un élément essentiel à traiter avec le ministère du travail. Il en est de même de l'adaptation de l'urbanisme, du cadre de vie et du logement qui doit être conduite avec le ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire. Le ministère de la culture pourrait également être impliqué sur certaines thématiques.

La nature même de la thématique abordée qui rend le pilotage plus difficile à structurer puisqu'il nécessite une approche transversale, appelle le respect de certains points, à savoir :

Une gouvernance partagée sous l'autorité d'un comité de pilotage interministériel présidé par une personnalité reconnue par tous, et se réunissant régulièrement ;

Un coordonnateur chargé de mission nommé par le COPIL et lui rendant compte tout au long de la durée du plan, tout en étant le référent des opérateurs interministériels pour la mise en œuvre et le suivi des mesures ;

L'entretien d'un lien fort avec le niveau régional afin que la politique du plan soit déclinée sous la conduite des ARS, mais en assurant un suivi rapproché, coordonné et homogène des actions entre les régions ;

L'anticipation et la conduite de l'évaluation des axes et des actions dès la constitution du plan en respectant les objectifs de santé publique fixés en amont.

La nécessité de nommer un chargé de mission national est principalement motivée par deux éléments :

- Offrir à l'ensemble des interlocuteurs un référent bien repéré ;
- Pouvoir rendre compte de l'avancement des actions au comité de pilotage.

Il nous paraît par ailleurs important de pouvoir conserver, autant que possible, les mêmes acteurs sur la durée du plan, ou à tout le moins organiser un réel transfert de compétences si certains d'entre eux doivent changer.

Les outils à développer doivent permettre de structurer la stratégie. Il est indispensable de définir et de quantifier les indicateurs de suivi.

Il est également nécessaire d'insérer, dès la conception du plan, un tableau de bord de suivi des objectifs, et des actions mises en œuvre, d'en préciser le pilotage et le financement, de prévoir des réunions régulières. Un financement pluriannuel avec une programmation budgétaire pourrait être un outil utile dans le cadre de l'appel à projets (axe 7, mesure 7.1).

3 - Inclure la problématique des inégalités sociales de santé

Comme l'ont montré les travaux de l'Institut national d'études démographiques (INED), les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie, à 35 ans, de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale [2]. Les inégalités sociales de santé n'opposent donc pas des populations vulnérables, exclues ou précaires à une population dont l'état de santé s'améliorerait de façon homogène, mais traversent l'ensemble de la population.

Les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes, et elles ont eu tendance à s'accroître ces dernières années. Il s'y ajoute des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Il existe donc une «double injustice», portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci. Les inégalités concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé.

Dans son rapport sur les inégalités sociales de santé [1], le HCSP montre que la question des déterminants de santé a été longtemps uniquement orientée en France sur les soins individuels, dans le cadre de la relation entre le malade et le médecin. Le débat français a donc essentiellement porté sur l'accès aux soins, garanti par les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie. De nombreuses études ont mis en évidence d'autres déterminants, extérieurs au système de soins et de santé, définissant une approche intersectorielle de la santé, au-delà des seules conséquences du système de soins. Une grande attention doit être accordée aux déterminants socio-économiques, dans la mesure où ils ont été peu pris en compte dans nos politiques sanitaires et qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé.

A titre d'exemple, l'enquête FADO-sein de l'InVS (Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé) [3] s'adresse à la population féminine ciblée par le dépistage organisé du cancer du sein, à savoir les femmes de 50 à 74 ans auxquelles est proposée une mammographie gratuite tous les deux ans avec une double lecture en cas de cliché négatif. Dans cette étude transversale, il a été montré l'existence d'un gradient marqué entre les différents groupes étudiés, toutes choses étant égales par ailleurs. Pour le groupe de femmes ayant bénéficié d'un dépistage individuel du cancer du sein (mammographie dans les deux ans précédant la réception de l'auto-questionnaire), le niveau sociodémographique est plus élevé, le suivi médical est meilleur, notamment le suivi gynécologique est plus régulier et les pratiques de dépistage sont fréquentes. Pour le groupe de femmes n'ayant bénéficié d'aucun dépistage du cancer du sein (pas de mammographie dans les deux ans précédant la réception de l'auto-questionnaire), le niveau sociodémographique est plus bas, le suivi médical irrégulier et les pratiques de dépistage sont peu fréquentes. Pour le groupe ayant bénéficié du dépistage obligatoire du cancer du sein, on note une position intermédiaire entre les deux groupes précédents. Les facteurs de participation des femmes au dépistage du cancer du sein sont essentiellement ceux en relation avec le suivi médical et l'accès aux soins.

La santé est donc un marqueur. Si les actions de prévention ne tiennent pas compte des différences sociales, elles risquent de creuser encore plus les écarts existants.

Dans le PNBV, la mesure portant sur le dépistage des cancers chez les seniors (axe 4, mesure 4.5) est un exemple de l'absence de ciblage de la problématique des inégalités de santé. Pourtant, il a été montré que la rupture d'égalité traverse tous les dépistages. Il peut s'agir d'inégalités dans la connaissance, dans l'offre de services ou dans la capacité des personnes une fois dépistées à bénéficier d'une prise en charge précoce et adaptée dans le système de soins. Cette mesure a notamment été évaluée dans le cadre du Plan cancer.

Cette problématique a été annoncée comme au cœur de la future loi de santé publique. Elle est essentielle dans le cadre de la prévention du vieillissement et ne saurait se réduire à la prévention de l'isolement social ou à des mesures orientées vers quelques catégories de populations précaires, même si ces objectifs ont toute leur légitimité. Notamment, comme le préconise le rapport du HCSP, agir sur l'ensemble des déterminants de la santé est essentiel pour réduire le gradient social et territorial des états de santé. Cet objectif implique des actions différenciées par grandes sous-populations et des actions à des échelons géographiques fins. Un dossier de l'INPES, destiné à éclairer les directeurs d'ARS en la matière, détaille certains de ces leviers d'action [4].

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

Le PNBV se fonde sur une approche du vieillissement morcelée et peu lisible. Les axes opérationnels du plan se réfèrent à des thématiques hétérogènes : départ en retraite, nutrition, activité physique et sportive, qualité de vie (facteurs de risque/pathologies), médicaments, solidarité entre générations, solidarité locale, recherche/innovation, enfin dimension européenne.

En lien avec les travaux européens, deux grands champs d'action se dégagent : d'un part, le «bien vieillir» de l'individu et d'autre part, la société accompagnant le «bien vieillir». C'est autour de ces deux axes que pourrait être structuré un deuxième plan.

Il est donc possible d'agir sur les facteurs individuels et les facteurs collectifs.

Concernant les facteurs individuels, le changement des comportements face aux facteurs de risque passe par la prévention et la promotion de la santé, et l'adaptation du message aux différentes populations en tenant compte de leur contexte social.

Concernant l'action au niveau sociétal, il nous semble important de privilégier une action visant les aspects relationnels et les éléments constitutifs des inégalités sociales de santé :

- Dans le domaine de la santé, actions par l'intermédiaire des intervenants santé (médecin/soignant/tiers) ;
- Dans le domaine du lieu de vie, adaptation de l'environnement physique, recherche et innovation ;
- Dans la partie sociale, travail sur l'environnement social, le réseau, les supports sociaux, l'utilité sociale, la participation ;
- Enfin, mettre l'accent sur les conditions et l'organisation du travail, ainsi que sur la formation tout au long de la vie, pour la prévention du vieillissement au travail.

Les plans de santé doivent être coordonnés à l'international (UE/OMS). Un choix consensuel d'objectifs et d'indicateurs communs doit être réalisé puis décliné dans les différents plans nationaux.

Les responsabilités doivent être partagées (UE/OMS), notamment pour la prise en charge. Elles doivent impliquer tous les échelons : UE, national, régional et local ; la décentralisation des politiques est en effet essentielle en matière de résultats.

Le PNBV : présentation synthétique

Le Plan national Bien vieillir 2007-2009 (PNBV) fait suite au Programme national Bien vieillir initié par Hubert Falco en 2003 et renforcé en 2005.

Il s'inscrit dans le projet multinational de trois ans «Healthy Ageing» lancé par le programme de santé publique de l'Union européenne en 2004.

Son pilotage a relevé de trois directions ministérielles : la Direction générale de la santé (DGS), la Direction des sports et la Direction générale de l'action sociale (devenue Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)) qui assurait également le rôle de secrétariat.

Le PNBV a pour objectif de proposer des mesures permettant d'assurer un «vieillessement réussi» au plus grand nombre tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en favorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées.

Objectifs généraux

- Favoriser des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, de la marche, de l'équilibre...) ;
- Favoriser des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition) ;
- Améliorer l'environnement individuel et collectif et la qualité de vie de la personne âgée : logement, aides techniques, aménagement de la cité ;
- Renforcer le rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens entre générations et en promouvant la solidarité intergénérationnelle.

Axes opérationnels

Chacun des 9 axes opérationnels du plan se réfère à une thématique particulière :

Axe 1 : Départ en retraite

Dépister et prévenir lors du départ en retraite

Axe 2 : Nutrition

Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans

Axe 3 : Activité physique et sportive

Promouvoir une activité physique et sportive

Axe 4 : Qualité de vie

Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie

Axe 5 : Médicaments

Promouvoir le bon usage des médicaments

Axe 6 : Solidarité entre générations

Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le "vivre ensemble", creuset du "bien vieillir"

Axe 7 : Solidarité locale

Développer le "bien vieillir" au niveau local

Axe 8 : Recherche / Innovation

Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du "bien vieillir"

Axe 9 : Dimension européenne

Inscrire la démarche française dans la dimension européenne : The "Healthy Ageing" EU Project pour 2004-2007

Les neuf axes du PNBV se déclinent en 32 mesures qui bénéficient de financements fléchés.

Méthodologie évaluative suivie

Saisine

Suite à la saisine du HCSP en date du 15 avril 2010, un comité d'évaluation a été mis en place. Il était composé de membres du HCSP et d'experts du champ du vieillissement dans les domaines cliniques, de santé publique, de l'épidémiologie et des sciences humaines et sociales.

Objectifs de l'évaluation

Le comité d'évaluation s'est fixé comme objectifs :

D'évaluer la cohérence externe du plan : la construction d'un plan national doit se nourrir des initiatives internationales et des faits probants disponibles au moment de sa rédaction. Le plan ne doit pas contredire d'autres plans ou programmes de santé publique nationaux également en vigueur.

D'évaluer la cohérence interne du plan : les moyens mis en œuvre et le pilotage des axes et mesures doivent être dimensionnés et réfléchis pour atteindre les objectifs fixés.

D'évaluer les actions du plan : cette évaluation vise à cerner l'ensemble des activités initiées par le plan dans chacune des mesures proposées. La durée du plan exclut d'emblée une évaluation de l'efficacité des mesures.

D'évaluer le pilotage et l'organisation de la mise en œuvre du plan.

De dégager des perspectives : les suites à donner permettent de dégager de nouvelles pistes de travail et de réflexion que le plan suivant pourrait reprendre pour pallier les manques constatés lors de l'évaluation.

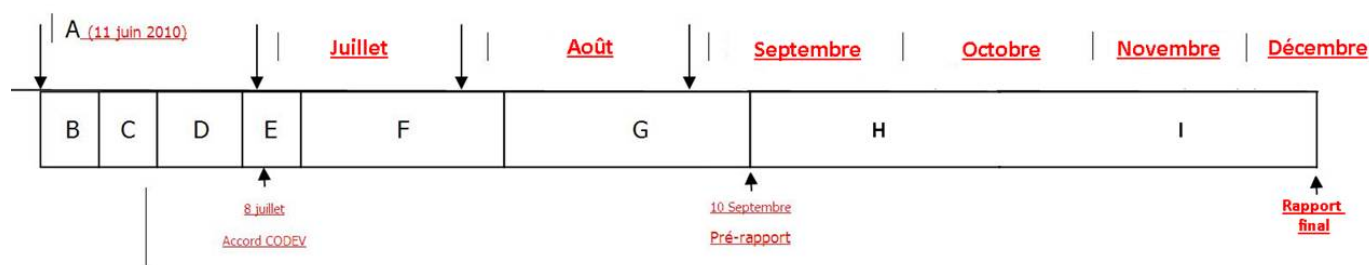
Processus

Le processus d'évaluation s'est fondé sur le recueil et l'analyse des documents pertinents sur le sujet, sur l'élaboration d'une grille d'analyse ainsi que sur les auditions des personnes parties prenantes du plan. Le président du comité de pilotage ainsi que les opérateurs du plan (DGS, DGCS et Direction des Sports), les agences et le CNERPA au titre des structures concernées par la mise en œuvre ont été auditionnés par le comité d'évaluation.

Le processus d'évaluation a donc suivi les étapes suivantes :

A – Accord sur la saisine et recueil des évaluations quantitatives des trois directions ;

- B - Désignation des pilotes du groupe d'évaluation ;
- C - Désignation des membres du groupe d'évaluation ;
- D - Récolte des documents preuves des actions effectivement réalisées ;
- E - Rédaction d'un guide d'entretien répondant aux objectifs fixés (cf. annexe) ;
- F - Audition des personnes ressources ;
- G - Collection et rédaction du document d'évaluation préliminaire.
- H - Analyse détaillée des mesures ;
- I - Rédaction du rapport final.



Validation

La composition du comité d'évaluation a été validée par le collège du HCSP le 8 juillet 2010.

Le rapport préliminaire a été soumis pour validation au comité d'évaluation du PNBV le 15 septembre 2010. Il a ensuite été remis au président du HCSP, pour transmission au directeur général de la santé.

Un compte rendu de l'avancement des travaux a été présenté au collège du HCSP le 28 octobre 2010.

Le rapport final a été validé par le collège du 9 décembre 2010.

Evaluation générale

«Une problématique pertinente et ambitieuse souffrant d'un manque de gouvernance, de structuration et de moyens».

De façon générale, la thématique du «vieillissement réussi» visée par ce plan est éminemment pertinente compte tenu du contexte démographique européen et français. La question fondamentale et inéluctable de la prise en charge du vieillissement trouve donc pleinement sa place au côté d'autres priorités nationales de santé publique. Actuellement relayée par un débat politique sur la prise en charge du «cinquième risque», la question d'une action ciblée sur l'avancée en âge et les dépendances qui en résultent montre l'importance de ce type de plan.

La problématique visée ainsi que les vecteurs choisis pour y répondre sont également ambitieux. En termes démographiques, le plan s'adresse à une partie importante de la population française (personnes âgées de 55 à 75 ans). Il se fonde sur une approche préventive plutôt que curative. Le vieillissement n'est pas envisagé comme une maladie mais comme une étape de la vie.

Plutôt qu'un plan *stricto sensu*, c'est un ensemble de mesures de santé publique qui aborde les déterminants de la santé dans une logique populationnelle. Le regard porté sur le vieillissement par cette approche préventive devient plus positif. La santé est ainsi abordée du point de vue de sa promotion plutôt que de se concentrer sur la maladie. Le vieillissement n'est pas perçu ici comme un déclin, plus ou moins long, émaillé d'accidents de la vie, mais bien comme une richesse qui vaut la peine d'être protégée et valorisée. La difficulté est de cibler et d'individualiser cette partie de la population pour mettre en Oeuvre des actions lui permettant de maintenir son capital santé à son plus haut niveau, tout en lui laissant l'opportunité de bénéficier d'actions proposées par d'autres plans nationaux plus tournés vers la prise en charge des maladies et des problèmes de la vie.

La problématique du plan est en effet plus large que les seules thématiques de santé publique. Il est nécessaire d'y intégrer tous les ministères concernés, et donc de disposer d'une approche plus globale du vieillissement, qui devient une thématique majeure de nos sociétés.

Cependant, l'ambition et la pertinence de la thématique et des objectifs du plan sont desservis par un déficit de **gouvernance**, de **structuration** et de **moyens**. Ceci s'explique d'abord par son histoire. Construit sur le socle d'un Programme médico-centré, le plan a très justement intégré des objectifs qualifiés de plus «sociaux». Néanmoins cette démarche n'a pas été accompagnée d'une réflexion globale et d'une restructuration logique de la problématique, aussi l'articulation des axes et objectifs n'apparaît-elle pas clairement.

Le plan rassemble des mesures ou actions pertinentes et sans redondance mais sans réelle cohérence entre elles et très partielles au regard de l'ambition des objectifs affichés ; une partie d'entre elles avaient d'ailleurs été lancées avant le plan lui-même. Cette imperfection initiale a ensuite impacté tout l'aval de la chaîne : la définition et l'attribution des responsabilités, l'allocation des moyens, l'évaluation... De par son caractère interministériel, un accompagnement efficient du «bien vieillir» devient alors complexe. Les limites de gouvernance administrative ajoutent une difficulté supplémentaire. Le pilotage et le suivi du plan deviennent quasiment impossibles, malgré le professionnalisme et la qualité des acteurs investis dans les projets dont ils ont la charge. Le fait que l'évaluation n'ait pas été pensée lors de l'élaboration du plan complique encore la tâche de suivi et finalement celle du comité d'évaluation.

Enfin, certaines thématiques ont été laissées de côté. L'intersectorialité du plan est très limitée au regard des multiples enjeux sociaux du vieillissement (marché du travail, logement, urbanisme, culture...). De plus, on peut déplorer dans le plan l'absence de prise en compte des inégalités sociales de santé chez les aînés quand on sait que le vieillissement accroît les inégalités de toutes sortes [1]. De nombreux travaux, largement validés, ont montré que le gradient socio-économique existe pour la mortalité prématurée mais aussi pour l'espérance de vie sans incapacité [2]. Les ouvriers ont ainsi une espérance de vie plus courte et vivent plus longtemps en incapacité que les cadres. Si elle ignore ces inégalités, l'approche préventive globale développée par ce plan risque de cristalliser encore plus les disparités sociales et d'accentuer davantage les inégalités existantes. En effet, de multiples exemples (tabac, dépistages, prévention bucco-dentaire,...) montrent que les messages de prévention sont très diversement perçus et mis en œuvre selon le niveau social et profitent largement aux classes moyennes ou aisées.

