

MISSION AU PROFIT DU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

RELATIVE A LA PREVENTION DE LA DEPENDANCE

DES PERSONNES AGEES

Rapport présenté par Monsieur André TRILLARD

Sénateur de Loire Atlantique

MISSION AU PROFIT DU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

RELATIVE A LA PREVENTION DE LA DEPENDANCE

DES PERSONNES AGEES

Le rapport de la mission Trillard propose de définir une nouvelle politique de prévention de la dépendance des personnes âgées fondée sur des principes et des actions partagés par l'ensemble des personnes auditionnées: mieux dépister les premiers signes de fragilité en amont de la perte d'autonomie; promouvoir l'activité des séniors; cibler des consultations de prévention vers les populations les plus vulnérables; lutter efficacement contre les dépendances évitables, encourager le maintien dans le milieu de vie ordinaire.

La meilleure gestion de son capital santé concerne toute la population par l'action d'une prévention tout au long de la vie. Les politiques publiques doivent permettre prioritairement d'améliorer l'accès de tous à cette prévention afin de réduire les fortes disparités et inégalités rencontrées.

Rapporteur : M. Emmanuel GODDAT, Directeur d'hôpital hors classe
Assistante parlementaire : Mme Véronique DE FRANCQUEVILLE

SOMMAIRE

AVANT PROPOS.....	5
CONTEXTE ET ENJEUX.....	7
1^{ère} PARTIE : UN TRAVAIL DE REPERAGE DES POPULATIONS A RISQUE S’IMPOSE DANS LE DEBAT ACTUEL.....	11
1.1 - L’EVOLUTION DE LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES EST UN PHENOMENE A RELATIVISER.....	11
1.1.1 - Une immense partie des personnes âgées en France vit en bonne santé.....	11
1.1.2 - Les personnes âgées peu dépendantes vivent majoritairement à domicile.....	12
1.1.3 - Les personnes âgées en perte d’autonomie sont concentrées au grand âge.....	13
1.2 - DES GAINS D’ESPERANCE DE VIE EN BONNE SANTE SONT ENCORE POSSIBLES	14
1.3 - LE RISQUE DE LA DEPENDANCE EST MARQUEE PAR DE PROFONDES INEGALITES.....	16
1.3.1 - Les inégalités socio-économiques.....	17
1.3.2 - Les inégalités hommes/femmes	20
1.3.3 – La transition épidémiologique.....	21
1.3.4 - Des inégalités territoriales.....	22
2^{ème} PARTIE : LES FACTEURS POUVANT CONDUIRE A LA PERTE D’AUTONOMIE : IDENTIFIER LES CAUSES DE LA PERTE D’AUTONOMIE POUR MIEUX LA DEPISTER, LA PREVENIR ET LA RETARDER	25
2.1 - LA DIFFICULTE DU DEPISTAGE.....	25
2.2 - LES MALADIES DITES LIEES A L’AGE.....	28
2.3 - L’INACTIVITE	29
2.4 - LA FRAGILITE.....	29
2.5 - LA MALADIE D’ALZHEIMER ET LES MALADIES APPARENTEES	34
3^{ème} PARTIE : LES CLES D’UN VIEILLISSEMENT REUSSI OU COMMENT PRESERVER LE CAPITAL SANTE DES PERSONNES AGEES.....	38
3.1 - LA PREVENTION DE LA DEPENDANCE DOIT S’INSCRIRE PLUS GLOBALEMENT DANS UNE PREVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE...	38
3.2 - L’AMELIORATION DU STYLE DE VIE ET DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	39
3.3 - L’ACTIVITE PHYSIQUE JOUE UN RÔLE MOTEUR DANS LA PREVENTION DE LA DEPENDANCE.....	42

3.4 - CONSOLIDER LE RÔLE DU MEDECIN DANS SES MISSIONS DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES	44
4^{ème} PARTIE : ENCOURAGER LE MAINTIEN DANS LE MILIEU ORDINAIRE.....	46
4.1 - LE SOUTIEN DES AIDANTS FAMILIAUX ET PROFESSIONNELS	46
4.1.1 - Une aide informelle a valoriser et protéger.....	46
4.1.2 - Une aide formelle à mieux structurer.....	48
4.2 - POUR UNE ADAPTATION DU LOGEMENT, DU QUARTIER OU DU VILLAGE, ET DE LA VILLE.....	50
4.2.1 - L'adaptation du logement des personnes âgées	51
4.2.2 - Pour une approche nouvelle du domicile dans son environnement urbain.....	54
4.2.3 - Faciliter et développer les modes de déplacement.....	55
4.3 - L'APPORT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES	56
4.3.1 - La domotique	56
4.3.2 - Les nouvelles technologies de l'information et des communications	57
4.3.3 - Le développement de gérontotechnologies.....	58
RECOMMANDATIONS.....	62
PERSONNALITES RENCONTREES.....	67
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES.....	76

AVANT PROPOS

Le Président de la République a confié à Monsieur André TRILLARD, Sénateur de Loire Atlantique, une mission relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées. Ce sujet occupe une place centrale dans la future réforme de la dépendance.

Conformément à la demande formulée par le Président de la République, cette mission a examiné les nombreux déterminants permettant de mieux connaître les comportements des sujets âgés face au risque dépendance, afin que soient mieux compris les facteurs pouvant conduire à la perte d'autonomie, et prévenir ou ralentir leur aggravation pour les GIR [groupes iso-ressources] les plus élevés.

Une attention particulière a été apportée à l'identification des populations présentant des risques sanitaires importants susceptibles de conduire à une perte d'autonomie.

La mission a également dressé un état des lieux des moyens pouvant être développés pour préserver le capital santé des individus, afin de prévenir les risques de dépendance pour eux et pour les proches aidant une personne âgée déjà dépendante. La mission s'est efforcée de répondre à la question « jusqu'où peut-on aller dans la prévention de la dépendance ? » Les propositions qui sont apportées ciblent à la fois :

- une prévention physique et médicale qui vise à prolonger l'indépendance physique et l'autonomie ;
- une prévention sociale qui vise à éviter l'isolement et à renforcer l'autonomie et la vie sociale des personnes âgées les plus fragiles et des aidants familiaux.

Les recommandations se veulent ambitieuses. Elles doivent être pensées dans une perspective de quinze à vingt ans, pour orienter les politiques publiques d'accompagnement du vieillissement de la population et retarder la perte d'autonomie.

En établissant des propositions concrètes d'actions de prévention sanitaire, d'hygiène de vie, de maintien dans la vie sociale ou d'aménagement du milieu de vie quotidien, la mission avance également plusieurs propositions dans l'objectif de favoriser le maintien de la personne âgée dans un milieu de vie ordinaire, en termes d'habitat, de déplacements, de loisirs

et de développement de sa vie sociale en général. Enfin, la mission place la prévention dans le cadre d'un objectif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé auquel elle contribue.