Historique

Un programme pluriannuel «Bien vieillir» 2003-2005 a été lancé le 12 mars 2003, sous le Gouvernement de Jean-Pierre Raffarin, assisté d'Hubert Falco, secrétaire d'Etat aux personnes âgées et de Jean-François Lamour, ministre des sports. Ce programme a permis de repérer dix-sept villes ou communautés urbaines qui avaient initié des solutions innovantes, de souligner l'intérêt d'une démarche de proximité sur ce sujet et de démontrer que la ville était un support adapté à la prise en charge du vieillissement.

En 2005, il a été décidé de développer ce programme au niveau national. Un comité de pilotage, présidé par le Docteur Jean-Pierre AQUINO, et chargé de la validation des orientations générales du programme et de sa mise en œuvre, a été créé. Les axes retenus étaient les activités physiques et sportives (APS) et la nutrition. Plutôt médico-centré à l'origine, le programme s'est enrichi de volets plus «sociaux» en 2005. Le «Programme national Bien vieillir» a été annoncé en 2005 par Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. C'est ce même ministre qui a lancé le Plan national Bien vieillir en janvier 2007. L'esprit du plan est, comme le rappelait le

ministre dans sa présentation publique, qu'«après avoir rajouté des années à la vie, il faut maintenant rajouter de la vie aux années.»

En 2006, le ministère délégué aux personnes âgées a lancé un autre plan destiné aux personnes âgées : le Plan solidarité grand âge (PSGA). Consacré à la dépendance, il est le pendant du PNBV. On retrouve d'ailleurs dans la mesure 15 de l'axe n°5 du PSGA la notion de «proposer systématiquement une consultation gratuite de prévention à 70 ans», mesure préconisée au cours du départ à la retraite dans le PNBV. Les moyens alloués à ces deux plans ne sont pas du même ordre de grandeur. Si l'enveloppe attribuée au Plan solidarité grand âge se monte à 2,3 milliards d'euros sur cinq ans, le PNBV annonce mobiliser 168 millions d'euros sur trois ans.

Gouvernance et pilotage

Pour le comité d'évaluation, la question de la gouvernance du PNBV est centrale. En effet, les auditions réalisées montrent que dès l'annonce du lancement de ce plan, début 2007, une série d'événements a abouti à un déficit à la fois de la gouvernance administrative et du pilotage des actions à mener. Sur fond de réorganisation de la DGS (janvier à juin 2007), de préparation du Plan Alzheimer (2007) et de restrictions budgétaires, les ressources humaines allouées par la DGS au PNBV ont été quasi inexistantes (un mi-temps DGS consacré à la fois au Plan Alzheimer et au PNBV en 2008), et les responsabilités et missions ont mal été définies dès le démarrage du plan.

Un comité de pilotage a été créé en 2005 pour trois ans avec Jean-Pierre Aquino pour président. Le secrétariat de ce comité de pilotage était assuré par la DGAS, devenue depuis DGCS. Trois groupes de travail ont été réunis pour définir les grandes orientations à retenir¹. Le rôle du président du PNBV, personnalité incontestable sur cette thématique, n'a pas été clairement défini et a évolué par à coups au fil du temps ; il ne lui a été adjoint personne pour le seconder alors que le temps qu'il pouvait consacrer au plan était naturellement limité par ses autres activités. D'après les informations disponibles et les auditions réalisées, aucun référent unique au niveau de l'administration (*i.e.* des trois directions concernées) n'a été missionné pour piloter le plan. Certaines mesures n'avaient pas de pilote affiché dans le texte du plan. Il n'y a pas eu de soutien clairement défini, d'appui réel au président du PNBV qui a assuré sa mission tout au long du processus. Les responsabilités ont été éparpillées entre les trois directions, qui les ont assurées au mieux de leurs possibilités.

Il faut souligner que les différentes personnes qui ont été successivement en charge des dossiers sont motivées et de qualité, mais les fréquents changements de personnes, les faibles effectifs dédiés au plan ne leur ont pas permis d'assurer le suivi pérenne et efficient des mesures et actions de celui-ci.

¹ Groupe n°1 : prévention des pathologies liées au vieillissement ; Groupe n°2 : activités physiques et sportives ; Groupe n°3 : rôle social et environnement des seniors

A sa création, le comité de pilotage était également chargé du suivi du plan. Cependant, après la phase d'élaboration de celui-ci, un comité de suivi a été mis en place.

Ce comité de suivi était également présidé par Jean-Pierre Aquino. Une seule réunion (le 23/09/08) a été citée lors des auditions mais son compte rendu n'a pas été validé. Son objet était de recenser les premières mesures mises en place. Il n'y a plus de suivi depuis le 31 décembre 2009, date de fin du plan, même si la présentation de certaines mesures a eu lieu ultérieurement.

Pour les personnes auditionnées, les changements d'interlocuteurs à la DGS, voire même leur absence à certaines périodes, ont perturbé la mise en œuvre et le suivi du plan. Aujourd'hui, il serait nécessaire de travailler ce sujet avec les ARS, afin d'adapter certains des outils élaborés.

Il n'y a pas eu de réelle coordination interministérielle autre que des contacts interpersonnels, et parfois des effets de balancier sur les responsabilités au gré d'effets d'annonce ou d'opportunités médiatiques. Ceci a fait dire à une personne auditionnée : *«C'est le côté négatif des avantages que représente l'interministériel»*. Même si la qualité des échanges informels entre les personnes des trois directions ministérielles impliquées a été soulignée par tous, ceux-ci ne peuvent remplacer une coordination et un suivi organisés. En conséquence, le niveau d'engagement sur le plan a varié dans le temps et selon les directions. La discordance entre le pilotage attendu et le suivi effectif engendre une certaine frustration sur le développement des projets.

Car, en effet, le caractère interministériel d'un plan doit être un élément facilitant de la mise en œuvre des mesures et actions. C'est certes complexe et il est donc crucial de disposer d'une définition structurée des rôles et d'une organisation des responsabilités et des tâches. Ceci implique la mise à disposition d'un chargé de mission unique assurant la coordination entre les directions et le suivi général du plan, ceci en lien étroit, en binôme, avec le président du plan.

Lors des auditions, le suivi du PNBV a été fréquemment comparé par les intervenants à celui du Plan Alzheimer, plus ambitieux, tant au niveau du suivi des actions qu'à celui des budgets alloués. Les ressources allouées, qu'elles soient humaines ou financières, sont radicalement différentes.

Concernant l'interaction avec d'autres plans nationaux de santé publique, l'application du Plan Cancer était une des mesures du PNBV. Une autre mesure concernait le Plan national nutrition santé (PNNS) mais son intégration dans le PNBV a essentiellement servi à attirer l'attention sur des actions déjà prévues par le PNNS. Ce sont les seuls plans nationaux de santé publique explicitement en cohérence (et parfois volontairement redondants) avec le PNBV. De manière générale, on a le sentiment que le PNBV a subi les effets de l'insuffisance d'intégration des

concepts du «bien vieillir» dans les autres plans de santé publique. Cela met en exergue le peu d'importance accordée à la prévention gérontologique.

A priori, il n'y a pas eu nécessité d'arbitrer entre les priorités du PNBV car «*tout devait être fait*». Cependant, il y a eu des écueils, notamment l'effort de mise en Oeuvre a été moins soutenu sur les axes ciblant les précaires et les SDF, et finalement l'administration a renoncé à mettre en place la consultation de prévention.

Contenu du plan

Le PNBV montre une réelle volonté de communication et surtout de pédagogie à cette problématique d'actualité qu'est l'accompagnement du vieillissement.

Le champ est vaste, il peut paraître difficile de structurer la réflexion. Cependant, avec une structuration globale et des objectifs précis, un plan solide, ciblé et efficient pourrait être proposé sous réserve de respecter certaines obligations méthodologiques énoncées dans la synthèse.

Comme décrit précédemment, en 2003, dans le programme initial, les axes retenus étaient les activités physiques et sportives (APS) et la nutrition. Des aspects plus «sociaux» ont été ajoutés en 2005. Ce programme a notamment permis de repérer dix-sept villes ou communautés urbaines qui avaient initié des solutions innovantes, de souligner l'intérêt d'une démarche de proximité sur ce sujet et de démontrer que la ville était un support adapté à la prise en charge du vieillissement.

Le PNBV a été élaboré en deux temps. Tout d'abord, en se fondant sur le programme qui l'avait précédé, le comité de pilotage et la DGS ont élaboré les axes, objectifs et grandes lignes des mesures. Puis, les groupes de travail ont permis d'enrichir et décliner concrètement les mesures envisagées. L'équipe était pluridisciplinaire. Il n'a pas été spécifiquement prévu dans les attributions des groupes de travail d'anticiper une évaluation.

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

Plusieurs plans nationaux de santé publique ont été élaborés dans le même temps (cancer, Alzheimer). Certes ce sont des plans se focalisant sur la prise en charge d'une pathologie, soutenus par une volonté politique forte, des moyens conséquents et des résultats évaluables. Mais, quel que soit l'objet, leur démarche d'élaboration a été identique : poser une problématique, l'appréhender de façon globale et proposer une planification pluriannuelle d'amélioration de la prise en charge.

Le manque de culture évaluative dans l'élaboration du plan est également à souligner. A l'heure actuelle, il n'est pas possible de faire une évaluation de l'impact de ce plan en termes de résultats produits par les actions menées (il n'y a pas d'indicateurs disponibles, certaines mesures sont en cours). On ne peut évaluer que la pertinence et le degré de mise en place des mesures (et plus ou moins leur coût). Aucun tableau de bord n'a été réalisé, aucun indicateur de suivi n'a été élaboré.

Au niveau de la DGS, un outil général de suivi des actions réalisées dans le cadre des plans régionaux de santé publique (PRSP) a récemment été construit. Il permet de retrouver *a posteriori* les actions qui peuvent entrer dans le cadre du PNBV. Mais ce ne sont pas toujours les mesures et actions prévues initialement dans le plan qui font l'objet d'un suivi. Or, penser initialement à la façon dont on va pouvoir mesurer l'impact de ce que l'on préconise aide aussi à structurer la réflexion.

Moyens financiers

S'agissant du fléchage des moyens financiers du plan, l'évaluation fait apparaître que certains financements sont communs à plusieurs plans, et qu'il est nécessaire de les individualiser entre les différentes mesures. Pour mémoire, un montant théorique de 168 millions d'euros est associé à ce plan.

Ce montant a été qualifié de « fictif » par certaines personnes auditionnées : s'il y a eu quelques mesures nouvelles, plusieurs mesures étaient déjà incluses dans d'autres plans de santé publique et intégraient donc les moyens associés à ces derniers.

Lien avec les autres plans

La thématique du vieillissement et des personnes âgées est abordée dans différents plans et programmes de santé publique.

Des liens existent entre le plan et les objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique². On peut regretter que ni les indicateurs ni leurs valeurs à atteindre, inscrits dans la loi de 2004, n'aient été repris de manière à pouvoir chiffrer les objectifs du plan.

Il est plus étonnant encore que des objectifs visant spécifiquement les personnes âgées n'aient pas été pris en compte dans le PNBV, en particulier ceux relatifs aux vaccinations (*Obj.* 39 : grippe ; *obj.* 42 : maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale). Ces objectifs sont pourtant pleinement insérés dans la thématique de prévention du vieillissement pathologique. La vaccination est une mesure de prévention universelle qui vise à remédier aux inégalités lorsqu'elle est prise en charge par la société.

D'autres plans concernant totalement ou partiellement les personnes âgées peuvent être cités :

- le Plan national de Lutte contre le cancer (2003-2007),
- le Plan national Nutrition santé (2006-2010),
- le Plan pour l'Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011),
- le Plan Prévention des accidents de la vie courante (lancé en 2004),
- le Plan Alzheimer (2004-2007),
- le Plan AVC (2010-2014).

² Il s'agit des objectifs n°9. Sédentarité et inactivité physique ; n°68. Troubles de la vision ; n° 82. Ostéoporose ; n°98. Dénutrition des sujets âgés ; n°99. Chutes des personnes âgées ; n°100. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé

Evaluation axiale du PNBV

Chacun des 9 axes opérationnels du plan se réfère à une thématique particulière :

- **Axe 1** : Départ en retraite
Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs du risque d'un vieillissement
- **Axe 2** : Nutrition
Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans
- **Axe 3** : Activité physique et sportive
Promouvoir une activité physique et sportive
- **Axe 4** : Qualité de vie (facteurs de risque/pathologies)
Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie
- **Axe 5** : Médicaments
Promouvoir le bon usage des médicaments
- **Axe 6** : Solidarité entre générations
Promouvoir la solidarité entre les générations: l'intergénération et le "vivre ensemble", creuset du "bien vieillir"
- **Axe 7** : Solidarité locale
Développer le "bien vieillir" au niveau local
- **Axe 8** : Recherche / Innovation
Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du "bien vieillir"
- **Axe 9** : Dimension européenne
Inscrire la démarche française dans la dimension européenne: The "Healthy Ageing" EU Project pour 2004-2007

Les neuf axes du PNBV se déclinent en trente-deux mesures pour lesquelles des financements sont prévus.

Comme il a été expliqué précédemment, si les axes et objectifs pris individuellement sont ambitieux et pertinents, les mesures et actions proposées sont parfois décevantes car trop limitées et ponctuelles.

Un tableau synthétique des documents collectés par le comité d'évaluation est proposé en annexe.

Axe 1 : Retraite

Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs du risque d'un vieillissement

Le départ à la retraite constitue une étape clé, qui ouvre sur une nouvelle et longue période de la vie. En effet, l'espérance de vie et l'espérance de vie sans dépendance à l'âge de 60 ans ont progressé considérablement au cours des dernières décennies, avec certes d'importantes inégalités sociales. Depuis les années 70, elles progressent même beaucoup plus rapidement que l'espérance de vie à la naissance.

La retraite entraîne un ensemble de ruptures aux plans professionnel, social, familial et individuel qu'il faut savoir préparer. Si la retraite marque la fin de l'activité professionnelle, elle ne doit pas signifier mise à l'écart, inactivité et inutilité sociale.

Quatre mesures du PNBV avaient pour objectif d'aider les seniors à réussir leur entrée dans la retraite.

Mesures

1-1 Elaborer et mettre à disposition des professionnels des outils pratiques pour réaliser les consultations médicales de prévention lors du départ en retraite ou de la cessation d'activité

- Mettre à disposition des médecins traitants les outils pour réaliser ces consultations

Pilote : DGS

Partenaire : SFGG – SFMG

Financier : DGS

Echéance : début des travaux fixé à septembre 2007

Crédits prévus : 20 000 €

Engagement financier : 5 547 € en 2009

Disponibilité des outils : Oui

% de réalisation de la mesure : 100 %

La consultation médicale lors du départ en retraite, dite aussi consultation «longévité» était prévue pour avoir lieu entre 55 et 70 ans et devait être assurée par les médecins généralistes. Elle avait deux objectifs :

- dépister les facteurs de risque des pathologies potentiellement invalidantes et pouvant conduire à la dépendance, notamment les maladies cardio-vasculaires ;
- informer sur les comportements favorables à un vieillissement réussi et, sous réserve que ce soit le souhait de la personne, faire le point sur les événements de sa vie.

La consultation, gratuite, devait durer environ quarante-cinq minutes et être rémunérée 2,5 C. Devaient y être abordés les habitudes de vie, les comportements alimentaires et les problèmes de santé du patient.

Les documents nécessaires à la consultation ont été réalisés par un groupe de travail associant les opérateurs mais aussi les URML (devenues URPS médecins libéraux), la MSA et le RSI. Ils comprenaient :

- un auto-questionnaire destiné à être rempli par la personne avant la rencontre avec le médecin généraliste,
- un dossier de consultation standardisé contenant les données de l'examen médical,
- une «feuille de route prévention» précisant les suites à donner à la consultation,
- un guide technique à l'usage des médecins pour le déroulement de la consultation.

En janvier 2007, le ministre Philippe Bas prévoyait le lancement d'une expérimentation qui devait être étendue à trois départements - le Finistère, le Bas-Rhin et le Val-de-Marne - et intéresser 43 000 assurés entre 70 et 71 ans. Les médecins généralistes devaient bénéficier d'une formation préalable assurée par les professeurs de gériatrie François Piette et Claude Jeandel [5]. Cette phase d'expérimentation devait faire l'objet d'une évaluation, avant que la consultation gratuite de prévention soit généralisée à l'ensemble du territoire dans le courant du second semestre 2007.

Cependant, dans les faits, l'expérimentation n'a pas été menée et est restée sans suite malgré des résultats préliminaires que François Piette et collaborateurs jugeaient encourageants.

Selon les personnalités interrogées, la mise en œuvre de cette consultation a suscité des oppositions. La question de la rémunération de la consultation à hauteur de 2,5 C, n'a semble-t-il jamais été résolue et la mesure a été bloquée au moment du renouvellement de la convention entre la DGS et la Cnam.

Il est possible que cette mesure puisse être reprise après une réflexion plus globale sur les consultations de prévention, comme y invite un rapport du Haut Conseil de la santé publique de mars 2009 sur les consultations de prévention³.

D'après les personnes auditionnées, l'expérimentation devait avoir lieu en 2010 dans quatre départements : Finistère, Bas-Rhin, Val-de-Marne et Hérault.

- Élaborer des recommandations pour le suivi des facteurs de risques d'un vieillissement pathologique (conférence de consensus)

Pilote : DGS

Partenaire : SFGG – HAS

Echéance : 2009

Disponibilité de la conférence de consensus : Non

% de réalisation de la mesure : 0 %

³ HCSP. [Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Mars 2009. 137 p.](#)

Il était prévu que la Haute Autorité de Santé et la SFGG élaborent des recommandations pour le suivi des facteurs de risques d'un vieillissement pathologique. Bien qu'inscrit au programme de la HAS pour 2009, ce travail n'a pas été réalisé. En réponse à une sollicitation du comité d'évaluation, le directeur de la HAS a apporté la réponse suivante : *«Une étude de faisabilité réalisée auprès des professionnels de santé impliqués sur ce thème a mis en évidence que les facteurs de risque étaient les mêmes que ceux concernant la population générale. Dans ces conditions, il a été proposé d'attendre l'expérimentation sur la consultation longévité conduite dans quatre départements auprès de médecins généralistes. En dépit des relances auprès de ses correspondants ministériels, aucun nouveau cadrage de la recommandation n'est intervenu. La HAS a demandé à l'administration centrale de se prononcer sur l'opportunité de reprendre ce travail».*

1-2 Favoriser les sessions de préparation à la retraite et créer des outils pour les animer

Elaborer des outils pour les formateurs et encourager la promotion de sessions de préparation à la retraite

Pilote : DGS

Partenaire : INPES

Financier : Etat, crédits spécifiques

Echéance : 2009

Crédits : 100 000 €

Engagement financier : non connu

Disponibilité des outils : oui

% de réalisation de la mesure : 75 %

L'objectif était que les seniors puissent se préparer pour aborder le plus sereinement possible le passage à cette nouvelle phase de vie par une préparation à la retraite adaptée et accessible à tous.

Les sessions de préparation à la retraite avaient pour but de répondre aux attentes d'information des futurs retraités sur :

- leurs revenus à la retraite et la gestion de leur patrimoine ;
- les droits, les aides, les services auxquels ils pourraient avoir recours ;
- leur santé et les principes du "bien vieillir".

L'INPES avait pour mission d'élaborer à destination des formateurs et animateurs de ces sessions de préparation à la retraite un outil destiné présentant toutes les facettes du «bien vieillir». L'échéance était fixée à décembre 2007 alors que le plan avait été lancé en janvier 2007. Selon l'INPES, ce délai dérogeait aux habitudes de l'institut qui prévoit habituellement deux ans pour mener à bien un tel travail.

Dès 2007, un comité de pilotage *ad hoc* a été mis en place, des objectifs ont été définis ainsi qu'un calendrier qui prévoyait l'achèvement du travail au 1er trimestre 2009 pour une présentation du guide à l'occasion des Journées de Prévention 2009 de l'INPES.

En novembre 2007, l'INPES a produit un rapport intitulé *«Le bien vieillir : les sessions de préparation à la retraite, radiographie»*. Ce rapport d'Atmane Aggoun dressait un état des lieux

en soulignant la multiplicité des acteurs (notamment caisses de retraite, mutuelles, entreprises) qui proposaient déjà ces sessions à leurs adhérents ou employés. Le rapport permettait aussi de mieux définir les objectifs du guide et le public ciblé.

En 2010, l'INPES a également consacré le numéro de mai/juin de la revue «La Santé de l'Homme» à la promotion de la santé des personnes âgées. Une vingtaine d'experts, gérontologues, sociologues, anthropologues et d'autres disciplines ont apporté leur contribution. Ce numéro présente l'état des connaissances scientifiques sur la question, et les actions mises en œuvre sur le terrain, à l'échelle locale ou nationale.

Le Guide des actions de préparation à la retraite est finalisé et devait être publié fin 2010. Ceci pourrait cependant être retardé en raison de l'arbitrage avec la DGS dans le contexte de la réforme des retraites. La diffusion de ce guide destiné aux formateurs et aux personnels des ressources humaines est prévue à 5 000 exemplaires.

1-3 Passeport pour une retraite active

Réalisation et diffusion d'un document d'information encourageant, entre autres, le bénévolat

Pilote : Cabinet Santé

Echéance : 2007

Disponibilité du document : Oui

% de réalisation de la mesure : 100 % (réalisation antérieure au plan)

Depuis le 20 février 2006, le "Passeport pour une retraite active»est remis à tous les nouveaux retraités qui en font la demande et, depuis 2007, ce guide est offert aux nouveaux retraités lors de l'entretien pour le départ en retraite dans les agences locales d'assurance vieillesse et dans les points d'accueil retraite.

Le "Passeport pour une retraite active»est un document d'information de seize pages sur la retraite, les services à la personne et le bénévolat, ainsi que des conseils pour rester en forme et en bonne santé. Il informe particulièrement sur les démarches et possibilités d'actions bénévoles. Il oriente les personnes vers les interlocuteurs nationaux et locaux susceptibles de les aider dans cette démarche. Un encart local permet de les renseigner sur les associations et lieux d'information de leur région.

Le contenu du passeport a été élaboré par un groupe comprenant des représentants du ministère en charge des personnes âgées, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, avec le concours du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative, de la Haute Autorité de santé, de l'Assurance maladie, de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, de l'Agence nationale des services à la personne, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, du GIP Info retraite, de la Délégation interministérielle à la famille, et de l'INPES.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse assure la diffusion du document.

Utile et répondant à un besoin, la réalisation et la diffusion du guide restent antérieures à la mise en place du PNBV et ne peuvent lui être attribuées.

1-4 Transmission du dossier de la médecine du travail

Pilote : DGS

Partenaire : DGT

Echéance : 2009

% de réalisation de la mesure : non évaluable

Le Comité d'évaluation n'a pas de renseignement sur cette mesure car le bilan des actions réalisées par la DGT n'a pas été reçu. Les auditions font cependant ressortir un intérêt et une demande de coopération de cette direction en faveur des mesures de santé publique.

Axe 2 : Nutrition

Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans

Dans le domaine de la nutrition comme pour les autres axes de ce plan, on peut constater une multitude de projets et de pilotes encore peu coordonnés. Mais la question principale est peut-être de savoir comment «ajouter de la vie» aux années lorsque la vie elle-même se retire lentement, inexorablement et exponentiellement de jour en jour ? L'équilibre nutritionnel pose la question de l'adaptation de l'offre alimentaire à cette lente décrue ainsi qu'à la diminution progressive de la dépense énergétique. Cet objectif a été l'un des axes du Plan national nutrition santé visant à lutter contre la dénutrition des personnes âgées en particulier dans les établissements de santé et médico-sociaux, où le développement des comités de liaison alimentation nutrition a été l'une des actions permettant de conduire à un dépistage précoce, suivi de mesures adaptées. Elle n'évoque pour autant pas la nutrition et la dépense énergétique en dehors du cadre institutionnel.

Mais le plus important, en période de profonde crise économique, sera d'assurer la sécurité alimentaire des plus vulnérables ; parmi eux, les personnes âgées demeurent l'une des populations les plus exposées.

Mesures

2-1 Guide nutrition à partir de 55 ans

2-2 Campagne de communication

2-3 Un livret pour les professionnels

Pilote : DGS-PNNS

Partenaire : INPES

Financement : 850 000 € (PNNS)

% de réalisation de la mesure : 100 % (réalisation du PNNS, antérieure et/ou concomitante au PNBV)

La mise en œuvre du PNNS a permis la publication d'un guide spécifique à destination des plus de 55 ans édité en 2006. Le guide avait donc déjà été édité dans le cadre du programme national nutrition santé au moment du lancement du PNBV.

En janvier 2010 et après un tirage de 2 millions d'exemplaires, 1 640 000 ont été diffusés par l'INPES principalement *via* les médecins, mais aussi *via* diverses associations.

Une version spécifiquement destinée aux professionnels de santé en contact avec les personnes de 55 ans et plus a été élaborée et tirée à 550 000 exemplaires (septembre 2006). En janvier 2010, 447 000 exemplaires ont été diffusés. Dans le domaine nutritionnel, les actions envisagées à l'échelle nationale ont notamment abouti à la mise à disposition d'un guide-conseil. Ce document a été imprimé à 1,5 million d'exemplaires et diffusé à plus de 200 000 professionnels ou sites.

Certains points n'ont cependant pas été suffisamment soutenus tels que :

- le développement des études ciblant les déterminants du comportement alimentaire ou du statut énergétique et nutritionnel des personnes âgées, incluant leur dimension territoriale (régions, DOM et TOM...)
- les campagnes de communication ciblant la population âgée. Les difficultés quant à la définition des cibles, l'embaras dans l'exposé des messages, le recul des moyens initialement prévus et des priorités décalées se sont sans doute associées pour reporter cette mesure à d'autres échéances.

Par ailleurs, comme pour les autres volets, la question de l'organisation du volet nutrition du PNBV s'est avérée primordiale : les ressources humaines dédiées ont été principalement dévolues au PNNS et les missions essentiellement gérées par ce plan.

De même, la coordination inter directionnelle s'est surtout déroulée au sein du comité de pilotage du PNNS, l'intégration de certaines mesures dans le PNBV ayant d'ailleurs permis de mettre en valeur des actions déjà incluses au PNNS.

Enfin en l'absence d'un suivi du budget et de l'activité déployés au cours de ces années, il est particulièrement difficile de distinguer précisément ce qui revient au plan de ce qui doit être détaché du bilan des plans associés.

Dans les orientations à conserver, et dans un but de réalisation des objectifs, on peut néanmoins recommander de maintenir un lien étroit avec le plan national nutrition santé, dans sa troisième version 2011-2015 en cours d'élaboration, ainsi qu'avec les plans cancer et Alzheimer.

La dimension territoriale doit également s'appuyer sur les partenaires locaux au niveau des municipalités ou des communautés de communes en tenant compte des événements récents de vie des citoyens et de leur évolution et veiller conjointement à la formation des professionnels. Ces actions devront être couplées aux mesures permettant le développement de l'activité physique des personnes âgées, en tenant compte de l'environnement local.

Axe 3 : Activité physique et sportive

Promouvoir une activité physique et sportive

Mesures

3-1 Création d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour les seniors

Pilote : Direction des Sports

Financier : Direction des Sports

Echéance : début des travaux en mars 2007

Crédits : 100 000 €

Disponibilité de l'annuaire : Non

% de réalisation de la mesure : 25 %

A l'heure actuelle, l'annuaire n'est pas finalisé au niveau national (cinq régions sont actuellement référencées), en raison d'une carence en ressources humaines dédiées. Il n'est donc pas mis en ligne sur Internet mais devrait l'être lors de sa finalisation, prévue fin 2010 ou début 2011. Une dizaine de fédérations sportives sont encore en phase de recensement de ceux de leurs clubs qui proposent une offre spécifique pour le public senior.

3-2 Renforcer le soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors

Pilote : Direction des Sports

Financier : Direction des Sports

Périodicité : Conventions d'objectifs médicales annuelles 2007, 2008 et 2009

Engagement financier : 42 700 €

% de réalisation de la mesure : non évaluable

Quinze fédérations proposent des actions en direction des seniors:

- Fédération française d'escrime,
- Fédération française de gymnastique,
- Fédération française de karaté,
- Fédération française de natation,
- Fédération française de danse,
- Fédération française de rugby à XIII,
- Fédération française de tennis de table,
- Fédération nationale du sport en milieu rural,
- Fédération sportive et gymnique du travail,
- Fédération française de billard,
- Fédération française EPMM sport pour tous
- Fédération Française d'éducation Physique et de gymnastique Volontaire,
- Fédération française de retraite sportive,
- Union française des Œuvres laïques d'éducation physique (UFOLEP)
- Union nationale des clubs universitaires.

Les projets portés par ces fédérations représentent un budget de 194 250 € sur lequel le ministère a financé 42 700 € (taux de soutien de 22 %) soit 0,7 % de l'enveloppe des Comités olympiques 2009.

Au niveau régional, les ligues et comités régionaux ainsi que les associations sportives reçoivent le même soutien des services déconcentrés de l'Etat notamment *via* le CNDS, le BOP sport et l'appel à projet «bien vieillir » «lancé conjointement par la CNSA, la DGS, la DGAS et la Direction des Sports. Ce soutien sera maintenu durant toute l'olympiade (fin en 2012).

3-3 Agir sur la formation des professionnels

Pilote : Direction des Sports

Financier : Direction des Sports

Echéance : 2007

% de réalisation de la mesure : 50 %

Pour les formations diplômantes, le programme est en cours de construction. Pour la formation continue, la réalisation est assurée par les services déconcentrés (DRJSCS), le chiffrage est en cours d'évaluation financière.

3-4 Evaluer les aptitudes physiques des seniors

Réalisation d'une conférence de consensus portant sur le contenu des examens médicaux préalables à la pratique sportive ou à la reprise d'une activité physique (et fournir les références nécessaires à l'évaluation standardisée des aptitudes physiques des seniors).

Pilote : Direction des Sports

Financier : Direction des Sports

Echéance : 2007 – 2008

Disponibilité de la conférence de consensus : Non

% de réalisation de la mesure : 50 %

La question est bien de pouvoir mesurer les capacités physiques des seniors et de pouvoir les comparer à des valeurs de référence. Ceci s'inscrit dans le cadre de la délivrance du certificat médical d'aptitude physique à la pratique d'un sport.

Afin d'adapter les programmes d'activité physique pour les personnes de plus de 55 ans, il est nécessaire de disposer d'outils permettant d'évaluer la condition physique, facilement utilisables et scientifiquement validés pour la population française.

La réalisation de cette mesure a été confiée à la fédération française EPMM sport pour tous. Cette dernière la conduit en collaboration avec l'Université Henri Poincaré-Nancy 1, l'INSEP et l'Université Laval du Québec (Canada).

Le coût global de cette action est de 172 972 €, le ministère chargé des sports l'a financée à hauteur de 124 795 €. La première phase de l'action, prévue en 2009, a été réalisée. Elle a porté sur une population restreinte composée de licenciés ciblés de la fédération EPMM Sports pour tous, âgés de 60 à 94 ans. Elle a permis de produire et traduire différents questionnaires et de développer un nouveau système de recueil de données.

La deuxième phase s'est déroulée durant l'année 2010. L'objectif est d'étendre l'étude et d'établir des valeurs de référence pour les tests de condition physique CPS pour la population française âgée de 60 à 94 ans, en faisant appel au réseau des centres d'examen de santé et à la MSA.

3-5 Renforcer la communication par une Journée «portes ouvertes» pour les seniors des fédérations sportives et de loisirs

Pilote : Direction des Sports

Partenaire : CNDS

Financier : Direction des Sports

Echéance : 2007

% de réalisation de la mesure : mesure intégrée dans une autre action

Cette mesure n'a pas été réalisée en tant que telle, mais s'intègre dans le cadre plus large et plus pertinent du week-end «Sport en famille» mis en place par le ministère chargé des sports.

Axe 4 : Prévention individuelle / Facteurs de risque

Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie

L'axe 4 du plan est intitulé "Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie". Il s'agit donc de contribuer à un "vieillissement réussi" en agissant sur les affections et leurs déterminants. L'approche est donc ici essentiellement biomédicale.

En fait, les mesures de l'axe concernent également des déficiences (presbyacousie, déficit visuel) ; toutefois on peut remarquer l'absence de prise en compte des déficiences et pathologies mentales, même si d'autres plans (notamment le Plan Alzheimer) leur sont consacrés.

En outre les déterminants sociaux apparaissent peu ou indirectement pris en compte dans le plan, alors que le vieillissement s'accompagne d'une majoration des disparités socio-économiques : la thématique des inégalités sociales de santé n'est pas clairement lisible dans le plan, et en particulier dans cet axe.

D'autres déterminants (nutrition, activité physique) font l'objet des axes 2 et 3 du plan

Mesures

4-1 Accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre: promotion et diffusion du référentiel

Pilote : DGS

Partenaire : INPES

Financier : INPES

Echéance : 2007 et 2008

Crédits : 75 000 €

% de réalisation de la mesure : 100 %

Cette mesure concerne la promotion et la diffusion d'un référentiel de bonne pratique déjà produit. L'objectif était de le rendre plus cesser.

Le référentiel «Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile» a été édité en 2005. C'est un document de référence. 5 000 exemplaires ont été édités en 2005 et plus de 3 000 diffusés en 2005 et 2006. Il est téléchargeable gratuitement depuis janvier 2009 sur le site de l'INPES. En 2009, il a été téléchargé 4 723 fois en français et 613 fois en version anglaise.

A destination des professionnels, 1 788 exemplaires du référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes ont été diffusés entre 2007 et 2009 prioritairement lors de salons, colloques ou séminaires.

Ce guide a été complété par une brochure dans la collection «Repères» ; 100 000 exemplaires du *Repères pour votre pratique* en prévention des chutes chez les personnes âgées (document de 4 pages synthétisant le référentiel) ont été édités en 2006, 41 600 ont été diffusés sur la période : 17 204 en 2007, 12 642 en 2008 et 11 754 en 2009.

L'INPES regrette qu'il n'y ait pas eu d'évaluation de la perception de ce guide, faute de moyens humains.

Pour 2010, il est prévu une évaluation qualitative de l'ouvrage ainsi qu'une évaluation de ses retombées dans les pays partenaires (Québec, Suisse et Belgique) et un groupe de travail pour réfléchir à l'avenir du référentiel (mise à jour et réédition, nouvelle formule, accompagnement des recommandations).

Il faut noter que la HAS a également produit ses propres recommandations sur ce sujet mais l'approche retenue est différente. Il y a donc là peut-être un manque de cohérence même si le public visé n'est pas le même.