Au cours de ses deux mois effectifs de travaux, la mission a organisé une trentaine d'auditions à Paris dans les locaux du Sénat, et effectué trois déplacements régionaux (Nantes, Nice, Toulouse) afin d'aller à la rencontre de plus de cinquante élus, professionnels et animateurs du secteur gériatrique et gérontologique. Le choix de la mission s'est porté sur ces trois villes en raison de la qualité des travaux en cours sur le sujet et du dynamisme des équipes pluridisciplinaires en place. La création d'un gérontopôle (Nantes, Toulouse), ou d'un centre d'excellence en matière de recherche en santé publique sur les questions du vieillissement (Nice), a été un autre critère de sélection. D'autres choix étaient bien évidemment envisageables. Toutefois, les délais courts qui étaient impartis, n'ont pas permis de poursuivre plus avant ces rencontres régionales, pourtant passionnantes. Elles témoignent néanmoins d'un réel dynamisme des acteurs de santé sur l'ensemble du territoire national.

Après avoir présenté le contexte, les enjeux démographiques, et identifié les populations à risque de dépendance (I), la mission a répertorié les principaux facteurs pouvant conduire à la perte d'autonomie des personnes âgées (II), avant d'apporter des réponses en termes de prévention de la dépendance physique et psychique (III), et de soutien au quotidien dans le milieu de vie ordinaire (IV).

Dans cet esprit, le rapport que remet André TRILLARD :

- dresse un état des lieux de la prévention de la dépendance des personnes âgées ;
- recommande des mesures de nature à promouvoir « le bien vieillir », tout en s'efforçant de réduire les disparités et les inégalités observées.

CONTEXTE ET ENJEUX

Les problèmes croissants de santé publique liés au grand âge, et plus particulièrement la perte d'autonomie physique ou psychique, mettent en relief la nécessité de développer des politiques publiques ambitieuses de prévention pour la Nation.

Selon l'article L1417-1 du Code de la santé publique, la prévention a pour but *«d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie»*.

Développer des politiques de prévention de la dépendance des personnes âgées et retarder le plus possible la perte d'autonomie s'impose aujourd'hui naturellement à nos sociétés vieillissantes.

L'enjeu financier est majeur, d'autant plus que le système de soins en France est encore beaucoup trop souvent curatif donc peu préventif. Les politiques de prévention en France représentent en 2010 près de 10,5 milliards d'euros de dépenses, soit 7% du total des dépenses de santé. Selon le rapport annuel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2003, les politiques de santé ont cessé de s'orienter vers la prévention à partir de 1945 en même temps que les progrès de la médecine ont permis une forte augmentation de l'espérance de vie des Français. La prévention est alors devenue *« le parent pauvre du système de soins »*, au profit d'un système tourné majoritairement vers la médecine curative. Des interrogations sur notre système quasi exclusivement curatif ont commencé à émerger à partir des années 1970, avec notamment l'apparition de difficultés de régulation financière du système de soins, l'irruption du SIDA au début des années 1980 et la survenance de graves crises sanitaires mettant en jeu la sécurité sanitaire dans les années 1990. La création, à la fin de la dernière décennie, d'agences de sécurité sanitaire et de prévention (HAS, InVS, ANSES, EFS, INCa, INPES...), a permis une première transformation du paysage de la santé publique et des modes d'intervention de la puissance publique en ce domaine. Aujourd'hui, la prévention et la sécurité sanitaire sont au cœur des métiers d'une douzaine d'opérateurs. Ils sont les relais et les interlocuteurs privilégiés, mais sans exclusive, au sein du ministère, et concourent à la conception et à la mise en œuvre des politiques dont la Direction Générale de la Santé est responsable. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 est l'acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations gouvernementales.

Il prend part actuellement et notamment au plan national Bien Vieillir, au Programme National Nutrition Santé (PNNS) ou encore au Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS).

Au plan régional, les agences régionales de santé (ARS) sont investies depuis 2010, d'actions de prévention en santé à l'égard des populations, dont les personnes âgées. Elles élaborent depuis cette année des schéma régionaux de prévention en se fixant des priorités et des objectifs de santé publique à atteindre.

Cette « gouvernance » est-elle pour autant optimale, à l'heure où les sujets âgés face au risque de « dépendance », terme spécifiquement français alors que nos voisins et partenaires étrangers utilisent un autre vocable (handicap, soins prolongés...), sont et seront de plus en plus nombreux ?

Il n'est pas dans les attributions de la présente mission de formuler des recommandations relatives à l'architecture actuelle de notre système de santé publique. Toutefois, cette problématique de la dépendance des personnes âgées est à l'évidence, sous estimée, et insuffisamment valorisée dans les réflexions et missions des principaux acteurs de santé publique chargés de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation par la santé.

Le coût de la dépendance supporté à la fois par l'Etat, les départements, la Sécurité Sociale et la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) représente près de 25 milliards d'euros selon le récent rapport d'information parlementaire de la députée Valérie ROSSO-DEBORD en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (juin 2010). De son côté, l'Assemblée des départements de France (ADF), a estimé qu'un « bon système » de prévention de la dépendance en France, permettrait d'économiser à terme 10 milliards d'euros (*55 propositions de l'ADF pour relever le défi de la perte d'autonomie, mai 2011*).

La mission s'est interrogée sur l'état actuel des connaissances en matière de dépendance des personnes âgées. D'une part, les origines de la perte d'autonomie puis la dépendance sont multi factorielles. Elles peuvent être définies néanmoins comme une restriction à réaliser les actes de la vie courante. Le Professeur Françoise FORETTE souligne que la dépendance ne doit pas être confondue avec les pathologies qui la provoquent. Ainsi, on peut être atteint d'affections graves (cancer, diabète...) et rester « presque » autonome jusqu'au bout de sa vie.

A contrario, la perte d'autonomie peut être très importante alors qu'aucun pronostic vital n'est engagé (arthrose, rupture du col du fémur mal réparé,...). Cette distinction justifie actuellement que la prise en charge directe n'incombe pas à l'assurance-maladie mais aux conseils généraux, ces derniers assurant l'évaluation et la définition du niveau d'aide.

D'autre part, la dépendance des personnes âgées est un phénomène relatif. En effet, les évolutions multiples permettant de prévenir ou retarder la survenue de la perte d'autonomie sont déjà largement à l'œuvre. C'est pourquoi, l'espérance de vie en bonne santé, c'est à dire sans limitation d'activité ou sans incapacité majeure (EVSI), progresse au même rythme, voire à un rythme plus soutenu que l'espérance de vie globale.

Les évolutions technologiques, l'adaptation ou l'inadaptation de l'organisation de la société et du cadre de vie peuvent aussi retarder dans des proportions significatives la survenue de la dépendance. L'adaptation de son logement et la création de nouveaux logements adaptés, la définition de nouvelles règles en matière d'urbanisme, la facilitation des modes de déplacements en ville comme à la campagne, l'apport des gérontechnologies... sont autant de sujets de réflexion et de pistes d'actions pour notre présent.

Définir une politique efficiente de prévention de la dépendance des personnes âgées n'est donc pas un exercice aisé, car loin de se cantonner à des aspects strictement médicaux, une telle prévention se doit d'être multidimensionnelle. Elle est déterminée par deux principales séries de facteurs aussi divers que complémentaires : des facteurs individuels (mode de vie, ressources, logement, entourage et relations sociales, capital culturel,...) et des facteurs collectifs (environnement accessible, habitat, transports, aménagements, services...).

La mission a mis également en évidence dans ce rapport que la prévention de la dépendance des personnes âgées devait être appréhendée de manière plus globale en s'insérant dans une politique de prévention mise en œuvre tout au long de la vie. Elle doit combattre sans doute avec plus d'efficacité qu'aujourd'hui les inégalités majeures en termes d'état de santé. La prévention doit donc être développée dans tous les milieux (à école, à l'université, mais aussi dans les entreprises et tous les lieux d'activité humaine en général). L'activité au sens le plus large (professionnelle, associative, bénévole...), constitue du reste, un puissant facteur de prévention de la dépendance, lorsqu'on compare l'état de santé des populations de plus de 65 ans au plan européen.

Enfin, d'un point de vue plus sociétal, La question du vieillissement et de la prévention de la dépendance en France est actuellement appréhendée trop négativement ; Le Dr. Olivier de Ladoucette, dans son rapport remis à Mme Nora Berra Secrétaire d'Etat chargée de la Santé (*Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir, mars 2011*) rappelle que « cet extraordinaire gain de longévité devrait être en principe une bonne nouvelle. Malheureusement, notre fond culturel concernant l'avance en âge est totalement périmé ». La mission considère que l'assurance de cette évolution démographique mérite sans doute un nouveau regard et une nouvelle approche de la vieillesse. La réussite des politiques publiques en matière de prévention de la dépendance passe nécessairement par ce changement de « paradigme ». D'ailleurs, le Plan gouvernemental Bien Vieillir, amorcé en 2007 et actuellement en cours de redéfinition, comporte un volet « bien-être » dont l'objectif est de retarder le déclin de la perte d'autonomie, et promouvoir une approche plus positive. Ainsi, Le vieillissement ne doit plus être envisagé comme une maladie mais bien plus qu'aujourd'hui comme une étape de la vie.

1^{ère} PARTIE : **UN TRAVAIL DE REPERAGE DES POPULATIONS A RISQUE DE** **DEPENDANCE S'IMPOSE DANS LE DEBAT ACTUEL**

1.1 L'EVOLUTION DE LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES : **UN PHENOMENE A RELATIVISER**

1.1.1 Une immense partie des personnes âgées en France vit en bonne santé

En 2009, la France comptait 5,6 millions de personnes âgées de plus de 75 ans. Chaque année 80 000 personnes supplémentaires dépassent les 80 ans. Le vieillissement de la population s'accroît donc inéluctablement mais très majoritairement sans perte d'autonomie.

Les résultats de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (H.I.D.) conduite par la DRESS, l'INSEE et l'INSERM en 2002 ont indiqué un taux de dépendance de 7% parmi l'ensemble de la population française âgée de plus de 60 ans. Ce calcul a été rendu possible par le recueil auprès des conseils généraux des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.) mise en place en 2002 et destinée aux personnes souffrant d'une perte d'autonomie relevant des GIR (groupes iso-ressources) 1 à 4.

À la fin du premier trimestre 2011, 1 203 000 personnes âgées dépendantes bénéficiaient de l'A.P.A., soit une augmentation annuelle de +2,6 % par rapport à mars 2010. Rapporté au nombre de personnes âgées de plus de 60 ans (INSEE 2009), ce pourcentage a donc augmenté dans des proportions relatives passant de 7 à 8,4% en 10 ans.

Une immense partie des personnes âgées de 60 ans et plus (91,6%) est ainsi considérée en 2011, au regard de l'outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie (la grille nationale AGGIR -Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) comme autonome ou quasi-autonome, même si parmi ces derniers, certains peuvent néanmoins être affectés par diverses maladies.

La répartition par tranches d'âges précise même que 96 % des personnes âgées de 60 à 69 ans, et 92 % des 70-79 ans ne sont pas dépendantes. La perte d'autonomie se renforce seulement et nettement au-delà de 90 ans avec un taux de dépendance évalué à 42 % de cette population.

C'est en retenant ce dernier chiffre que les statisticiens parlent, d'une façon générale, d'un « risque évalué à 40 % de développer une dépendance ». Selon les estimations de l'OCDE en 2005, un individu ayant atteint l'âge de 65 ans a une probabilité légèrement supérieure à 40 % de devenir dépendant. D'autres estimations indiquent que parmi les personnes nées entre 1940 et 1954 et qui atteignent l'âge de 60 ans, 41 % connaîtront au moins une année de dépendance (Insee, 2006). Plus d'une personne sur deux ne sera donc jamais dépendante (71% parmi les hommes et 48 % parmi les femmes). Enfin, la durée moyenne de dépendance lorsqu'elle survient est actuellement de 3,7 ans pour les hommes et 4,4 ans pour les femmes (données fournies par la F.F.S.A.).

Pour autant, on compte déjà plus de 1,2 million de personnes dépendantes dans l'Hexagone et d'ici 2040 ce nombre augmentera sans doute, mais dans des proportions difficiles à évaluer actuellement avec précision. L'agence régionale de santé d'Ile-de-France estime par exemple la croissance actuelle et à venir de la dépendance dans ce territoire pour les dix prochaines années à un rythme modéré de + 1 % à +2 % par an (soit une augmentation de 20% au cours des dix prochaines années. Ainsi, le nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus devrait s'élever en Ile de France de 97.400 en 2010 à 120.600 en 2020, avec une hausse fortement concentrée sur les populations de 85 ans et plus. D'autres projections réalisées dans plusieurs régions viennent corroborer le rythme de cette évolution. Le « risque d'explosion » du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ne serait donc pas avéré. En revanche, les prévisions de forte croissance des effectifs « du grand âge » sont à apprécier avec beaucoup plus de probabilités, et les conséquences médicales, sociales et économiques devraient être majeures.

1.1.2 Les personnes âgées peu dépendantes vivent majoritairement à domicile

Contrairement à une autre idée reçue, les personnes âgées dépendantes vivent très majoritairement à 61 % à domicile (25 % seules et 38 % en famille) et 39 % en institution. Les perspectives actuellement étudiées au cours des prochaines années tendent à confirmer et renforcer cette réalité. C'est au de là de 92 ans, que les bénéficiaires de l'A.P.A. vivent majoritairement en établissement. La part des personnes résidant à domicile parmi les bénéficiaires de l'APA augmente avec l'âge jusqu'à 80 ans avant de diminuer (DRESS, juin 2010).