4-2 Prévention de l'ostéoporose par remboursement de l'ostéodensitométrie chez toute femme ménopausée qui présente des facteurs de risque d'ostéoporose à dater du 1er juillet 2006.

Financement : ONDAM

Enveloppe prévisionnelle : 35 millions d'euros

Echéance : 2006

% de réalisation de la mesure : 100 % mais antérieur au PNBV

Par décision du 29 juin 2006, l'UNCAM prend en charge le remboursement de l'ostéodensitométrie chez toute femme ménopausée qui présente des facteurs de risque d'ostéoporose.

4-3 Déficit auditif : la presbyacousie

Création d'un groupe de travail mené par la DGS et la DSS avec les audioprothésistes afin d'améliorer la prise en charge des audioprothèses et d'accompagner le progrès technique.

Pilote : DGS

Partenaire : DSS et CNSA

Echéance : mise en place en septembre 2007

% de réalisation de la mesure : 50 %

D'après l'argumentaire du plan (p. 18), 45 % des personnes de 50 ans et plus se plaignent de difficultés de compréhension dans les conversations liées à un déficit auditif, dont 40 % seulement seraient appareillées ; en outre l'utilisation des prothèses, chez les personnes qui en sont dotées, semble partielle.

Le choix de cet objectif paraît donc pertinent au regard de la prévalence élevée de cette déficience dans la population vieillissante.

Toutefois la mesure proposée pour cet objectif s'est limitée à la constitution d'un groupe de travail DGS-DSS-CNSA-audioprothésistes, sans mission explicite.

Le groupe de travail semble avoir été constitué en septembre 2007, mais on ne connaît pas les dates de réunion, et on ne dispose pas des comptes rendus des séances. L'assurance maladie, qui pourrait contribuer à éclairer les données de cadrage, ne semblait pas faire partie de ce groupe.

Il ne semble pas que l'influence des modalités actuelles de remboursement sur la disparité d'accès aux prothèses ait été étudiée. On ne dispose pas des indispensables données de cadrage pour ce thème : nombre de bénéficiaires, modalités actuelles de prise en charge,

estimation du nombre de personnes atteintes d'une déficience auditive susceptibles d'être appareillées, prospective, étude de faisabilité par simulation de différentes modalités alternatives de prise en charge...

Une étude a été menée en 2009 par Alcimed à la demande de la CNSA dans cinq pays européens, dans le champ des aides à la communication pour des personnes atteintes de diverses déficiences, dont les déficiences auditives. Les conclusions de cette étude sont que les taux d'équipement des populations de déficients auditifs et les niveaux de prix des prothèses auditives dans le marché privé sont directement liés aux modes et niveaux de prise en charge mis en place par les autorités de santé de chaque pays. Globalement, les prix des produits sont assez élevés, notamment parce que le marché est extrêmement concentré, avec peu d'acteurs internationaux qui se partagent le marché.

Il est également question d'un projet d'observatoire des audioprothèses sous l'égide de la DSS, pour lequel on ne dispose pas d'information précise.

Est enfin mentionnée la poursuite de campagnes de prévention contre le bruit, sans doute bénéfiques, mais guère cohérentes avec l'objectif d'amélioration de la prise en charge de la surdité ; cet objectif, qui nécessite des mesures et un partenariat sensiblement différents du précédent, ne semble pas avoir été traité.

En ce qui concerne les suites à donner dans un prochain plan, la mesure proposée n'apparaît pas cohérente avec un objectif de réduction de prévalence des presbycousies non corrigées, si c'est bien l'objectif poursuivi, qui devrait d'ailleurs être quantifié.

Une modification des conditions de prise en charge des prothèses, fondées sur des estimations argumentées, prenant en compte les disparités sociales d'accès à cet appareillage, cherchant à les réduire et impliquant les partenaires compétents, devrait être envisagée.

4-4 Déficit visuel

Réalisation d'une série de tests d'évaluation de la fonction visuelle permettant un dépistage précoce.

Pilote : DGS

Partenaire : Fondation Rothschild

Financier : DGS

Echéance : Juin 2007

Financement : 30 000 €

% de réalisation de la mesure : non évaluable

D'après l'argumentaire du plan (p. 19) les déficiences visuelles toucheraient 1,2 % de la population générale. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) représenterait 800 000 à 1 million de cas prévalents. Ces données suggèrent que le dépistage de la DMLA, s'il est efficace, serait une mesure pertinente dans la population vieillissante, puisque cette affection débiterait après 50 ans.

L'objectif proposé est d'améliorer la précocité du dépistage des déficiences visuelles, bien que les arguments en faveur d'une systématisation de ce dépistage ne soient pas fournis.

La mesure préconisée est la réalisation de tests de dépistage par création d'outils utilisables dans les soins ambulatoires. Il n'est pas précisé s'il s'agit de la mise au point de tests nouveaux,

ou bien l'évaluation de l'efficacité d'un dépistage systématique, dans une population et dans des circonstances définies.

Dans l'état d'avancement fourni, il est indiqué que la HAS doit rendre ses recommandations pour la prise en charge de la DMLA ; le terme qui est indiqué sur le site de la HAS est décembre 2010. La formulation laisse penser qu'il s'agira d'une mise à jour de recommandations portant sur la prise en charge des cas diagnostiqués (la recommandation antérieure date de 2001), plutôt que portant sur un éventuel dépistage systématique.

On ne dispose d'aucune information relative aux tests qui devaient être réalisés par la Fondation Rothschild, avec un financement de la DGS.

Pour les suites à donner dans un prochain plan, on manque d'arguments pour identifier la ou les mesures pertinentes :

- si des preuves existent que le dépistage, en utilisant un test validé, réduit l'incidence ultérieure des déficiences visuelles, par une prise en charge anticipée d'affections comme la DMLA, cette mesure paraît alors pertinente
- si des données suggèrent que des cas de déficiences visuelles liées à une DMLA font l'objet d'une prise en charge insuffisante, au regard d'un référentiel de pratique, c'est plutôt un travail visant à améliorer le recours aux soins et/ou les pratiques professionnelles associées qui est souhaitable.

4-5 Prévention des cancers chez les seniors

Mettre en œuvre le Plan cancer.

Développer le dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, utérus).

Pilote : INCa, Plan cancer

Financier : INCa, Plan cancer

Financement : PLF – 50 millions d'€ (plan cancer)

% de réalisation de la mesure : en cours d'évaluation

L'incidence élevée de nombreuses localisations des cancers chez les personnes âgées, et l'existence d'un dépistage validé comme efficace pour deux au moins de ces localisations, font des cancers une cible pertinente pour un programme de santé publique consacré au vieillissement.

La couverture médiocre de ces deux dépistages dans la population, en particulier chez les plus âgés de la cible, renforce la pertinence de cet objectif.

Toutefois, il est étonnant de ne pas trouver dans le plan mention des disparités sociales concernant cette mesure de prévention, disparités qui suggèrent des réponses particulières ; Il est discutable de reprendre cette mesure qui figure déjà dans un autre plan, bien plus largement doté financièrement, et qui de ce fait peut apparaître comme un simple affichage, faisant perdre crédibilité au PNBV lui même.

Bien que le dossier comporte un important document consacré à l'oncogériatrie, il faut souligner que ce développement, pour intéressant qu'il soit, peut difficilement être porté au crédit du PNBV qui n'en fait pas mention.

Le troisième chapitre de ce document, très général, comporte des propositions informelles qui ne font pas l'objet des procédures habituelles de validation.

En revanche les données même parcellaires dont on dispose sur la couverture des dépistages en cours ne sont pas analysées :

Concernant les cancers du sein, le taux national de participation au dépistage organisé des femmes de 50 à 74 ans a progressé de 46,9 % en 2005-2006 à 51,7 % en 2007-2008. Sur 2005-2006, 2006-2007, et 2007-2008, les taux de participation ont progressé dans toutes les classes d'âge. Ils étaient les plus élevés parmi les femmes de 60 à 64 ans et décroissaient ensuite pour atteindre leur niveau le plus bas entre 70 et 74 ans.

Concernant les cancers colorectaux en 2007, la participation augmentait avec l'âge jusqu'à 64 ans, puis diminuait chez les 65-74 ans.

L'évaluation de ces dépistages réalisée par le HCSP mettait en évidence les points suivants :

Pour le dépistage du cancer du sein, la généralisation n'a pas fait disparaître les inégalités de recours, essentiellement territoriales et sociales. La dimension démographique n'est pas abordée.

Pour le dépistage du cancer colorectal, la généralisation est plus récente, non prévue au plan cancer. Les disparités de couverture socio-économique sont mises en exergue.

Pour le cancer du col de l'utérus, les données du dépistage individuel, apprécié par l'Echantillon permanent inter régime des bénéficiaires, permet d'estimer le taux de couverture global à 58,7 % en 2003-2005 pour les femmes de 25 à 65 ans ; supérieure à 60 % entre 25 et 54 ans (maximum 66,5 % entre 35 et 44 ans) mais en dessous de 50 % après 55 ans.

En tout état de cause, rien ne permet d'imputer au PNBV la responsabilité des évolutions constatées en matière de dépistage des cancers.

Pour les suites à donner dans un prochain plan, on peut discuter l'intérêt d'afficher dans un plan des mesures qui sont l'objet d'autres plans sans leur affecter de ressources supplémentaires pour les renforcer.

4-6 Soins buccodentaires

Création d'une consultation gratuite de prévention à 60 ans comprenant un bilan, des conseils sur le lien entre l'état bucco-dentaire et la santé et une sensibilisation à l'utilisation des fluorures.

Pilote : DGS

Financier : FNPEIS-UNCAM

Echéance : 2007

Financement : 190 000 €

% de réalisation de la mesure : 0 %

D'après l'argumentaire du plan (p. 19), 37 % des personnes de 65 ans et plus présentent des caries et nécessitent des soins conservateurs, 35 % ont du tartre et de la plaque dentaire et 37 % nécessitent des soins prothétiques.

Les disparités sociales concernant ce type de soins sont soulignées, et les conséquences sur la santé perçue et la qualité de vie relevées.

La mesure destinée à atteindre un objectif de réduction (non quantifiée) de cette situation est la mise en place d'une consultation gratuite à l'âge de 60 ans, dans le cadre de la convention liant les professionnels et l'assurance maladie.

Cet objectif paraît pertinent compte tenu des données descriptives fournies.

Toutefois, la formation aux soins préventifs d'hygiène bucco-dentaire des divers professionnels de santé amenés à prendre en charge des personnes âgées dépendantes n'est pas abordée. On peut aussi présumer que les difficultés observées dans le constat sont liées à l'accès aux

soins requis pour les soins nécessaires, en particulier du fait du reste à charge élevé des soins dentaires, en particulier prothétiques, et pas seulement pour le bilan préalable ; la correction des lésions ne semble guère envisagée.

Les données disponibles à ce sujet sont incertaines. Il semble que le plan ait repris une mesure «expérimentale» déjà mentionnée dans le plan national de prévention bucco-dentaire de 2005, et qui aurait fait l'objet d'une mise en œuvre de 2007 à 2010 dans douze EHPAD des départements de l'Isère, de la Marne et du Morbihan. Après une sensibilisation et une formation des professionnels, une consultation dentaire systématique des nouveaux résidents était mise en place, des soins d'hygiène bucco-dentaire régulièrement dispensés et un traitement assuré dans l'établissement par un chirurgien-dentiste.

La description précise de cette mesure fait défaut, *a fortiori* son évaluation.

Il semble même que la mesure ne sera pas généralisée, ni poursuivie sous cette forme seule la partie relative à la formation des personnels et à l'hygiène buccale des résidents fait l'objet d'une évaluation nettement positive.

Dans un prochain plan, il conviendrait de :

S'assurer de l'existence d'un référentiel de pratiques de prévention buccodentaire pour les personnes âgées ;

Déployer des formations destinées au personnel des EHPAD à ce sujet ;

Explorer les possibilités d'une forme d'intervention particulière des chirurgiens dentistes dans les EHPAD dans les futures négociations conventionnelles ;

Promouvoir (par exemple par le biais des médecins traitants) les comportements préventifs d'hygiène buccodentaire chez les personnes âgées ;

Réunir les données de cadrage nécessaire pour évaluer les possibilités d'améliorer la prise en charge des soins dentaires y compris prothétiques chez les personnes âgées pour lesquelles le retentissement et les risques de complications sont les plus importants.

4-7 Campagne de communication et d'éducation multithématique

- Une campagne de communication sous forme de programmes courts évoquant les principes du «bien vieillir » sur France Télévision.

Pilote : DGS-INPES

Opérateur : INPES

Financier : INPES

Financement : 700 000 euros

Echéance : début en 2007

% de réalisation de la mesure : 100 %

Ces programmes thématiques de moins d'une minute ont été diffusés quotidiennement de janvier à mars 2007 sur les chaînes de la télévision publique (France 2 et France 3) et rediffusés en mai, juin et novembre, décembre 2008.

L'objectif était d'inciter les personnes de plus de 60 ans, nouvellement retraitées, actives et en bonne santé, à adopter des réflexes au quotidien pour rester en bonne santé plus longtemps. Chaque programme délivrait une information précise sur le processus de vieillissement de l'organisme et des conseils pratiques pour ralentir ou retarder ce processus.

Une étude de perception du programme a été menée⁴. Cette évaluation quantitative qui portait sur 1 600 sujets en mars 2007 a montré que la campagne avait été bien comprise, le message fortement apprécié. 90 % des 55 ans et plus ont aimé la campagne. Cependant, l'impact spontané est relativement faible : 29 % des 55 ans et plus se souviennent spontanément de la campagne et 50 % des 55 ans et plus reconnaissent au moins un message ; ce qui pose la question du renouvellement de la stratégie de communication.

La communication auprès des seniors est une composante indispensable d'un programme de promotion de la santé global, permettant de renforcer les informations dispensées par des professionnels relais et de faire évoluer, sur le long terme, les représentations liées à l'âge, à la santé et à la prévention. Celle-ci ne peut s'effectuer sans la prise en compte des attentes et des savoirs des publics destinataires et, pour être véritablement efficace, ne devrait pas s'envisager en dehors des actions d'éducation pour la santé réalisées quotidiennement par les professionnels de santé et les professionnels de la prévention.

Cette mesure concernait le dispositif de communication la santé à tout âge. Une étude de besoins avait été réalisée préalablement à partir de l'évaluation qualitative des précédentes campagnes.

- Expérimentation d'un programme national d'éducation à la santé au bénéfice des seniors, les Ateliers du bien vieillir.

Opérateur : Mutualité Sociale Agricole en partenariat.

Financier : MSA

Financement : 400 000 €

% de réalisation de la mesure : 100 %

D'après une évaluation du programme publiée en 2010, les Ateliers du Bien Vieillir modifient ou font évoluer les comportements de santé. Ainsi, 35 % des participants ont intégré un atelier mémoire dans l'année suivante, et 60 % un atelier équilibre. 25 000 personnes y ont participé sur la période 2007-2009, l'évaluation fait état de 98 % d'appréciations positives.

L'évaluation a été menée sur près de 1 000 personnes pendant 2 ans. Elle montre que les Ateliers du Bien Vieillir ont un impact positif sur les comportements de santé et répondent à leurs objectifs.

En effet, on voit globalement que :

- Les comportements de santé d'un grand nombre de participants ont été améliorés.
- En général, ces participants s'engagent ensuite dans un parcours santé, à travers notamment des programmes mémoire et équilibre.
- Ils gardent des contacts de façon durable sur les territoires, montrant que du lien social s'est tissé lors de cette action de prévention.
- La consommation de médicaments n'a pas augmenté malgré le recours plus fréquent aux consultations médicales ou aux soins paramédicaux.

A la question sur le développement du modèle «bien vieillir» type MSA, Jean Pierre Aquino, président du comité de pilotage, note que l'évaluation de ce modèle est récente. Il précise le paradoxe : *«On sait ce qui est bon mais on repère mal les gens qui en ont le plus besoin»*. En

⁴ S. Pin-Le Corre, T. Rosilio, H. Bourdessol. « La santé à tout âge », ou comment communiquer sur la prévention auprès des seniors. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* (2009) 9, 217—222

fait les personnes qui se présentent à ces consultations de prévention sont des personnes déjà préoccupées par leur santé et qui voient là une façon de rassurer leur anxiété. Ce n'est pas le public qui était visé. D'où l'initiative, avortée, de tester ces consultations de prévention sur des populations précaires dans le Val-de-Marne. Ce département est l'un des quatre départements pilotes prévus pour le bilan à 70 ans dans la loi de santé publique de 2004.

Axe 5 : Médicaments

Promouvoir le bon usage des médicaments

L'axe 5 «promouvoir le bon usage du médicament» a fait l'objet d'une déclinaison en deux thématiques, l'une sur les médicaments et substances anti-âge et l'autre sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Les problématiques étant complètement différentes, ces deux thématiques seront traitées séparément.

Mesures

5-1 Réglementation des médicaments et substances anti-âge

Saisine de l'Afssa et l'Afssaps afin de classer les différents produits et substances selon leur intérêt et d'élaborer des recommandations. Ces recommandations seront diffusées au grand public et aux professionnels via la presse spécialisée.

Pilote : DGS

Partenaires : AFSSA - AFSSAPS

Echéance : 2007

Etat de réalisation de la mesure : 50 %

L'objectif est de définir l'intérêt réel des produits et substances vendues sous l'étiquette «anti-âge» ou «antivieillessement» et d'en préciser les risques éventuels.

L'AFSSAPS a effectivement reçu une saisine en date du 14 novembre 2006 lui demandant de bien vouloir en concertation avec l'AFSSA :

- d'une part proposer un classement des différents produits et substances selon leur intérêt ;
- d'autre part, élaborer des recommandations quant à leur utilisation, afin de les inclure dans les outils de formation et d'information réalisés dans le cadre du PNBV.