Le nombre des bénéficiaires de l'A.P.A. à domicile s'accroît de 1,9 % sur un an glissant (1^{er} trimestre 2010-1^{er} trimestre 2011). L'augmentation annuelle du nombre de bénéficiaires à domicile est de +4,1 % en GIR 4, +5,2 % en GIR 3, +3,8 % en GIR 2 et +5,3 % en GIR 1 (DREES, avril 2011).

Si 470 000 d'entre elles sont hébergées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en unités de soins de longue durée (USLD), plus de 735 000 vivent encore à leur domicile. Ces dernières sont pour la plupart modérément dépendantes : 59 % d'entre elles relèvent du GIR 4, et seules 3 % relèvent du GIR 1 (ce dernier chiffre étant probablement amené à progresser dans les prochaines années). La mission observe que les bénéficiaires de l'A.P.A. résidant en établissement sont le plus souvent des personnes célibataires, divorcées ou veuves : 88 % de femmes sont dans ce cas contre 69 % des hommes. Comme l'a rappelé le Dr. Geneviève Ruault déléguée générale de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), « le contexte familial et la conservation de liens sociaux sont des facteurs essentiels et déterminants dans l'approche de la dépendance par la prévention ».

1.1.3 Les personnes âgées en perte d'autonomie sont concentrées au grand âge

Depuis 2002, la DREES recueille auprès des conseils généraux des informations sur le nombre de bénéficiaires de l'A.P.A., leurs caractéristiques, les dépenses engagées et l'activité des équipes médico-sociales. L'étude de juin 2010 portant sur les données A.P.A. 2007 précisait que les bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie (A.P.A.) appartenaient très majoritairement à la population des 75 ans et plus (75%). 50% avaient plus de 85 ans et 25% avaient 90 ans et plus. Comme le laisse entendre le Pr. Gilles BERRUT (CHU de Nantes) et président de la SFGG, la survenance de la dépendance touchera sans doute davantage qu'aujourd'hui, au cours des vingt prochaines années, des populations très âgées.

Les statistiques présentées par le Ministère de la Santé apportent néanmoins une note optimiste. Ainsi, à 100 ans, si 80 % de la population est bénéficiaire de l'A.P.A., on relève que 30 % des personnes sont prises en charge pour des niveaux de dépendance modérés (GIR 4). En d'autres termes, si la dépendance est corrélée par l'âge, elle n'est pas une perspective inéluctable puisque 50 % des centenaires sont peu ou pas dépendants.

Le seuil administratif des 60 ans apparaît donc de moins en moins pertinent pour caractériser un âge, des difficultés et des incapacités dans la vie quotidienne. L'enquête HID montrait en 2002 qu'avant 80 ans, les incapacités ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires dans la vie quotidienne étaient rares. De plus, ce seuil administratif des 60 ans a créé une barrière d'âge entre les personnes âgées dépendantes et celles plus jeunes, en situation de handicap.

La mission considère que cette période de la vie (15 à 20 ans, voire plus) au cours de laquelle la population âgée actuellement de 60 ans évoluera en bonne santé relative pourrait être mise à profit pour développer des politiques de prévention du grand âge, visant à retarder la perte d'autonomie. Comme l'a souligné le Dr. Jean Pierre Aquino, il est aujourd'hui avéré par exemple qu'un certain nombre de troubles ou de maladies (cardio-vasculaires, rhumatismales, neuro-dégénératives, etc.) peuvent être traités préventivement entre 55 et 70 ans, ou du moins être retardés.

1.2 DES GAINS D'ESPERANCE DE VIE EN BONNE SANTE SONT ENCORE POSSIBLES

L'augmentation de l'espérance de vie n'est plus comme par le passé la traduction de la réduction de la mortalité aux premiers âges de la vie (mortalité infantile), mais elle est de plus en plus liée au maintien en vie après 75 ans d'une partie croissante de la population.

- L'espérance de vie en bonne santé augmente régulièrement

C'est un autre constat positif de la mission. Alors que l'espérance de vie des Français s'accroît chaque année, un autre indicateur, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitations d'activité ou sans incapacités majeures, augmente aussi de façon régulière. En 2008, celle-ci s'élevait à 62,4 ans chez les hommes (pour 77,5 ans d'espérance de vie globale) et 64,2 ans chez les femmes (pour 84,3 ans d'espérance de vie globale) (sources Eurostat 2010). Cela laisse ainsi une période théorique de 15,1 ans pour les hommes et 20,1 ans pour les femmes pendant laquelle le risque de dépendance est statistiquement plus élevé.

Ces résultats sont comparables à ceux des pays voisins. Ils sont toutefois inférieurs à ceux des pays du nord de l'Europe dans lesquels la « culture de la prévention » est solidement ancrée. Des mesures de prévention ont par exemple été mises en place depuis plusieurs dizaines d'années notamment sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et la définition de « priorités stratégiques de prévention en santé », dans les années 1980. Ainsi, en 2008, en Suède par exemple l'espérance de vie en bonne santé était de 69,2 ans pour les hommes, soit 6,8 années de plus qu'en France (pour 79,2 ans d'espérance de vie globale) et 68,7 ans pour les femmes soit 4,5 années supplémentaires par rapport aux Françaises (pour 83,3 ans d'espérance de vie globale). La période de risque accru de dépendance est ainsi respectivement de 10 ans pour les hommes et de 14,6 ans pour les femmes, soit 5 ans de moins qu'en France.

La compression de cette période associée à la prévention de la perte d'autonomie à ce moment de la vie constituent un des enjeux majeurs des politiques de santé publique dans nos sociétés vieillissantes. Les exemples danois, néerlandais ou suédois montrent que d'importants progrès sont possibles en France.

Les projections démographiques comportent néanmoins de grandes inconnues. Elles reposent toujours sur des hypothèses et comportent souvent des points de fragilité. Ainsi les données actuelles manquent-elles sans doute de précision en ce qui concerne les projections de la dépendance à 20 ans. Entre 2005 et 2025 le nombre de personnes âgées dépendantes en France devrait toutefois augmenter dans des ordres de grandeur compris entre 26 % (hypothèse haute) et 18,4 % (hypothèse basse), selon l'étude Destinie, (hypothèses DREES-INSEE).

L'allongement de l'espérance de vie en France (en moyenne un trimestre par an) semble plus régulier, même si faire des projections sur la mortalité est également un exercice difficile, qu'il s'agisse d'établir une tendance globale ou une dispersion au niveau individuel. De fortes incertitudes pèsent sur le taux de prévalence et l'allongement de la durée de vie. Aujourd'hui, les projections de pyramide des âges sont relativement resserrées aux âges élevés. Pourtant, l'hypothèse d'un allongement continu de l'espérance de vie est désormais largement débattue. Il existe toutefois de nombreuses voies de progrès permettant de poursuivre voire d'accélérer le rythme actuel d'accroissement de l'espérance de vie d'un trimestre par an : la prévention sous ses nombreuses manifestations (conduites à risques, traitement du cancer, voire thérapies

géniques et nanotechnologies) est un puissant moteur en terme de gain d'espérance de vie, et surtout d'espérance de vie en bonne santé.

Les démographes s'accordent sur le fait que la distribution des âges au décès s'est déplacée vers des âges plus élevés, créant, dans une certaine mesure, une homogénéisation des durées de vie, sans empêcher pour autant une explosion des nonagénaires et centenaires.

D'autres questions méritent d'être posées: il semble que l'allongement de la durée de vie en bonne santé ne suive pas un tel rythme (étude de Robine et Cheung, *Nouvelles observations sur la longévité humaine*, 2008). Dès lors, les inconnues sur l'ampleur du phénomène de dépendance restent très fortes. À l'horizon 2050, le nombre de personnes dépendantes projetées par l'INSEE varie du simple au triple. À partir d'un effectif actuel (GIR 1 à GIR 4) de 1 200 000 personnes dépendantes en France, on pourrait aboutir tout aussi bien à une stabilité qu'à un triplement. « En effet, à l'incertitude sur le taux de mortalité de la population en général s'ajoute celle sur le taux de prévalence de la dépendance et celle et sur le taux de mortalité des personnes dépendantes. » (Robine et Cheung).

La question de l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé, c'est à dire sans limitations d'activité ou sans incapacité majeure (E.V.S.I.) ouvre celle, plus large, de l'état de santé des populations. Ainsi, comme l'a suggéré à la mission le Pr. Axel Kahn: « rapprocher économie et démographie exige de s'intéresser aux populations sous l'aspect du nombre, certes, mais surtout de s'interroger sur l'état et les conditions de vie de celles-ci ».

1.3 LE RISQUE DE LA DEPENDANCE EST MARQUEE PAR DE PROFONDES INEGALITES

La mission dresse le constat de très grandes disparités dans l'espérance de vie sans incapacité (E.V.S.I.) au sein de la population française : entre les genres, puisque les femmes vivent plus longtemps, entre les générations, car la prévalence décroît, les générations jeunes étant moins soumises à ce risque que leurs aînés (étude de Cutler et Harman, *the Phoenix Conference* 2004). Surtout, les inégalités sont très fortes dans la distribution du risque selon la catégorie socio-économique et les territoires. Ces inégalités, loin de se stabiliser voire de se réduire, ont tendance à s'accroître si l'on s'en tient aux données démographiques et épidémiologiques dont nous disposons pour cette mission.

1.3.1 Les inégalités socio-économiques

- Distribution du risque de dépendance et niveau socioéconomique

Comme l'a exposé le Dr. Olivier de Ladoucette, il existe une inégalité très forte dans la distribution du risque suivant le niveau socioéconomique. Le niveau d'éducation, l'accès à la prévention, le niveau de patrimoine ou de revenus, l'appartenance ethnique sont des marqueurs forts de la dépendance à âges élevés. Le déterminisme social est important. « Pour découvrir les clés d'un vieillissement réussi, il faut sortir de cette approche biomédicale qui ne connaîtrait de l'avance en âge que son aspect physiologique. On ne peut jouir d'une vie longue et heureuse si l'on ignore sa dimension spirituelle, psychologique et sociale. » De ce point de vue, il n'y a malheureusement pas d'égalité devant le risque de dépendance des personnes âgées. Les recherches menées au cours des trois dernières décennies confirment que « le vieillissement dépend de l'individu, beaucoup plus qu'on ne l'a cru par le passé. Trop de gens l'ignorent et dilapident ce précieux capital d'années en bonne santé, en adoptant des comportements inappropriés. ».

Le Pr. Axel Kahn a expliqué que certaines conduites à risque sont révélatrices de différences sociales et économiques. L'exemple de l'obésité, et des risques qu'elle emporte sur le déclenchement du diabète puis d'un basculement hautement probable dans la dépendance est malheureusement distinctif de l'appartenance socioéconomique et du niveau d'éducation. Ce phénomène est devenu une véritable préoccupation de santé publique dans plusieurs pays occidentaux et pourrait avoir pour conséquence une nouvelle augmentation du risque de dépendance dans les années à venir.

A partir de ces constats, comme l'ont fait observer les représentants de la Fédération française des sociétés d'assurance (F.F.S.A.), la généralisation difficile des contrats dépendance peut s'expliquer entre autres sujets, par ces facteurs socioéconomiques : La mission a observé que d'une manière générale, c'est la population la plus à risque, donc celle qui en a le plus besoin, qui est la moins assurée pour des risques de long terme.

Les exploitations de l'enquête « Handicap-santé en ménages ordinaires (HSM) » du ministère de la santé (DREES) et de l'INSEE (période 1999-2008) montrent « qu'à 60 ans, les ouvriers et les ouvrières ont toujours une espérance de vie inférieure à celle des cadres : 19 ans et 25 ans pour les ouvriers et ouvrières, contre 23 ans et 27 ans pour les hommes et femmes cadres

supérieurs. Et les incapacités de type I, fréquentes aux grands âges, s'installent plus durablement pour les professions manuelles. Les incapacités les plus sévères, de type III, occupent 16 % de l'espérance de vie des ouvriers à 60 ans et 9 % de celle des hommes cadres (22 % et 16 % pour les femmes). Au total, l'espérance de vie plus courte des ouvriers ne les soulage pas pour autant d'années d'incapacité. Ils connaissent au contraire une période de vie avec ces difficultés plus longue. Les ouvrières passent en moyenne 22 années avec des incapacités de type I contre 16 années pour les femmes cadres supérieures (17 ans et 13 ans respectivement chez les hommes) ou encore 6 années avec des incapacités de type III contre 4 années pour les femmes cadres (3 ans et 2 ans respectivement pour les hommes).

- Statut d'activité professionnelle et risque de dépendance

Le statut d'activité constitue un autre marqueur d'inégalités. De 35 à 80 ans, le taux de mortalité est trois fois supérieur chez les personnes inactives, quelle que soit la cause de l'inactivité. Les taux de dépendances suivent également cette évolution.