La première partie a été réalisée et le DGS en a été informé par un courrier en date du 17 janvier 2008. Les champs d'investigation ont été répartis entre l'Afssa et l'Afssaps.

Concernant le champ du médicament, l'Afssaps propose un classement des produits en plusieurs catégories:

- les médicaments avec AMM pouvant faire l'objet ou faisant l'objet d'une utilisation hors AMM dans un but «antivieillessement» (androgènes, mélatonine, traitement hormonal de la ménopause...),
- les substances actives entrant dans la composition de médicaments sans AMM, inscrites ou non à la pharmacopée (DHEA, prégnenolone) et revendiquant un intérêt dans le vieillissement,
- les dispositifs médicaux, utilisés par voie injectable ou implantable, et présentés comme traitement des effets du vieillissement, en particulier à des fins esthétiques (combement des rides, mésothérapie...),
- les produits cosmétiques.

Ce courrier donne la liste des substances identifiées dans chaque groupe et rappelle brièvement les données disponibles, en termes d'indications, d'évaluation du risque, et d'utilisation de

chacun d'entre eux. A ce stade l'Afssaps rappelait un certain nombre de critères concernant l'utilisation de ces médicaments, mais sans annoncer de calendrier pour des recommandations.

Dans un courrier du 2 mars 2010, en réponse à la demande d'information sur le PNBV, l'Afssaps signale qu'il est difficile de dresser un état des lieux exhaustif sans faire appel à des experts. Elle annonce la mise en place d'un groupe de travail qui élaborera dans un deuxième temps des recommandations pour les professionnels de santé et le grand public sur l'utilisation des produits dans la lutte contre le vieillissement.

Le courrier du 10 septembre 2010 de l'Afssaps au HCSP, en réponse à la demande du comité d'évaluation du PNBV, ajoute une liste de documents d'information produits par l'Afssaps depuis 2001 sur les produits dans le champ. Ces documents n'ont pas été réalisés dans le cadre du PNBV, mais s'y rattachent par les sujets qu'ils traitent⁵.

D'autres documents ont été produits par l'Afssaps pour les produits cosmétiques de protection solaire, la mésothérapie, les médicaments et la contrefaçon, dont le lien avec les produits anti-âge est plus ténu.

La mesure est pertinente et adaptée à l'objectif. Elle n'a toutefois pas encore abouti complètement. On a le sentiment que ce sont les lettres récentes qui ont déclenché le lancement de la deuxième phase. En effet la plupart des recommandations ou notes produites sont soit antérieures au PNBV (DHEA, THM), soit ont manifestement des objectifs qui ne sont pas ceux affichés dans le plan (pharmacovigilance pour le Botox).

Les documents disponibles sont éparpillés. On souhaiterait une synthèse des informations produites.

Dans un prochain plan, il faudrait poursuivre les travaux de la deuxième phase pour produire une synthèse et des recommandations et les diffuser.

Les personnes auditionnées s'accordent pour dire qu'il a été difficile de travailler avec l'Afssaps. Celle-ci devait élaborer une réglementation sur le sujet des produits anti-âge. D'après certains experts, aucune substance n'est efficace dans cette indication. De la même manière, l'Afssa devait élaborer le même rapport sur les compléments alimentaires. L'idée était de publier les deux rapports en même temps. Mais pour cela il y avait besoin d'un soutien politique fort.

5-2 Programmes de bonnes pratiques sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

La diffusion des programmes informatiques d'aide à la "Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé", en ligne et téléchargeables gratuitement sur le site de la HAS. La valorisation de l'utilisation de ces outils auprès des professionnels médicaux est prévue au travers du dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles.

Pilote : DGS

Partenaires : HAS

Financement : 40 000 €

Echéance : 2007 – 2008

Etat de réalisation : non évaluable

⁵ [Produits injectables de comblement des rides : recommandations aux praticiens et au public](#)
[Toxine Botulique : information de pharmacovigilance destinée aux professionnels de santé](#)
[Traitement Hormonal de la Ménopause \(THM\)](#)
[DHEA Synthèse du groupe de travail](#)

La HAS a mis au point le programme PMSA, Programme pour l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, qui est mis à disposition en ligne⁶ en 2006 (avant la période du PNBV) et révisé en 2009. C'est un programme complet avec une plate-forme d'échanges et des outils pratiques.

Pour le PNBV, cette mesure se concentre sur la diffusion et la valorisation de cet outil auprès des professionnels, notamment pas le biais des évaluations de pratiques professionnelles.

Les indicateurs de pratique clinique PMSA seront disponibles à la fin de l'année 2010 ou en début 2011.

En parallèle, deux autres programmes d'aide à la prescription ont été développés et mis en ligne par la HAS. Il s'agit du Programme d'amélioration de la prescription des psychotropes chez les sujets âgés (PPSA) et du Programme d'alerte et de maîtrise de l'iatrogénie des neuroleptiques chez le patient Alzheimer (AMI – Alzheimer). Or ces deux programmes sont respectivement liés aux objectifs de la loi de santé publique et au plan Alzheimer, et non au PNBV.

⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa.

Axe 6 : Solidarité entre générations

Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le "vivre ensemble", creuset du "bien vieillir"

Le plan insiste, à juste titre, sur l'importance de développer des liens entre générations pour renforcer la cohésion sociale et contribuer à la valorisation des aînés. Deux mesures ont été proposées dans cet axe : contribuer au développement de la Semaine bleue et favoriser les expériences d'habitat intergénérationnel.

Mesures

6-1 Contribuer au développement de la Semaine bleue

Campagne d'information sur la semaine bleue largement relayée par les DDASS et les CODERPA

Pilote : DGAS

Partenaires : UNIOPSS

Financier : DGAS

Financement : 4 000 €/an soit 12 000 €

Echéance : 2007, 2008 et 2009

Etat de réalisation : 100 %

La «Semaine Bleue», ou Semaine nationale des retraités et personnes âgées, est une initiative ayant démarré sous cette appellation en 1977. Il s'agit de mettre en valeur les actions associatives d'animation intergénérationnelle. Un comité national, composé de représentants d'associations et d'organismes nationaux, coordonné par l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) et parrainé par le ministère de la santé et des solidarités, définit chaque année le thème et l'organisation générale de la semaine, en lien avec les comités départementaux. Plusieurs prix sont attribués, dont un prix «Intergénération», financé par le secrétariat d'Etat à la solidarité. En 2010, 30 000 événements ont été recensés sur le territoire national.

Le soutien apporté dans le cadre du Plan a représenté 30 000 €, versés annuellement par la DGCS à l'UNIOPSS. La DGCS participe au comité de pilotage et au choix de la thématique et des actions de la semaine bleue.

La campagne d'information a été réalisée chaque année.

6-2 Favoriser les expériences d'habitat intergénérationnel

Diffusion de la charte «un toit deux générations» élaborée conjointement par la Fondation nationale de gérontologie (FNG) et Sciences-Po Paris.

Pilote : DGAS

Partenaires : Fondation de France

Financier : CNSA

Etat de réalisation : non évaluable

L'action prévue dans le plan visait à la diffusion de la charte "un toit deux générations", élaborée conjointement par la Fondation nationale de gérontologie et Sciences-Po Paris.

Cette charte a été établie à la suite d'une mission confiée en 2004 à la FNG par le secrétariat d'Etat aux personnes âgées. Cette mission visait à la mise en place d'une réflexion sur l'habitat intergénérationnel entre personnes âgées et étudiant(e)s, qui devait être suivie d'une évaluation des réalisations.

La première phase de cette réflexion a donné lieu à la présentation en mars 2005 d'une Charte intitulée "Un toit, deux générations" accompagnée d'un code de bonne conduite et d'une convention d'hébergement. De nombreuses initiatives se sont ensuite développées dans toute la France. Le projet repose sur le principe d'une offre de logement par la personne âgée à un étudiant qui assure en retour une présence et une aide bénévole, sans contrepartie financière. Cette organisation suppose l'intervention d'une structure associative qui met en contact les intéressés et assure une médiation pour l'établissement de la convention et le suivi des difficultés éventuelles. Un premier bilan a été réalisé par la FNG, au premier semestre 2006, qui a interrogé les dix-sept associations recensées comme engagées dans cette action. Parmi celles-ci, treize ont répondu à l'enquête. Ces structures avaient alors 186 "binômes" de cohabitants en place, auprès de qui l'enquête a été réalisée ; un quart seulement des cohabitants interrogés ont répondu à l'enquête.

Le bilan réalisé ne peut donc pas être considéré comme vraiment représentatif des expériences actuelles. Il souligne un certain nombre d'aspects positifs attendus, mais met également en lumière certaines difficultés, comme on peut le percevoir à partir des conclusions du rapport : *«En conclusion, cette solution d'habitat intergénérationnel ne doit pas être un choix par défaut et venir pallier deux manques : manque de logements étudiants et coût élevé pour beaucoup d'étudiants du parc locatif d'un côté, et manque de professionnels spécialisés dans l'aide à la personne et coût élevé du maintien à domicile quand il suppose une présence de professionnels à temps complet, de l'autre. A condition de bien identifier les situations qui présenteraient l'un ou l'autre de ces biais de recrutement, manque d'habitat pour les jeunes, manque d'aide à domicile suffisant pour les plus âgés, la proposition d'habitat intergénérationnel pourra prendre toute sa place.»*

Depuis, un certain nombre d'autres actions se sont mises en place. Dans le cadre du PNBV, la DGCS a indiqué avoir diffusé la charte et interrogé une trentaine d'associations qui ont monté des projets de cohabitation intergénérationnelle et souligné la nécessité de clarification du cadre juridico-administratif de ces actions. Un bilan actualisé avec un suivi minimal des structures de soutien serait certainement utile.

Dans le même ordre d'idées, la DGCS a indiqué avoir entrepris, à la demande du secrétariat d'Etat chargé de la famille, une réflexion sur la mise en place d'un label «Espace intergénérationnel», destiné à identifier les réalisations permettant un réel échange entre générations.

Globalement, les personnes auditionnées constatent les échecs des interventions dans le domaine de l'urbanisme. Il n'y aurait actuellement pas de réflexion autour de la ville et de l'urbanisme et des moyens de les adapter au vieillissement de la population, les autres ministères ne se sentant pas concernés. Cela pose la question des structures à construire dans les trente prochaines années, avec des habitats regroupés.

Axe 7 : Solidarité locale

Développer le "bien vieillir" au niveau local

Considérant que la perte d'autonomie ne résulte pas seulement de facteurs liés à la santé mais est également conditionnée par les facteurs d'environnement et que le développement et l'aménagement des espaces de vie communs sont des facteurs essentiels pour le développement du lien social, le plan a souhaité favoriser les initiatives locales dans ces domaines, à travers deux actions :

- les appels à projets annuels régionaux
- la création d'un label «bien vieillir – vivre ensemble».

Mesures

7-1 Appels à projets annuels de la CNSA-DGAS-DGS

Pilote : DGS - DGAS

Partenaires : CNSA

Financier : DGS – CNSA

Financement : 6 millions d'euros

Etat de réalisation : 100 %

L'appel à projets conjoint CNSA-DGAS-DGS devait permettre d'identifier et soutenir des programmes d'actions coordonnés, développés sur des territoires ciblés (départements, communes, communautés de communes, agglomérations...), visant à promouvoir chez les seniors la prévention des maladies pouvant entraîner une perte d'autonomie ou son aggravation, l'amélioration de la qualité de vie, ou à encourager des comportements favorables à un vieillissement réussi.

Son objectif initial était de faciliter l'appropriation et la déclinaison du PNBV par les acteurs territoriaux, dans la continuité de l'expérimentation menée par les premiers dix-sept sites pilotes retenus en 2003 et dans l'objectif d'une intégration dans le cadre des PRSP. L'appel à projets de la CNSA avait donc un triple but : développer la proximité des actions, dynamiser à l'aide de financements des organisations déjà à l'Oeuvre et tenter une démarche d'évaluation.

L'appel à projet national a été lancé dès 2005. Ceci ne concerne donc pas la période du PNBV mais celle du Programme. Au niveau régional, en revanche, il est lancé tous les ans depuis cette date.

D'après les auditions réalisées, cet appel à projets a été vécu comme lourd et complexe à gérer. La CNSA était essentiellement responsable de l'appel d'offres. 0,5 million d'euros était destiné aux actions nationales et 2,5 millions aux actions de niveau régional. Les DRASS et les DDASS diffusaient l'appel à projets, recevaient les dossiers dont ils vérifiaient la complétude, établissaient un comité de sélection. Celui-ci était particulièrement contraint par les aspects financiers compte tenu de la taille de l'enveloppe. En effet, les 2,5 millions d'euros étaient répartis entre les vingt-six régions *au prorata* de la population cible. Le financement de la DGCS et la CNSA ne pouvait pas excéder 70 % du budget global des projets.

Une très grande hétérogénéité des actions et des porteurs d'actions a été constatée. L'analyse approfondie qui a ensuite été menée par la CNSA et la DGCS a mis en évidence un «saupoudrage» des financements, un manque d'animation et de gouvernance, et l'absence de grille d'analyse commune. Les précisions apportées à la circulaire au cours de l'année 2007 ont permis quelques améliorations lors de l'appel à projets suivant.

Une étude d'évaluation de l'appel à projets a été lancée avec un cabinet extérieur, Métis et Bionest Partners, au titre de la mesure 8.1 (identifier les innovations les plus pertinentes) de l'axe 8. Ce cabinet a démarré ses travaux début 2009. L'étude a porté sur la période 2005-2006 afin que les actions évaluées soient déjà terminées. Il ressort de ces travaux :

- le manque de gouvernance et d'animation au niveau national,
- le manque de coordination entre les niveaux national et régional (autres appels à projets, PRSP),
- le manque de planification, de gestion et de suivi (plan et appel à projets),
- le manque d'outils adaptés pour piloter et gérer les appels à projets,
- le manque de soutien aux acteurs locaux (référént, chargé de mission national),
- le manque de communication (site Internet dédié au Plan, à l'appel à projets, forum d'échange).

Cette volonté de questionner et d'améliorer la mise en œuvre de la mesure doit être saluée bien qu'il soit surprenant de voir apparaître cette étude au titre du développement de l'axe 8 (développer la recherche et l'innovation). A ce stade, la nécessité du maintien de l'appel à projets est questionnée par les opérateurs, d'autant plus que la pérennité des financements CNSA va poser un problème juridique avec les agences régionales de santé (ARS). S'il était maintenu, l'animation nationale et régionale devrait être fortement renforcée et le pilotage réorganisé, selon les préconisations de l'audit réalisé.

7-2 Création d'un label "Bien vieillir-vivre ensemble"

Mise en place d'un groupe de travail pour élaborer le cahier des charges et le processus de labellisation (DGS-DGAS).

Pilote : DGAS

Etat de réalisation : 100 %

L'objectif est ici de promouvoir les initiatives des collectivités locales, par l'attribution d'un label qui n'est pas assorti de financement.

Le groupe de travail prévu dans le cadre du plan, en partenariat avec l'association des maires de France et l'association parlementaire «vieillir ensemble», a élaboré un cahier des charges définissant les étapes que les villes candidates s'engagent à accomplir pour obtenir la labellisation.

Il s'agit d'un projet sur cinq ans, comportant les étapes suivantes :

- audit urbain (étape de recherche) (année 1),
- élaboration d'un plan d'action sur trois ans à partir des données issues de l'étape de recherche (année 2),
- mise au point d'indicateurs qui permettront l'évaluation ultérieure de la réalisation du programme Bien vieillir Vivre ensemble, (année 2),
- mise en œuvre du plan d'action sur trois ans (années 2 à 4),
- évaluation des effets des actions mises en œuvre (année 5).

Le label est attribué aux villes candidates en fonction d'un projet déclaré et non pas vraiment sur des actions déjà mises en place. Pour obtenir le label il suffit en effet d'avoir :

- mis en place un comité de pilotage,
- complété un dossier de candidature comportant un "état des lieux à T0", présentant un profil de la communauté urbaine concernée et un recensement des projets, actions et infrastructures déjà mis en place dans cette communauté pour favoriser le vieillissement actif,
- déclaré s'engager à mettre en œuvre le programme de cinq ans en fournissant un rapport annuel.

Le groupe de travail a par ailleurs élaboré un document intitulé «Protocole conseillé pour la phase d'audit urbain» destiné à guider le travail de la 1^{ère} année.

La démarche réalisée ici est inspirée du programme OMS «Villes amies des aînés» et vise à inscrire les villes participantes dans un réseau d'animation national et international.

La procédure lancée en 2009 a abouti, en février 2010, à labelliser les trente-quatre villes qui s'étaient portées candidates.

Les objectifs de cette action paraissent tout à fait pertinents et les documents de travail fournis sont de qualité. On doit cependant s'interroger sur l'adéquation de la dénomination «label» retenue pour cette procédure. Celle-ci relève en effet d'une déclaration d'intention et d'un engagement *a priori* et non pas d'un audit d'actions réalisées. Les exemples d'actions présentées par chaque ville candidate sur le site du ministère sont d'ampleur très inégale. Le projet est ambitieux mais à l'heure actuelle, il n'existe aucune visibilité sur la procédure de suivi qui sera mise en œuvre. Ceci devrait constituer un axe à développer dans le cadre du prochain plan.

Axe 8 : Recherche / Innovation

Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du "bien vieillir"

Cet axe comporte 3 mesures :

- identifier, parmi les actions soutenues dans le cadre de l'appel à projet CNSA-DGAS-DGS, les innovations les plus pertinentes dont on pourrait envisager la diffusion ;
- susciter des recherches visant à mieux connaître les interactions entre vieillesse et précarité ;
- mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées.

Mesures

8-1 Identifier les innovations les plus pertinentes

Réaliser un appel d'offre national pour sélectionner une équipe de recherche et d'évaluation susceptible d'évaluer et de diffuser les actions pertinentes et reproductibles concourant à un "vieillissement réussi".

Pilote : DGS – CNSA

Partenaires : DGAS, Directions des Sports, Comité de suivi du plan

Financeurs : DGS – CNSA

Financement : 500 000 €

Engagement : 236 471 €

Etat de réalisation de la mesure : 100 %

La réalisation de cette mesure a fait l'objet d'un cofinancement CNSA-DGS pour un montant annoncé de 500 000 €, et a été confiée au cabinet de conseil METIS Partners. Comme cela a été évoqué à l'axe 7, l'analyse a porté sur l'évaluation des actions des appels à projets 2005 et 2006.

Le rapport produit par le cabinet METIS Partners, après avoir mis en évidence l'hétérogénéité des actions et la difficulté du pilotage présente, à titre d'exemple, quelques actions qualifiées «projets d'excellence» par les DRASS qui les avaient sélectionnées. Toutefois, l'étude des moyens de généralisation des expériences n'a pas été réalisée. L'analyse des caractéristiques des projets exemplaires est restée très générale.

A partir du constat d'un manque d'évaluation des projets et de la difficulté d'un pilotage homogène, le rapport fait état, dans une deuxième partie, de la réalisation de deux «kits d'outils» :

- un kit «gestion de l'appel à projets» destiné aux DRASS, qui comporte tableau de synthèse de projets, grille de sélection des projets, tableau de suivi et de clôture des projets, tableau de bilan des projets ;
- un kit « pilotage de projets», destiné aux porteurs de projets, qui comporte carnet de bord, tableau d'auto évaluation, tableau de définition des objectifs et des indicateurs.

Ces outils, sur lesquels le rapport donne peu d'informations, ont été testés auprès de cinq DRASS et cinq porteurs de projet. Le rapport indique que l'accueil a été favorable de la part des

deux types d'acteurs, les kits-outils ayant globalement été perçus comme intéressants et utiles mais chronophages. Il est donc à craindre que, sans adaptation ou soutien spécifique, ceux-ci ne soient pas réellement utilisés, même si le principe de la prolongation de ces appels à projet est maintenu.

8-2 Mieux connaître les interactions entre vieillesse et précarité

Mise en place d'une étude nationale sur cette thématique

Modalités : cahier des charges DGAS et DREES

Opérateurs : DREES 2007

Financement : DGS/DREES - 140 000 €

Echéance : 1er semestre 2007

État de réalisation : 15 %

Cette mesure devait faire l'objet d'un financement DGS à hauteur de 140 000 €. Un cahier des charges a été élaboré par la DREES, mais la DGS a indiqué que l'étude n'avait pas pu être réalisée faute de prestataire.

8-3 Mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées (SDF vieillissantes et migrants âgés)

- SDF : Mise en place fin janvier 2007 par la DGAS d'un comité de rédaction du cahier des charges relatif aux règles de fonctionnement et à l'organisation de ces maisons relais dédiées aux personnes sans domicile fixes vieillissantes.

Pilote : DGS DGAS

Financement : 580 000 €

Etat de réalisation de la mesure : 100 %

Dans le cadre de la conférence nationale de prévention et de lutte contre l'exclusion (CNLE) du 10 avril 2006, une mesure visant à améliorer l'accueil des publics vieillissants dans les maisons relais avait été adoptée. Dans le cadre du plan, l'objectif fixé en accord avec cette résolution était d'adapter cent places en maison-relais pour des résidents dont l'autonomie se trouvait réduite du fait de l'âge et de l'état de santé et de créer cent places de type maisons relais destinées à des personnes sans domicile fixe vieillissantes. Un budget de 580 000 € a été attribué. Selon le rapport communiqué par la DGS, à ce jour cent-quatre-vingt-huit places ont été effectivement ouvertes entre 2007 et 2009. L'ouverture de cent-quatre-vingt-cinq nouvelles places est également prévue pour la période 2010-2012, s'inscrivant dans le cadre de la stratégie nationale de prise en charge des personnes sans abri et mal logées.

- Migrants âgés : Expérimentation sur trois sites (Bobigny, Colombes et Marseille), à l'occasion de la réhabilitation de foyers de travailleurs migrants (FTM) et d'établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont une partie sera réservée à l'accueil des migrants âgés.

Pilote : DGS DGAS

Etat de réalisation de la mesure : 50 %

Par ailleurs, une expérimentation de transformation en EHPAD de trois foyers de migrants est en cours à Bobigny, à Colombes et à Marseille. De plus, une enquête a été établie par le CNRPA auprès des comités départementaux à la demande de la DGAS, pour faire le point sur la problématique des immigrés vieillissants. Les actions menées localement relèvent de trois grandes thématiques :

- les questions de logement (collectif, foyer, service à domicile et accès aux EHPAD),
- l'information et la communication des immigrés, la formation des professionnels et le développement du partenariat entre les professionnels intervenant en faveur des personnes âgées et ceux intervenant auprès des immigrés,
- les questions de santé (prévention accès aux soins, fonction de veille).

Axe 9 : Dimension européenne

Inscrire la démarche française dans la dimension européenne : *the "Healthy Ageing" EU Project pour 2004-2007*

Cet axe devait permettre à des experts français de participer à l'élaboration des recommandations européennes, en inscrivant le principe du "bien vieillir" dans le programme européen The "Healthy Ageing" EU Project pour 2004-2007, et de participer aux groupes de travail sur ce thème.

EuroHealthNet (2003-2010) est une initiative européenne réunissant institutions et experts nationaux de santé publique, l'INPES étant un de ses membres.

De 2004 à 2007, EuroHealthNet a assuré la coordination du projet européen Healthy Ageing. La France n'était pas parmi les dix principaux partenaires de ce projet. Cependant, un des objectifs du projet Healthy Ageing était bien d'inclure la plupart des membres de l'Union européenne. Bien que la France ait été invitée au premier séminaire Healthy Ageing organisé à Rome en Janvier 2006, elle n'a envoyé aucun représentant. Un représentant de la DGS a représenté la France au second séminaire à Helsinki en Octobre 2006.

Il a été conseillé aux Français d'écrire plus souvent en anglais car les membres du groupe de travail Healthy Ageing ne connaissaient pas l'initiative française du PNBV.

Les échanges se poursuivent actuellement sous la forme d'un groupe de réflexion. Les Français ont apporté au projet européen les aspects relatifs à la prévention des chutes, en retour la revue de la littérature effectuée au niveau européen a été utile à la mise en œuvre du plan français.

Références bibliographiques

- [1] Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. La Documentation française, 2010, 104 p.
- [2] La «double peine» des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. E. Cambois, C. Laborde, J.-M. Robine. Population & Sociétés n° 441, janvier 2008.
- [3] Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. N. Duport, R. Ancelle-Park, M. Boussac-Zarebska, Z. Uhry, J. Bloch. Institut de veille sanitaire. Collection "Dépistage des cancers", Juin 2007.
- [4] Agences régionales de santé : les inégalités sociales de santé. Editions INPES, 2009, 203 p.
- [5] La consultation de prévention à 70 ans. Gérontologie et Société 2008/2 n°125 pp. 145-154

Annexes

Axes et mesures du Plan national Bien vieillir

AXE 1 : Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risque d'un vieillissement

- 1 - 1 Consultations médicales de prévention lors du départ en retraite ou de la cessation d'activité
- 1 - 2 Favoriser les sessions de préparation à la retraite et créer des outils pour les animer
- 1 - 3 Passeport pour une retraite active
- 1 - 4 Transmission du dossier de la médecine du travail

AXE 2 : Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans

- 2 - 1 Guide nutrition à partir de 55 ans
- 2 - 2 Campagne de communication
- 2 - 3 Un livret pour les professionnels

AXE 3 : Promouvoir une activité physique et sportive

- 3 - 1 Annuaire des associations sportives proposant des activités pour les seniors
- 3 - 2 Soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors
- 3 - 3 Formation des professionnels
- 3 - 4 Evaluer les aptitudes physiques des seniors
- 3 - 5 Journée «portes ouvertes» pour les seniors des fédérations

AXE 4 : Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie

- 4 - 1 Accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre : promotion et diffusion du référentiel
- 4 - 2 Prévention de l'ostéoporose
- 4 - 3 Déficit auditif : la presbycusie
- 4 - 4 Déficit visuel
- 4 - 5 Prévention des cancers chez les seniors
- 4 - 6 Soins buccodentaires
- 4 - 7 Campagne de communication et d'éducation multithématique

AXE 5 : Promouvoir le bon usage des médicaments

- 5 - 1 Réglementation des médicaments et substances anti-âge
- 5 - 2 Programmes de bonnes pratiques sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

AXE 6 : Promouvoir la solidarité entre les générations : l'inter génération et le «vivre ensemble», creuset du «bien vieillir»

- 6 - 1 Contribuer au développement de la semaine bleue
- 6 - 2 Favoriser les expériences d'habitat intergénérationnel

AXE 7 : Développer le «bien vieillir» au niveau local

- 7 - 1 Appels à projets annuels de la CNSA – DGAS – DGS
- 7 - 2 Création d'un label «bien vieillir – vivre ensemble»

AXE 8 : Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du «bien vieillir»

8 - 1 Identifier les innovations les plus pertinentes

8 - 2 Mieux connaître les interactions entre vieillesse et précarité

8 - 3 Mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées : les personnes sans domicile fixes vieillissantes, les migrants âgés

AXE 9 : Inscrire la démarche française dans la dimension européenne

The «Healthy Ageing» EU project pour 2004-2007

Guide d'entretien

1 – Elaboration de cette mesure dans le cadre du plan :

- La rédaction cette mesure s'est-elle inspirée d'éléments probants connus ? Si oui lesquels ?
 - Issus de l'expérience française ?
 - Issus de l'expérience européenne ?
 - Issus de l'expérience internationale ?
- Quelle est la cohérence entre cette mesure et les autres grands plans et programmes de santé publique ? Avec la LSP ?
- Comment ont été organisés le pilotage et le suivi ?

2 – Evaluation des moyens mis en œuvre :

- La mise en œuvre du plan s'est-elle accompagnée d'une mobilisation des acteurs (administratifs, médicaux, médico-sociaux et associatifs) ?
- Le budget alloué à cette mesure était-il adapté aux attentes ?
- Les moyens humains prévus étaient-ils suffisants ?
- Les mesures ont-elles bénéficié des moyens humains et financiers initialement prévus ?
- Les moyens réellement alloués étaient-ils finalement suffisants ?
- Peut-on dresser un bilan financier de cette mesure ?

3 – Evaluation des actions réalisées (bilan)

- Quel est l'état d'avancement des différentes actions dans cette mesure ?
- Le temps accordé à la mise en œuvre des actions était-il suffisant ?
- Les actions réalisées sont-elles conformes aux mesures prévues ?
- Quels sont les principaux obstacles rencontrés dans la mise en œuvre des actions ? Quels ont été les facteurs qui ont favorisé la mise en place de ces actions ?
- Y a-t-il eu une attention particulière pour des populations spécifiquement ciblées par le plan (personnes âgées précaires, lien intergénérationnel...) ?

4 – Suites à donner concernant cette mesure (perspectives)

- Quel est votre avis général sur la conduite de cette mesure, en fin de période ?
- Selon vous, des actions importantes ont-elles été insuffisamment développées sur la durée du plan ? Si oui, lesquelles ?
- Dans le cadre du prochain PNBV :
 - Pensez-vous que cette mesure doit être reconduite ? En partie ? En totalité ?
 - Quelles actions devraient apparaître pour venir compléter cette mesure ?

Réponses des instances contactées

Voir pages suivantes courriers transmis par l'Afssaps, la HAS et l'INPES.

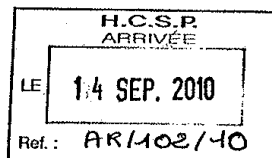


Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

Direction de l'évaluation des médicaments et des
produits biologiques
Service de l'évaluation, de la surveillance du risque,
et de l'information sur le médicament
Dr Anne CASTOT et Marie-Laure VEYRIES
Tél. +33 (0)1 55 87 34 67
Fax. +33 (0)1 55 87 35 22
E-mail : marie-laure.veyries@afssaps.sante.fr

335

Saint Denis, le 10 SEP. 2010



G.G.

Madame la Secrétaire générale,

En réponse à votre courrier du 28 juillet 2010 demandant de vous informer de l'état d'avancement des travaux de l'Afssaps dans le cadre du plan « Bien vieillir 2007-2009 », je souhaite apporter les éléments d'information suivants :

L'objet de la saisine était de faire le point sur les thérapeutiques anti-âge actuelles avec deux objectifs :

- proposer un classement des différents produits et substances « anti-vieillessement » selon leur intérêt,
- élaborer des recommandations quant à leur utilisation, afin de les inclure dans les outils de formation et d'information réalisés à l'intention des professionnels de santé et du grand public dans le cadre du plan « Bien vieillir ».

Deux notes sur l'état d'avancement du travail, dont vous trouverez une copie jointe à ce courrier, ont été adressées au Directeur Général de la Santé le 17 janvier 2008 et le 2 mars 2010.

- Concernant le premier objectif :

Une première revue a été réalisée et a confirmé qu'il n'existe pas aujourd'hui de médicament bénéficiant d'une indication thérapeutique dans la lutte contre le vieillissement. Un recensement a été effectué pour identifier les produits de santé utilisés :

- pour prévenir, limiter ou corriger des maladies liées à l'âge,
- pour compenser des carences physiologiques du vieillissement notamment les déficits hormonaux,
- dans un cadre esthétique, pour limiter les effets du vieillissement sur l'apparence,
- pour prévenir ou limiter les troubles de la cognition (mémoire, attention, ...).

Les critères de sélection des produits et substances retenus dans le cadre de ce travail ont été :

- la couverture médiatique (magazines, journaux, internet, ...) de ces produits,
- la promotion, notamment par certains experts et les sites de l'Association Française d'Anti-Aging (AFAA), de l'Association Française de Médecine morpho-Esthétique et anti-âge (AFME) et de la Société Française de Médecine Morphologique et Anti-Age (SOFMMAA),
- l'existence de travaux dans le vieillissement et de données de tolérance disponibles.

Dr Renée POMAREDE
Secrétaire Générale
Haut Conseil de la Santé Publique
14, avenue DUQUESNE
75350 PARIS 07 SP

Les médicaments ayant une autorisation de mise sur marché (AMM) dans les pathologies liées à l'âge (traitements des pathologies cardiovasculaires, de la structure osseuse, ou de la démence...) ont été exclus car ils jouent un rôle indirect dans le « bien vieillir ».

Le classement suivant a été proposé :

1. Les médicaments avec une AMM pouvant faire ou faisant l'objet d'une utilisation hors AMM dans un but « anti-vieillessement ». Il s'agit par exemple du traitement hormonal de la ménopause, des androgènes, de la mélatonine, de la somatotropine, d'oligoéléments (sélénium), d'acides aminés, ou de la toxine botulique.
2. Les substances chimiques et plantes sans AMM, utilisées notamment dans le cadre de préparations magistrales, inscrites (DHEA) ou non (resveratrol, pregnenolone, ...) à la pharmacopée et revendiquant un intérêt dans le vieillissement.
3. Les dispositifs médicaux, matériels et méthodes, utilisés notamment par voie injectable ou implantable, et présentés comme traitement des effets liés au vieillissement, en particulier à des fins esthétiques. Il s'agit par exemple des produits de comblement des rides, de la mésothérapie, de la photo-réjuvenation, de la carboxythérapie, des peelings moyens et profonds.
4. Les produits cosmétiques tels que les peelings superficiels à base d'Alpha Hydroxy Acides et les produits solaires.

Il est à noter que la majorité des produits « anti-vieillessement » est en vente libre sur internet avec les nombreux risques inhérents (absence de garantie de la qualité et des conditions de conservation, médicaments contrefaits, produits non soumis à l'évaluation des autorités sanitaires, produits relevant du charlatanisme, ...).

Afin de dresser un état des lieux le plus exhaustif possible et proche de la réalité de terrain, un groupe de travail rassemblant les différentes directions de l'Afssaps concernées (Direction de l'évaluation des médicaments et des produits biologiques, Direction de dispositifs médicaux, Direction de l'inspection, Direction de l'évaluation de la publicité, des produits cosmétiques et biocides) et des experts du domaine est en cours de constitution et devrait se réunir d'ici la fin de l'année.

- Concernant le 2nd objectif :

Plusieurs documents d'information sur des sujets entrant dans le champ de la présente saisine, et dont vous trouverez la liste ci-après, ont été élaborés par l'Afssaps et peuvent être consultés sur son site internet. Afin de compléter ce travail, le groupe cité ci-dessus aura pour objectif dans un second temps d'élaborer des recommandations pour les professionnels de santé et le grand public sur l'utilisation des produits susceptibles d'être utilisés dans la lutte contre le vieillissement.