La mission observe qu'en France, les taux d'emploi sont significativement faibles 38 % seulement chez les 55-64 ans lorsqu'on les compare à ceux d'autres pays, bien supérieurs : 70 % en Suède, 51 % en Allemagne, 46 % en moyenne dans l'Union européenne. Pour les plus de 60 ans, la situation est encore plus manifeste: 7 % des hommes et 4 % des femmes sont au travail après 60 ans, alors que c'est probablement le meilleur moyen de conserver ses fonctions cognitives et son activité générale. C'est aussi probablement le moteur de longévité en bonne santé le plus puissant, sans compter les avantages économiques qui en résultent.

Pour autant, et comme l'indique la note de veille du Centre d'Analyse Stratégique (*Le vieillissement cognitif: un enjeu pour les politiques publiques, juin 2010*), « la vie professionnelle en tant que source potentielle de tâches cognitives, d'interactions sociales mais aussi de pénibilité, peut être facteur de préservation comme d'usures cognitives ».

« L'arrivée à la cinquantaine des « baby-boomers », conjuguée à une entrée sur le marché du travail de plus en plus tardive, ont conduit à un vieillissement progressif de la population active. L'étude des conséquences de ce phénomène sous l'angle du vieillissement cognitif invite à considérer deux aspects complémentaires. D'une part, l'impact de l'activité professionnelle sur le déclin des capacités intellectuelles ; d'autre part, les effets des évolutions cognitives en matière de performances et d'intégration professionnelles. Des

questions particulièrement intéressantes en ces temps où les taux d'emploi des seniors sont bas et où parallèlement l'âge du départ à la retraite est mis en débat ».

- L'enquête européenne SHARE (Survey on Health Ageing and Retirement in Europe), axée sur les questions sanitaires et socioéconomiques liées au vieillissement, inclut des tests cognitifs et des questionnaires relatifs aux activités sociales (professionnelles, loisirs, bénévolat, etc.). Ses résultats révèlent que garder une activité professionnelle permet de différer le vieillissement cognitif d'environ 1,3 année. Par ailleurs, l'analyse par pays montre que les personnes âgées voient leurs capacités intellectuelles mieux préservées dans les pays où la retraite est fixée à 65 ans par rapport à ceux où elle est plus précoce. « Cependant, il convient de nuancer ce premier résultat global : l'effet de la fin de la vie active sur le déclin cognitif dépend à la fois du contenu du travail et de ses conditions d'exercice. Des données suggèrent ainsi que l'impact positif de rester en emploi n'est présent que pour les métiers complexes nécessitant de la flexibilité cognitive. Parallèlement, les personnes exerçant des professions mobilisant moins les facultés intellectuelles ne semblent pas bénéficier au niveau cognitif du maintien dans l'emploi, au contraire. En effet, si pendant longtemps seule était considérée l'usure physique due au travail, désormais est identifiée une usure psychique. Ce préjudice serait lié en particulier à des contraintes non cognitives : un environnement professionnel inadapté et très sollicitant mettrait en difficulté le salarié vieillissant. »

- L'étude VISAT (Vieillesse, Santé, Travail) souligne par exemple les effets négatifs de l'exposition à un stress prolongé et à des horaires atypiques sur les capacités mnésiques, à l'instar du travail de nuit qui désynchronise les rythmes biologiques et qui est particulièrement mal supporté par les travailleurs âgés. Des études ont ainsi montré que le fait d'exercer un travail posté perturbait les fonctions cognitives avec des atteintes dont l'ampleur dépendait de la durée d'exposition, et qui étaient potentiellement irréversibles.

La prévention, en particulier en entreprise, revêt donc une importance primordiale, si l'on considère qu'elle pourrait permettre de réduire certaines inégalités sociales majeures. Ce sont des inégalités sur lesquelles il convient d'agir car loin de diminuer grâce aux moyens modernes de prévention dont nous disposons, ces différences d'appartenance aux différentes catégories socioprofessionnelles et à un statut professionnel s'accroissent (enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires-HSM, 2008).

1.3.2 Les inégalités hommes/femmes

L'espérance de vie à 65 ans n'a cessé de croître en France depuis 1900, passant de 11,5 ans pour les femmes à 20,1 ans en 1991 puis 22,4 en 2010, soit plus de deux années de gain au cours des vingt dernières années. Cette tendance devrait, selon l'INSEE, se poursuivre au cours des vingt prochaines années avec à nouveau un gain de près de deux années supplémentaires. Pour les hommes, le gain de longévité est plus faible (10,5 ans en 1900, 15,7 en 1991, 17,9 en 2010 et une estimation de 19,9 ans en 2030). La France se place en bonne position dans le peloton de tête des pays « de faible mortalité ». L'espérance de vie des Françaises (84,8 ans en 2010) reste largement supérieure à celle des Européennes (82,8 ans). Seules les Espagnoles peuvent espérer vivre aussi longtemps. Celle des hommes (78,1 ans en 2010) se situe également au-dessus de la moyenne européenne (76,9 ans en 2010) mais reste légèrement au-dessous de la moyenne de l'Europe des « 15 ».

Pour autant, il est intéressant de s'interroger sur la qualité de vie de ces années gagnées. C'est ce qui a incité plusieurs chercheurs, notamment Sullivan dès 1971, à calculer l'espérance de vie sans incapacité. Ainsi, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans des femmes en France est passée de 8,8 ans en 1981 à 12,1 en 1991, celle des hommes de 8,8 à 10,1 ans (*Robine, Mormiche et Cambois, L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, Gérontologie et société, 1994*).

L'espérance de vie en bonne santé des Français, c'est-à-dire sans limitation d'activité ou sans incapacités majeures, continue d'augmenter de façon régulière depuis vingt ans. En 2008, elle était de 62,4 ans chez les hommes (pour 77,5 ans d'espérance de vie globale) et 64,2 ans chez les femmes (pour 84,3 ans d'espérance de vie globale). Cela laisse ainsi une période théorique de 15,1 ans pour les hommes et 20,1 ans pour les femmes pendant laquelle le risque de dépendance est plus élevé. Pour autant, l'augmentation de l'espérance de vie à 65 ans pour les femmes ne s'accompagne pas de celle de l'espérance de vie sans incapacité.

Les femmes sont tout particulièrement concernées par la dépendance des personnes âgées, qu'elles soient confrontées à la dépendance des autres en qualité de personne aidante, ou confrontées à leur propre dépendance, contrepartie de leur plus grande longévité. Les femmes représentent 75 % des aidants familiaux (conjointes, filles, belle filles...) et 98 % dans les métiers d'aide à domicile. Elles représentent surtout 69 % des nouveaux bénéficiaires de l'A.P.A. (*Etude DRESS, Handicap-santé en ménages ordinaires, juin 2010*).

Plusieurs pathologies invalidantes sont également aujourd'hui bien identifiées auxquelles les femmes sont particulièrement exposées, notamment la maladie d'Alzheimer, comme l'a fait observé le 6 juin 2011 le Conseil économique, social et environnemental (*avis relatif à la dépendance des personnes âgées*). « Les pathologies cardiovasculaires, le diabète et l'ostéoporose mériteraient sans doute un éclairage particulier, une surveillance accrue et une politique de dépistage plus efficace chez les femmes dans un objectif de prévention de la dépendance. »

Avec un montant de retraite égal à 62 % à celui des hommes, les femmes affichent de surcroît, une fragilité financière plus forte que les hommes. Elles doivent affronter, seules pour la majorité d'entre elles leur propre dépendance. Des politiques publiques ciblées en direction de cette population âgée féminine apparaissent aujourd'hui comme une évidence.

1.3.3 La transition épidémiologique

Le thème de la transition épidémiologique peut également d'une certaine manière être interprété en termes d'inégalités.

La France comme d'autres pays industrialisés est engagée depuis plusieurs dizaines d'années dans une transition épidémiologique. Claude EVIN (A.R.S. Ile-de-France), a expliqué que l'évolution des problèmes de santé dans les pays industrialisés aboutissait à des transformations majeures du profil épidémiologique des populations, qualifiées parfois de « transition épidémiologique. » (*Pr. François Grémy*). « D'une forte prépondérance des maladies infectieuses, on est passé à une période marquée par les maladies vasculaires, les traumatismes, les maladies respiratoires, les cancers et autres maladies chroniques (diabète, etc.), sans oublier le sida et autres infections transmissibles sexuellement qui affectent la santé des populations. Les systèmes de santé sont également confrontés à l'évolution de diverses manifestations de souffrance sociale : problèmes de violence, suicide, troubles d'adaptation, troubles mentaux ou à des évolutions de la société ayant un impact direct ou indirect sur la santé (modifications diététiques, changements environnementaux, conditions de travail ou d'habitat...) ». Cette transition épidémiologique ne s'accomplit pas de manière homogène. Elle laisse apparaître des disparités importantes entre les territoires et les différentes populations. Elle est en cela révélatrice d'inégalités sociales de santé.

Le vieillissement de la population implique une révision en profondeur de l'ensemble des politiques sociales et de santé dans ce domaine (*Conseil Economique et Social, 2007*). L'amélioration de la qualité de vie conjuguée aux performances propres du système de soins, permet néanmoins aux personnes atteintes de pathologies sévères et chroniques entraînant auparavant un décès rapide, d'envisager une plus grande espérance de vie. Mais, elles n'évitent pas pour autant les problèmes de santé croissants associés à une population vieillissante : troubles cognitifs, maladies neuro-dégénératives, cumul de divers problèmes de santé, maladies chroniques et problèmes liés à la perte d'autonomie et à l'incapacité.

1.3.4 Des inégalités territoriales

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), déplorant l'insuffisance du système d'information sur les inégalités de santé, a proposé en 2009 que les indicateurs d'espérance de vie, de mortalité prématurée, d'espérance de vie avec et sans incapacité et de renoncements aux soins pour raison financière par catégorie socio-économique, soient disponibles à l'échelle nationale et déclinés par zone géographique. Ces éléments devraient être accessibles au niveau régional, départemental, voir cantonal ou communal pour permettre une compréhension fine des mécanismes, et aider l'action publique des mairies, des conseils généraux et des agences régionales de santé (A.R.S.) notamment en matière de prévention.

Comme l'a souligné le rapport du député André Flajolet, au cours d'une mission gouvernementale relative aux disparités territoriales des politiques de prévention (2008), le facteur le plus important d'adhésion à la prévention et donc de réduction de la dépendance est certainement l'éducation tout au long de la vie. Elle explique, en partie, les inégalités en matière de santé et, donc, de risque de dépendance, entre les différentes classes socioprofessionnelles, mais aussi les inégalités géographiques à l'intérieur de l'hexagone, entre les régions, et au niveau infra régional. L'agence régionale de santé d'Ile-de-France a récemment mis en lumière ces inégalités (*Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostics franciliens, janvier 2011*). Ces disparités s'organisent pour de nombreux indicateurs (espérance de vie, mortalité prématurée et dépendance) selon une ligne Nord-Ouest/Sud-Est, ligne de part et d'autre de laquelle la situation sanitaire est globalement favorisée dans la moitié Sud et défavorisée au Nord. Or, cette ligne de partage recouvre peu ou prou l'existence de fortes disparités économiques et sociales entre territoires franciliens. « Les fortes inégalités de conditions sociales qui caractérisent la région se traduisent par des inégalités de santé, que l'on qualifie de « sociales » parce qu'elles sont corrélées à des

déterminants sociaux, et que l'on qualifie de « territoriales » parce qu'elles s'ancrent dans des disparités entre territoires ».

Ces disparités sont également démontrées entre les différentes régions. Ainsi à la naissance, l'espérance de vie des hommes est de 4,9 ans supérieure en Ile de France à celle observée en Nord-Pas de Calais (78,5 versus 73,6 ans). « Il a été très bien démontré que c'est le niveau d'éducation des mères qui détermine la santé de leurs enfants lorsqu'ils seront adultes et donc le risque de dépendance. Les gains d'espérance moyenne de vie chez les hommes depuis 30 ans observés en Europe sont liés pour 20 % au niveau socioéconomique, pour 30 % au niveau d'éducation des mères et 50 % à la génération et l'utilisation de nouvelles connaissances. »

Par ailleurs, comme l'a exposé le député André Flajolet, « de fortes disparités spatiales de mortalité prématurées sont observées en particulier dans deux grandes zones géographiques, le Nord de la France et la Bretagne. Les disparités n'y sont pas limitées aux facteurs socioprofessionnels mais l'histoire, la culture, l'environnement, la tradition y ont également une part importante. De plus, l'attraction exercée par les grandes métropoles prive progressivement les populations des zones suburbaines ou rurales écartées d'accès aux soins car les professionnels s'y trouvent inexorablement attirés du fait d'infrastructures de meilleure qualité dans tous les domaines, culturels, de transports, de loisirs ou sanitaires. Les territoires où l'offre publique hospitalière est désormais insuffisante, faute de praticiens, contribuent à l'augmentation de la dépense mais surtout au renoncement aux soins et à l'entrée tardive et coûteuse dans le système, génératrice de handicaps, d'incapacités et de mortalité prématurée évitable. Le coût des groupes homogènes de séjour est, par exemple, beaucoup plus élevé à l'hôpital Avicenne (AP-HP) en Seine-Saint-Denis ou à l'hôpital Nord de Marseille (AP-HM). » Les risques de basculement dans la dépendance sont beaucoup plus élevés dans ces territoires; le développement de politiques de prévention s'en trouve aussi plus délicat à mettre en œuvre.