Je vous prie de croire, Madame la Secrétaire générale, à l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général



Jean MARIMBERT

Documents joints :

- Note à l'attention de Monsieur le Professeur Didier HOUSSIN, directeur général de la santé du 2 mars 2010
- Note à l'attention de Monsieur le Professeur Didier HOUSSIN, directeur général de la santé du 17 janvier 2008
- Note de la Direction générale de la Santé à l'attention de Monsieur Jean MARIMBERT, directeur général de l'Afssaps du 14 novembre 2006
- Documents d'information Afssaps :
 - Produits injectables de comblement des rides :
 - Recommandations aux praticiens
 - Recommandations au public
 - Dossier en ligne sur le site internet de l'Afssaps
 - Produits cosmétiques de protection solaire :
 - Recommandations sur la protection solaire
 - Recommandations concernant les conditions d'étiquetage des produits de protection solaire
 - Mésothérapie :
 - Recommandations pour l'utilisation d'un pistolet injecteur de mésothérapie
 - Toxine botulique :
 - Courrier aux professionnels de santé « Information importante de pharmacovigilance concernant les produits à base de toxine botulique : Botox®, Dysport®, NeuroBloc®, Vistabel® - Risque d'effets indésirables graves dus à la diffusion de la toxine botulinique »
 - Le traitement hormonal de la ménopause (THM) :
 - Point d'étape, Juin 2006
 - Document Questions et Réponses à l'attention des patientes
 - Rapport « Traitement hormonal substitutif de la ménopause - Caractéristiques de l'utilisation en France. Effets sur la survenue de cancers du sein et d'événements cardiovasculaires en France » (septembre 2005)
 - Communiqué (février 2008)
 - DHEA :
 - Rapport sur les données disponibles (Groupe ad hoc du 3 juillet 2001)
 - Médicaments et contrefaçon :
 - Guide à l'usage des pharmaciens,
 - Fiche à l'usage du public,
 - Dossier en ligne sur le site internet de l'Afssaps

Note de synthèse

Date : jeudi 7 octobre 2010

Plan Bien Vieillir 2007-2009 : Bilan des actions HAS (réponse courrier HCSP du 28 juillet 2010)

1 Elaboration de recommandations pour le suivi des facteurs de risque d'un vieillissement pathologique

Le Service des Bonnes pratiques professionnelles était en charge avec la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie de la mesure 1.1-2 du Plan Bien Vieillir 2007-2009.

L'objectif était l'élaboration de recommandations pour le suivi des facteurs de risque d'un vieillissement pathologique.

L'étude de faisabilité réalisée auprès de professionnels de santé impliqués sur ce thème a mis en évidence que les facteurs de risque étaient les mêmes que ceux concernant la population générale.

Dans ces conditions, il a été proposé d'attendre les résultats de l'expérimentation sur la consultation longévité conduite dans 4 départements auprès de médecins généralistes.

En dépit des relances auprès de ses correspondants ministériels, aucun nouveau cadrage de la recommandation n'est intervenu. La HAS a demandé à l'administration centrale de se prononcer sur l'opportunité ou non de reprendre ce travail.

2 Mise en ligne sur le site de la HAS de programmes informatiques¹ d'aide à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Le Service Programmes Pilotes - Impact Clinique était en charge de la mesure 5.2 du Plan Bien Vieillir 2007-2009 relatif aux programmes de bonnes pratiques sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

Les objectifs de cette mesure 5.2 étaient la **diffusion** des programmes et outils d'aide à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (mis en ligne et téléchargeables sur le site de la HAS), et la **valorisation de leur utilisation** auprès des professionnels de santé.

2.1 Les programmes pilotes d'aide à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

La HAS développe, en s'appuyant sur une plateforme nationale d'échanges et un groupe de Coopération pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, des programmes pilotes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dont l'objectif est de mettre en œuvre l'ensemble des outils et démarches de la qualité afin d'obtenir et de mesurer un impact clinique.

Sur le thème des bonnes pratiques de prescription des médicaments chez le sujet âgé, 3 programmes pilotes ont été développés :

- « PMSA » - Amélioration de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé
- « PPSA » - Amélioration de la Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé
- « AMI – Alzheimer » - programme d'Alerte et de Maîtrise de la latrogénie des neuroleptiques chez le patient d'Alzheimer

¹ Informatique au sens « TELECHARGEABLE ». L'objectif n'est pas de développer des « programmes informatiques » mais de mettre en ligne des programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les professionnels de santé.

a « PMSA » - Amélioration de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé

La HAS propose depuis 2005 en lien avec les sociétés savantes et les organisations professionnelles des spécialités médicales, des outils d'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé polypathologique (exemples : outils pour la révision d'ordonnance, le réflexe iatrogénique, la priorisation des pathologies pour les prescripteurs...).

En 2010, le programme « PMSA » sera complété par des indicateurs de pratique clinique. Ils seront proposés sous le titre « Alerte et Maîtrise Iatrogénie - PMSA » (« AMI – PMSA ») comme socle commun pour les professionnels intéressés par l'évolution des pratiques sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et l'optimisation de la prescription des médicaments. Ces indicateurs de pratique clinique couvrent le champ des prescriptions non optimales : la sur-prescription, la sous-prescription et la prévention de la iatrogénie.

b « PPSA » - Amélioration de la Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé

Le HAS a mis en place un 2007, un groupe de coopération spécifique « Amélioration de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé » pour répondre à 2 objectifs de santé publique indissociables : une meilleure prise en charge des situations ou symptômes à l'origine de la prescription de psychotropes chez le sujet âgé et une réduction pérenne de la iatrogénie évitable associée à ces médicaments.

Les outils d'amélioration des pratiques et les références visant à optimiser les pratiques dans les situations de troubles du sommeil, troubles du comportement, confusion, signes anxieux ou dépressifs ont été développés.

En 2012, le programme « PPSA » sera complété par la mise à disposition d'indicateurs de pratique clinique pour optimiser la prise en charge des troubles du sommeil chez le sujet âgé et réduire la iatrogénie des médicaments à visée sédatrice.

c « AMI – Alzheimer » - Programme d'Alerte et de Maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques chez le patient d'Alzheimer

Les neuroleptiques sont souvent prescrits dans les troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer et les épisodes de confusion aiguë du sujet âgé. Or depuis peu, il est acquis que l'utilisation des neuroleptiques peut être associée à la survenue d'effets indésirables graves, notamment dans la maladie d'Alzheimer, de sur-risque d'AVC et de décès (causes cardiovasculaires, cérébrovasculaires, infectieuses et/ou conséquence directe de chutes).

La place des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer est limitée. Seuls les psychoses et syndromes délirants avérés relèvent d'un traitement par neuroleptiques au long cours. L'indication des neuroleptiques au long cours n'est pas indiquée dans les troubles du comportement.

Le programme pilote « AMI – Neuroleptiques Alzheimer » fait partie de la mesure 15 du Plan Alzheimer et bénéficie d'une coopération interinstitutionnelle et pluriprofessionnelle depuis 2008. Ce programme comprend :

- Un indicateur national d'alerte iatrogénique « Exposition des malades Alzheimer aux neuroleptiques² », recueilli sur l'ensemble des malades Alzheimer (coopération RSI, MSA CNAMTS, INVS, DGS, HAS), qui permet de disposer d'un repère national
- Des programmes d'amélioration des pratiques, destinés notamment aux EHPAD, pour permettre la diminution d'une exposition aux neuroleptiques extrêmement délétère aux malades Alzheimer.

² Les malades Alzheimer sont 5 fois plus exposés aux neuroleptiques, avec la survenue d'AVC et de décès, en plus de sédation excessive et de chutes.

2.2 Diffusion et valorisation des programmes pilotes d'aide à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

La HAS a créé sur son site un portail dédié d'une part au programme pilote « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé », d'autre part au programme pilote « Prescription des psychotropes chez le sujet âgé ».

Chaque programme met à disposition des documents pratiques, arbres décisionnels, mémos, synthèses bibliographiques et des documents d'évaluation, à utiliser selon les protocoles proposés ou à la carte. Ils peuvent également servir de support à un programme d'amélioration des pratiques.

Les indicateurs de pratique clinique « PMSA », « PPSA » et « AMI – Alzheimer » seront disponibles à la fin de l'année 2010.

Les programmes pilotes PMSA, PPSA, AMI Alzheimer, ont été diffusés et valorisés au travers :

- a. De réunions thématiques réunissant des experts, des médecins généralistes et des gériatres
- b. Des rencontres thématiques de la HAS (journée institutionnelle organisée une fois par an sur l'évaluation et la qualité des soins)
 - Octobre 2008 - « Table ronde : Maladie d'Alzheimer comment améliorer les pratiques »
 - Décembre 2009 - « Table ronde : Indicateurs partagés de pratique clinique, une base consensuelle pour l'amélioration des pratiques ? »
- c. Les publications et communications scientifiques au congrès nationaux et internationaux
 - Mars 2009. Understanding and improving the prescription of psychotropic drugs in the elderly in France. International Forum on Quality and Safety in Health Care. Medication Safety (IFQSHC) Berlin.
Armelle Desplanques, Nathalie Riolfacci, Olivier Blin, Christine Chan Chee, Jean Deligne, Valérie Lecorre, Philippe Ricordeau, Benoit Lavallart, Laurent Degos and the Group for the improvement prescription medicines to the elderly in France.
 - Juillet 2009. Improving the primary care prescription of hypnotic and anxiolytic drugs in the French elderly. XIXe International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) Paris.
Armelle Desplanques, Jean Doucet, Nathalie Riolfacci, Sandrine Buscail, Joel Belmin, Sylvie Royan Parola, Sylvie Legrain and the French Task Force to improve the prescription of psychotropic drugs in the elderly.
 - Septembre 2009. Entretiens de Bichat. Iatrogénie chez le sujet âgé, le programme PMSA du Collège Professionnel des Gériatres Français
 - Octobre 2009. The use of psychotropic drugs and the management of sleeping disorders in the elderly.
26th International Conference International Society for Quality in Healthcare, ISQua Dublin. Armelle Desplanques, Nathalie Riolfacci, Sylvie Parola, Sarah Hartley
- d. Le suivi national de l'exposition des personnes âgées aux psychotropes et notamment neuroleptiques (mesure standardisée conduite par les 3 régimes de l'assurance maladie en lien avec l'INVS, la HAS et le Groupe de coopération)
- e. La politique de communication institutionnelle de la HAS
 - La Lettre d'Information de la HAS (LIHAS) - Bimensuel destiné aux institutions
 - « Mieux prescrire chez le sujet âgé ». LIHAS n°7. Mai/juin 2007
 - « Personnes âgées, améliorer la prescription des psychotropes ». LIHAS n°10. Janvier/février 2008
 - « La HAS contribue au plan Alzheimer ». LIHAS n°14. Novembre/décembre 2008
 - « Améliorer la prise en charge des personnes âgées ». LIHAS n°15. Janvier/février 2009
 - Actualités et Pratiques (AP) - Mensuel destiné aux professionnels de santé
 - « Troubles du sommeil, anxiété. Modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le patient de 65 ans et plus ». AP n°3. Novembre 2008
 - « Stratégie d'arrêt des benzodiazépines : enjeux et moyens ». AP n°7. Mars 2009
 - « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Limiter la prescription des psychotropes ». AP n°13 Novembre 2009
 - Conférence de presse
 - « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé ; bilan d'étape 2008 avec la DGS - Octobre 2008
 - « Limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer » avec Florence Lustman, inspecteur général des Finances en charge du plan Alzheimer – Octobre 2009

2.3 Liens vers les programmes pilotes

- Programmes thématiques - http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677868/programmes-pilotes?cid=c_677868
- Synthèse méthodologique - http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891496/syntheses-methodologiques
- Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé - http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa
- Prescription des psychotropes chez le sujet âgé - http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677086/ensemble-ameliorons-la-prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa
- Alerte et Maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques chez le malade Alzheimer
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891528/neuroleptiques-et-maladie-d-alzheimer-ma



Dossier suivi par : Stéphanie Pin.
Direction : DP.
Téléphone : 01 49 33 22 15.
Courriel : stephanie.pin@inpes.sante.fr

Réf. Lettre : DP 04/10.
V/Réf. : 10/654/RP/JM.

Saint Denis, le 16 novembre 2010

Docteur Renée POMAREDE
Secrétaire générale
Haut Comité de la Santé Publique
14, avenue Duquesne
75350 - Paris 07 SP

Objet : Mesure 4-1 du Plan Bien-Vieillir 2007-2009.
P.J. : 4.

Madame La Secrétaire générale, *chère Renée*

Par courrier visé en référence, vous m'avez fait part de votre souhait de disposer d'indications sur la mesure 4-1 du Plan Bien vieillir 2007-2009 relative à la promotion et à la diffusion du Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes.

Vous trouverez ci-joint des éléments de réponse concernant la mise en place et la réalisation de cette mesure, ainsi que, plus largement, sur la participation de l'Inpes au Plan Bien-Vieillir 2007-2009 (cf. annexe 1).

La mesure 4-1 s'inscrivait dans l'axe 4 du Plan Bien-Vieillir intitulé « Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie ». La mesure proprement dite s'appuyait sur le Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes. Conçu avec le concours de membres du Réseau francophone de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes (section du RéFIPS, Réseau francophone international pour la promotion de la santé), cet ouvrage vise à :

- faciliter l'adoption de recommandations en matière de prévention des chutes ;
- améliorer la qualité des programmes de prévention des chutes sur le territoire.

Le Référentiel de bonnes pratiques a été édité en 2005 à 5 000 exemplaires. A sa parution, en septembre 2005, l'ouvrage a fait l'objet d'une conférence de presse, assortie d'un dossier de presse et d'un communiqué de presse (cf. annexe 2). A cette occasion, 1 300 exemplaires ont été diffusés à nos partenaires habituels, et plus spécifiquement au réseau de l'Assurance-Maladie, au réseau des Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, aux DRASS et DDASS, aux réseaux des Villes-Santé, aux Unions régionales de médecine libérale.

Dans le même temps, des acteurs clé de la gérontologie ou des promoteurs d'ateliers de prévention des chutes ont en outre été informés par courrier de la parution de cet ouvrage et de la possibilité de le commander. Cette information visait notamment les Conseils généraux, les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique, les Comités régionaux et départementaux des retraités et des personnes âgées, les Mutuelles, les Fédérations sportives, etc.

Cette première vague de diffusion n'était pourtant pas concernée par la mesure 4-1. Celle-ci visait plus spécifiquement à accroître l'accessibilité aux recommandations du Référentiel et à faciliter leur appropriation par les acteurs.

A cette fin, plusieurs actions ont été entreprises entre 2006 et 2009 :

- l'édition et la diffusion début 2006 d'un document de 4 pages synthétisant la démarche d'évaluation du risque et d'intervention proposée dans le Référentiel. Ce « Repères pour votre pratique » (cf. annexe 3) a été imprimé à 110 000 exemplaires et diffusé plus particulièrement aux intervenants du secteur médical et médico-social suivants : médecins généralistes et spécialistes, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, sociétés savantes, instituts de formation de paramédicaux, municipalités, associations d'aide et de soins à domicile ;
- la mise en ligne en janvier 2006 du Repères pour votre pratique ;
- la mise en ligne en janvier 2009 du Référentiel de bonnes pratiques ;
- la valorisation des recommandations du Référentiel de bonnes pratiques à l'occasion de :
 - o Formations (lors du module « Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes » de l'Université d'été francophone de Santé Publique de Besançon par exemple),
 - o Séminaires nationaux (présentation pour le GRSP d'Auvergne, pour le DESC de Lille, pour le groupe Nouvelles Dimensions en Gériatrie, pour les Fédérations sportives EPMM Sports pour Tous et Gymnastique Volontaire),
 - o Conférences internationales pour lesquelles le référentiel et le repère ont été traduits en anglais (Conférence *EuroSafe* en 2008, Conférence de l'*International Association of Geriatry and Gerontology* en 2009),
 - o Publications scientifiques ou de vulgarisation (Dossier « Mieux prévenir les chutes des personnes âgées » dans *La Santé de l'homme* n° 381 en 2006, contribution dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 37-38 en 2007, contribution dans le dossier « Education thérapeutique » dans le *Concours médical* n° 130-18 en 2008).

Le budget prévisionnel pour la mesure 4-1 était de 75 000 €. Le budget effectivement dépensé pour cette mesure se rapporte à l'édition et à la diffusion du Repères pour votre pratique (40 000 €) et à la traduction en anglais des documents (14 800 € TTC).

Les différentes actions réalisées par l'Inpes dans le cadre de la mesure 4-1 ont permis de diffuser plus de 3 000 exemplaires supplémentaires du Référentiel de bonnes pratiques. Ce document a en outre été téléchargé près de 7 000 fois depuis sa mise en ligne en janvier 2009. Le Repères pour votre pratique sur la prévention des chutes a quant à lui été téléchargé à plus de 16 000 reprises.

La prévention des chutes chez les personnes âgées reste un axe fort de notre programme « Vieillir en bonne santé ». L'approche multifactorielle recommandée dans le Référentiel de bonnes pratiques est appliquée à nos différentes stratégies d'action, à l'instar des programmes courts « La santé à tout âge » initiés dans le cadre de la mesure 4-7 du Plan Bien vieillir (cf. annexe 4). Elle sera réaffirmée à l'automne 2011 avec la parution et la diffusion d'un guide d'aide à l'action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé des aînés, ouvrage rédigé en collaboration avec des équipes de chercheurs et d'éducateurs pour la santé québécois.

Trois grandes préoccupations guideront finalement nos réflexions quant à nos actions futures en matière de prévention des chutes et de bien vieillir.

Si les actions de prévention des chutes sont nombreuses à être financées et mises en œuvre sur le territoire français, il nous semble tout d'abord important d'en améliorer la qualité. Le Référentiel de bonnes pratiques peut servir de base à une réflexion sur la qualité des actions effectivement mises en œuvre. Les acteurs de la prévention des chutes au niveau national, régional et infra-régional mériteraient en outre d'être mieux identifiés pour permettre des échanges d'information, la valorisation des actions réalisées et une meilleure information pour les publics concernés.

Afin d'améliorer l'accessibilité de tous les seniors, et principalement des plus fragiles socialement ou économiquement, le développement et le renforcement de programmes locaux de prévention sont à encourager. A ce titre, nous avons été particulièrement intéressés par la démarche originale proposée par l'Université de Sherbrooke (Québec) dans le cadre du programme de l'OMS « Villes amies des aînés » qui se propose d'accompagner méthodologiquement et scientifiquement les municipalités s'engageant dans un diagnostic socio-environnemental et des actions de bien vieillir.

Enfin, alors qu'il existe un consensus international sur l'efficacité de l'évaluation du risque de chute et d'une intervention ciblée, les actions de prévention primaire de la chute sont à ce jour peu développées et insuffisamment évaluées en France comme à l'étranger. Nous souhaiterions plus particulièrement investir ce secteur et agir davantage sur les facteurs de risque des chutes, en particulier par la promotion de l'activité physique chez les seniors ou par l'adaptation de leur domicile.

Je vous prie d'agréer, Madame La Secrétaire générale, l'expression de mes salutations distinguées.

Ans'

Thanh LE LUONG



Directrice générale

Tableau des documents collectés

Plan national Bien vieillir					
Axes	Mesures	Modalités	Actions	Documents consultés	Documents supplémentaires
Axe 1: dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs du risque d'un vieillessement	1-1 Consultations médicales de prévention lors du départ en retraite ou de la cessation d'activité	Elaborer et mettre à disposition des professionnels des outils pratiques	mettre à disposition des médecins traitants les outils pour réaliser ces consultations	Auto-questionnaire consultation de prévention des personnes de 70 ans	Résultats enquête SHARE
			élaboration de recommandations pour le suivi des facteurs de risques d'un vieillissement pathologique: cœur, diabète, etc.	Programme travail HAS 2008	
	1-2 Favoriser les sessions de préparation à la retraite et créer des outils pour les aider	Elaborer des outils pour les formateurs, encourager la promotion des sessions de préparation à la retraite	élaboration d'un outil destiné aux formateurs et animateurs de ces sessions présentat toutes les facettes du "bien vieillir"	Rapport Agence sur les sessions de préparation à la retraite	
			Cet outil comprend des conseils de prévention sur différents thématiques de santé, les éléments du PNH, un volet social et un volet rural, au sujet de vie		
			encourager la promotion des sessions de préparation à la retraite en utilisant ces outils auprès des entreprises, via notamment l'association des Directeurs des Ressources Humaines et des principales Administrations professionnelles (UPA-MEDEF- COPME)		
	1-3 Passeport pour une retraite active	Chaque personne qui part à la retraite ou qui en fait la demande reçoit un document d'information, facilitant, afin de faciliter son engagement dans le cadre du bénévolat		Passeport pour une retraite active	
	1-4 Transmission du dossier de la médecine de travail	Rendre systématique à la retraite ou lors de la cessation d'activité, la transmission au sujet de la fiche médicale établie par le médecin du travail			
Axe 2: Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 65 ans	2-1 Guide nutrition à partir de 65 ans	Edition du "Guide Nutrition à partir de 65 ans" et d'un livret pour les professionnels Circulation: 600 000 documents dans 200 000 points de diffusion	Guide Nutrition à partir de 65 ans Tirage: 1 million et demi d'exemplaires	Guide nutrition pour les plus de 65 ans, guide pour les aidants des personnes âgées, guide nutrition pour les professionnels, guide nutrition pour les personnes âgées, présentation résultats des pré tests du guide nutrition personnes âgées	Baromètre santé et nutrition Inpes Enquête ENNS
	2-2 Campagne de communication	Spots télévisés, insertion de communiqués dans la presse télévisée et campagne d'affichage en pharmacie			
	2-3 Un livret pour les professionnels	Circulation d'un 3e document aux professionnels afin de les sensibiliser à leur rôle d'éducation du patient en matière de nutrition. Des articles dans la presse accompagnent ces parutions			

Jeux	Thèmes	Méthodes	Actions	Documents consultés	Documents supplémentaires
Jeu 1: Prévenir une activité physique et sportive	1-1 Assemblée des associations sportives proposant des activités pour les seniors	Présentation puis vote de l'annuaire et autre ou ligne		Comité de pilotage de la CSOS Campagnes <i>Activeurs</i> et <i>Quelques-uns d'entre eux</i> sont validés	États généraux de l'âge n°3 de l'INSPV relatif aux la diffusion des sports Enquêtes en progression "les seniors de nos villes" de la NSA Présentation association SEL Site et bilan des actions réalisées en Seine-Normandie
	1-2 Section des fédérations sportives s'adressant aux seniors	Consultation d'objets mobiliers: 2007-2008-2009		Liste des projets des fédérations françaises dans le cadre des actions pour les seniors Référentiel de l'activité seniors pour l'accompagnement des activités "type senior" organisées par la FF de sports d'été Convention de l'INSPV pour le financement des actions, checklist de la FF pour la validation, validation d'une enquête sur l'adhésion de seniors "structure" existant de la pratique sportive Convention entre le ministère des Sports et la CSOS de l'INSPV, Recherche la loi Sport seniors validé (2005)	
	1-3 Formation des professionnels	Mise en place d'un groupe de travail pour assurer la continuité de formation spécialisée, dans la filière du sport et de l'éducation physique		Formation CV dans le Vie	
	1-4 Concours les activités physiques des seniors	Réalisation d'une conférence de consensus portant sur certains des thèmes suivants prioritaires à la pratique sportive en à la suite d'une activité sportive		Présentation de la "Journée de la pratique physique" réalisée par la FFENM	
Jeu 4: Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie	1-5 Journée "portes ouvertes" pour les seniors des fédérations	Création d'une journée nationale "portes ouvertes" réalisée par les fédérations sportives, les clubs, en partenariat avec les collectivités territoriales, les professionnels hospitaliers, universitaires, sportifs et sociaux		Instruction n°99-0053 relative à la mise en place du week-end de sport en famille 2000 Guide de prévention des chutes de l'âge, document "conseils personnalisés sur la prévention auprès des seniors", livrets "prévention chutes de l'âge (VF et CV), livrets "éviter les blessures"	
	1-6 Accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre, prévention et diffusion de l'équilibre	Diffusion de l'équilibre et de guide "règles pour vivre pratiquement" aux intervenants du secteur médical et social			
	1-7 Prévention de l'ostéoporose	Renforcement du Festival d'été de la prévention des troubles musculo-squelettiques qui présente des FOS d'ostéoporose à dater de 2008/2009		Chèque de 20 juin 2006 de l'UNICAF pour le renforcement de l'ostéoporose	
	1-8 Difficulté au quotidien	Création d'un groupe de travail animé par la CSOS et la CSO avec les associations de seniors afin d'améliorer la prise en charge des handicaps et de l'accompagnement la pratique technique		Chèque Michel (CSOS) sur la prévention	
	1-9 Difficulté visuelle	Réalisation d'une vidéo de la vie d'inspiration de la fonction visuelle présentée au 1er stage seniors			
	1-10 Prévention des cancers chez les seniors	Mettre au point le plan Cancer Développer le dépistage organisé des cancers (cancer, cancer, cancer, cancer)	L'objectif est de couvrir 75% des dépistements pour le dépistage du cancer colorectal (23 dits actuellement)	Rapport d'expertise européenne INCA	
	1-11 Seins brèves durées	Création d'une association gratuite de prévention à 40 ans comprenant un bilan, des conseils sur le lien entre l'état brève durée et la santé et une sensibilisation à l'effort seniors des seniors	expérimentation par consultation entre les professionnels et l'UNICAF		
	1-12 Campagne de communication et d'éducation nutritionnelle	Campagne de communication vers seniors de programmes existant sur les principes de "bien vieillir" vers l'âge 5		DVD comportant les sports de communication vers l'âge 5 Communication de groupe INPS	
		Expérimentation d'un programme existant d'éducation à la santé en lien avec les seniors	Cette action sera l'objet d'une évaluation en lien avec l'appel scientifique de l'association "santé et vieillissement" CA 2006 UVSQ		

Axes	Mesures	Modalités	Actions	Documents réalisés	Documents supplémentaires
Axe 4: Promouvoir le bon usage des médicaments	4-1 Réglementation des médicaments et substances anti-dop	Salons de l'AFSSA et l'AFSSAPS afin de classer les différents produits et substances selon leur intérêt et d'élaborer des recommandations	Ces recommandations seront diffusées au grand public et aux professionnels via la presse spécialisée	Notes de l'Ateliers au DG8 du 2 mars 2014 Notes de l'Ateliers au DG8 du 17 janvier 2016 Notes de la DG8 à l'Ateliers du 14 novembre 2016 Documents d'information Afessaps: - Produits injectables de contention des rides - Produits cosmétiques de protection solaire - Microcristal - Toxine Botulique - Traitement Hormonal de la ménopause - DHEA - Médicaments et contraceptifs	
	4-2 Programmes de bonnes pratiques sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	Offre de programmes informatiques d'aide à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en ligne et téléchargeable gratuitement sur le site de la HAS		Programme de la HAS pour l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	
Axe 5: Promouvoir la solidarité entre les générations, l'intégration et le "vieux ensemble", au-delà de "bien vieillir"	5-1 Contribuer au développement de la cellule jeune	Campagne d'information sur la cellule jeune largement relayée par les DGAS et les CCBSPPA			
	5-2 Favoriser les expériences d'habitat intergénérationnel	Offre de la charte "un toit deux générations" élaborée conjointement par la Fondation nationale de gériatrie et Sciences-Po Paris		Charte "Un toit, 2 générations", émise lors de l'étude ITAG menée par la HAS	
Axe 7: Développer le "bien vieillir" au niveau local	7-1 Appels à projets locaux de la CHSA-DGAS-DG8	devisoire d'appel à projet		Liste des dossiers BV et subventions pour 2016 et 2017, diplôme local BV, protocole méd. soins BV dossier de candidature local BV, cahier des charges BV, Charte et Appels à projets 2016, Rapport Mérieux Partners, poster présentation méthodologie et résultats de l'étude Mérieux	
	7-2 Création d'un label "Bien vieillir-chez soi"	mise en place d'un groupe de travail pour élaborer le cahier des charges et le processus de labellisation			
Axe 8: Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du "bien vieillir"	8-1 Mutualiser les innovations les plus pertinentes	Réaliser un appel d'offre national pour sélectionner une équipe de recherche et d'innovation susceptible d'évaluer et de diffuser les actions pertinentes et reproductibles concernant le "vieillessement réussi"		Présentation "Bien vieillir et les inégalités sociales de santé" de J-P Aguilon	
	8-2 Mieux connaître les interactions entre vieillissement et santé	Mettre en place d'une étude nationale sur cette thématique	cahier des charges DGAS et DG8		
	8-3 Mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées (DDP vieillissantes et résidents âgés)	Mettre en place d'un comité de rédaction du cahier des charges relatif aux règles de fonctionnement et à l'organisation des maisons rurales dédiées aux personnes sans domicile fixe via les centres			
Axe 9: Inscrire la démarche européenne dans la démarche européenne, The "Healthy ageing" EU project pour 2014-2017		Expérimentation sur 3 sites (Nîmes, Colmar et Marseille) à l'occasion de la célébration de l'Europe de travailleurs migrants (FIM) d'établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont une partie sera réservée à l'accueil de migrants âgés		Rapport "Healthy Ageing EU Project 2014-2017" Notes de C. Gesteau, député directeur du projet EuroHealthyAge, sur la participation Healthy ageing dans le projet Healthy ageing Présentation du Plan 8 en vieillir en anglais de J-P Aguilon	

Glossaire

AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
APS	Activités physiques et sportives
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
BOP	Budget opérationnel de programme
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie (des travailleurs salariés)
CNDS	Centre national pour le développement du sport,
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DHEA	Déhydroépiandrostérone
DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DRDJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
HAS	Haute Autorité de santé
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insep	Institut national du sport, de l'expertise et de la performance
InVS	Institut de veille sanitaire
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PNBV	Plan national Bien vieillir
PRSP	Plan régional de santé publique
PSGA	Plan Solidarité grand âge
RSI	Régime social des indépendants
SDF	Sans domicile fixe
SFGG	Société française de gériatrie et de gérontologie
SFMG	Société française de médecine générale
UE	Union européenne
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux
URPS	Union régionale des professionnels de santé

Table des matières

AVANT-PROPOS	5
SAISINE	9
COMPOSITION DU COMITÉ D'ÉVALUATION.....	11
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	12
INSTANCES CONTACTÉES.....	12
SYNTHÈSE	13
RECOMMANDATIONS.....	15
1 - PÉRENNISER LE CONCEPT	15
2 - ADAPTER LA MÉTHODE	16
3 - INCLURE LA PROBLÉMATIQUE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ.....	17
4 - STRUCTURER LA PROBLÉMATIQUE ET INTÉGRER LA NOTION DU «BIEN VIEILLIR» DANS UNE ACTION POLITIQUE À VISÉE COLLECTIVE ET INDIVIDUELLE	18
LE PNBV : PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE.....	21
OBJECTIFS GÉNÉRAUX	21
AXES OPÉRATIONNELS	21
MÉTHODOLOGIE ÉVALUATIVE SUIVIE	22
SAISINE	22
OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	22
PROCESSUS.....	22
VALIDATION	23
EVALUATION GÉNÉRALE	25
HISTORIQUE.....	26
GOUVERNANCE ET PILOTAGE.....	27
CONTENU DU PLAN.....	29
MOYENS FINANCIERS	30
LIEN AVEC LES AUTRES PLANS	30
EVALUATION AXIALE DU PNBV.....	31
AXE 1 : RETRAITE.....	33
<i>Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs du risque d'un vieillissement....</i>	<i>33</i>
1-1 Elaborer et mettre à disposition des professionnels des outils pratiques pour réaliser les consultations médicales de prévention lors du départ en retraite ou de la cessation d'activité.....	33
1-2 Favoriser les sessions de préparation à la retraite et créer des outils pour les animer	35
1-3 Passeport pour une retraite active	36
1-4 Transmission du dossier de la médecine du travail	37

AXE 2 : NUTRITION	38
<i>Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans</i>	38
2-1 Guide nutrition à partir de 55 ans	38
2-2 Campagne de communication	38
2-3 Un livret pour les professionnels	38
AXE 3 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE	40
<i>Promouvoir une activité physique et sportive</i>	40
3-1 Création d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour les seniors	40
3-2 Renforcer le soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors	40
3-3 Agir sur la formation des professionnels	41
3-4 Evaluer les aptitudes physiques des seniors	41
3-5 Renforcer la communication par une Journée «portes ouvertes» pour les seniors des fédérations sportives et de loisirs	42
AXE 4 : PRÉVENTION INDIVIDUELLE / FACTEURS DE RISQUE	43
<i>Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie</i>	43
4-1 Accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre: promotion et diffusion du référentiel	43
4-2 Prévention de l'ostéoporose par remboursement de l'ostéodensitométrie chez toute femme ménopausée qui présente des facteurs de risque d'ostéoporose à dater du 1er juillet 2006.	44
4-3 Déficit auditif : la presbycousie	44
4-4 Déficit visuel	45
4-5 Prévention des cancers chez les seniors	46
4-6 Soins buccodentaires	47
4-7 Campagne de communication et d'éducation multithématique	48
AXE 5 : MÉDICAMENTS	51
<i>Promouvoir le bon usage des médicaments</i>	51
5-2 Programmes de bonnes pratiques sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	52
AXE 6 : SOLIDARITÉ ENTRE GÉNÉRATIONS	54
<i>Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le "vivre ensemble", creuset du "bien vieillir"</i>	54
6-1 Contribuer au développement de la Semaine bleue	54
Diffusion de la charte «un toit deux générations» élaborée conjointement par la Fondation nationale de gérontologie (FNG) et Sciences-Po Paris	54
AXE 7 : SOLIDARITÉ LOCALE	56
<i>Développer le "bien vieillir" au niveau local</i>	56
7-1 Appels à projets annuels de la CNSA-DGAS-DGS	56
7-2 Création d'un label "Bien vieillir-vivre ensemble"	57
AXE 8 : RECHERCHE / INNOVATION	59
<i>Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du "bien vieillir"</i>	59
8-1 Identifier les innovations les plus pertinentes	59
8-2 Mieux connaître les interactions entre vieillesse et précarité	60
8-3 Mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées (SDF vieillissantes et migrants âgés)	60

AXE 9 : DIMENSION EUROPÉENNE	62
<i>Inscrire la démarche française dans la dimension européenne : the "Healthy Ageing" EU</i> <i>project pour 2004-2007</i>	62
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
ANNEXES	65
AXES ET MESURES DU PLAN NATIONAL BIEN VIEILLIR	65
GUIDE D'ENTRETIEN	67
RÉPONSES DES INSTANCES CONTACTÉES	68
TABLEAU DES DOCUMENTS COLLECTÉS	80
GLOSSAIRE	83

Évaluation du **Plan national Bien vieillir 2007-2009**

Le Plan national Bien vieillir 2007-2009 (PNBV) fait suite au Programme national Bien vieillir initié en 2003 et renforcé en 2005. Il s'inscrit dans le projet multinational de trois ans «Healthy Ageing» lancé par le programme de santé publique de l'Union européenne en 2004.

Il a pour objectif de proposer des mesures permettant d'assurer un «vieillissement réussi» au plus grand nombre tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en favorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées.

Le PNBV est articulé autour de neuf axes visant à favoriser des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques, à promouvoir des comportements favorables à la santé, à améliorer l'environnement individuel et collectif et à renforcer le rôle social des seniors par leur participation.

Saisi par le directeur général de la santé pour effectuer l'évaluation de ce plan, le Haut Conseil de la santé publique présente ici le résultat de son travail dans un document mêlant approche quantitative et qualitative. Le comité d'évaluation, au-delà des réserves qu'il formule sur le déficit de gouvernance, de structuration et de moyens, émet quatre recommandations pour alimenter la réflexion sur le prochain plan