La DREES dans une étude en 2003 analyse les disparités départementales. L'étude des pyramides des âges extrêmement variables selon les régions est une donnée importante, mais n'explique pas tout. Ainsi, la prévalence même de la dépendance varie fortement d'un département à un autre : L'étude de la situation des bénéficiaires de l'A.P.A. en 2003 met en avant le fait que les GIR 4 sont ceux pour lesquels l'attribution est la moins homogène et contribue ainsi à l'hétérogénéité d'ensemble. Selon les départements, la part des GIR 4 varie de 30 % à 51 %. Or, c'est le Gir 4 qui contribue le plus fortement aux disparités d'ensemble

dans le nombre de bénéficiaires de l'A.P.A., son attribution aux personnes évaluées en GIR 1 à 3 étant plus uniforme: une plus grande latitude est naturellement envisageable au niveau local pour les personnes âgées potentiellement les moins dépendantes. Il en résulte que les départements du Sud-Ouest (Tarn, Ariège, Aveyron,...) qui attribuent plus souvent l'A.P.A. aux personnes de GIR 4 sont ceux où la proportion globale de bénéficiaires est la plus élevée. À l'inverse, les départements d'Île-de-France, dont la part de bénéficiaires de l'A.P.A. dans la population âgée est la plus faible, sont aussi ceux qui l'attribuent moins souvent aux personnes en GIR 4.

La même étude a tenté de modéliser les facteurs explicatifs des disparités départementales afin de les quantifier sur des critères objectifs : 68 % des écarts peuvent être ainsi expliqués, 32 % restant inexpliqués (aspects non pris en compte, facteurs discrétionnaires...). Cette étude montre que plus de 62 % des écarts s'expliquent par des variables sociodémographiques parmi lesquelles 35 % par la part de la population rurale, 14% par la part des personnes âgées au minimum vieillesse et 5 % par la part des agriculteurs (Études et Résultats, n°372, janvier 2005, *L'APA : une analyse des disparités départementales en 2003*, F. Jeger, DREES-IRDES).

2^{ÈME} PARTIE :

LES FACTEURS POUVANT CONDUIRE A LA PERTE D'AUTONOMIE : IDENTIFIER LES CAUSES DE LA PERTE D'AUTONOMIE POUR MIEUX LA DEPISTER, LA PREVENIR ET LA RETARDER

2.1 LA DIFFICULTE DU DEPISTAGE

- La difficulté de repérage des personnes âgées isolées

Comme l'a fait observer le Pr. Gilles Berrut (gérontopôle des Pays de la Loire-CHU de Nantes), « il y a dépendance quand un besoin a été exprimé, puis entendu et qu'une réponse a été apportée. » La dépendance officiellement mesurée sous-estime certainement les besoins réels de la population qui n'a fait appel à aucun service et qui n'a donc pas été évaluée. « La demande comporte souvent des composantes implicites : risque, anxiété, douleur. La personne âgée ne déclare jamais tout. Le soignant ne voit jamais tout. A partir de là, il n'est pas toujours aisé de déterminer les besoins d'aide ou de les prévenir ».

Les incapacités se déclarent souvent en premier lieu pour les activités instrumentales de la vie quotidienne: faire les courses, par exemple, impliquant la faculté de se déplacer à l'extérieur du domicile. Le début d'un processus de confinement chez soi intègre souvent en même temps une dimension sociale : la difficulté de maintenir son réseau de relations, l'isolement et la perte progressive de rôles sociaux. De plus, l'isolement social est un marqueur prédictif d'une consommation accrue de prestations du réseau médico-social. Encore faut-il avoir les moyens de le dépister.

- La valeur préventive d'une intervention

La valeur préventive d'une telle intervention semble pourtant évidente, d'où l'importance de la relation d'aide et du maintien des contacts sociaux qui contribuent à retarder chez la personne âgée l'incidence des incapacités, et surtout de mieux les prévenir. Comme l'a exposé Mme Michèle Dange, Présidente du Réseau Famille à la Mutualité Française, alors que la dépendance s'évalue et réclame de l'aide, l'autonomie s'exerce par le sujet et réclame l'attention des intervenants qu'ils soient les membres de l'entourage ou des professionnels. De sorte que l'aide apportée ne doit pas être imposée par décision d'autrui. Elle aurait pour effet d'exclure un peu plus la personne âgée d'un monde sur lequel elle manque déjà d'emprise. La

mission a examiné positivement l'initiative « Fil Mauve » lancée par la Mutualité française en 2007, et qui vise à rapprocher et accompagner les familles dès que les premiers signes de dépendance apparaissent notamment dans la maladie d'Alzheimer.

La difficulté de ce « dépistage » des personnes à risque de dépendance doit-il inciter à rendre obligatoire une consultation médicale dite de prévention ?

La mission estime que cette question est complexe et appelle sans doute plusieurs réponses adaptées au type de pathologie, et aux populations les plus vulnérables.

Ainsi, il nous a semblé pertinent, dans un premier temps, de proposer de rendre obligatoire une consultation préventive en entreprise, au moment du départ en retraite. Mais cette proposition trouve rapidement ses limites dans le fait qu'elle ne se produit qu'une seule fois, et qu'un suivi médical des retraités par le médecin du travail n'est pas envisageable.

La médecine thermale avec 508 000 curistes en 2010 et sa patientèle constituée à 31% de personnes âgées de 70 ans et plus, pourrait constituer, comme l'a exposé Claude-Eugène Bouvier, le délégué général du Conseil national des exploitants thermaux (CNETH), un environnement favorable à la prévention de la dépendance (consultation santé des séniors recommandée par la Haute autorité de santé par exemple). Les établissements thermaux pourraient être aussi des lieux de répit pour les aidants familiaux. Enfin, le Pr. Bruno Vellas (CHU de Toulouse) a eu l'occasion d'exposer le programme de réalisation d'une intervention multimodale de prévention du déclin cognitif (MAPT – Multidomain Alzheimer Preventive Trial). Ce programme fait l'objet d'un essai multicentrique mondial. La difficulté de la mise en œuvre du programme dans le cadre des structures gériatriques habituelles a incité les investigateurs français à réaliser ce programme dans le cadre d'un séjour en cure thermale. L'expérience vient de s'achever et les données sont en cours d'exploitation, sous l'expertise du Pr. Bruno Vellas.

La consultation de prévention auprès du médecin traitant chez une personne âgée de 70 ans représente une autre piste intéressante de dépistage précoce de la dépendance. Le Pr. Claude Jeandel (CHU de Montpellier) a précisé à la mission que cette consultation longévité faisait suite au projet de consultation «prévention» du plan Solidarité Grand Age de 2007. L'éventail d'âge a été néanmoins élargi puisqu'il concerne désormais les personnes âgées de 55 à 70 ans. Son principe repose sur le volontariat: un auto questionnaire est adressé au patient sur sa

demande. Il comporte deux volets: le premier portant sur le cadre de vie et les habitudes du patient, l'autre sur son état de santé. La consultation médicale proprement dite s'étale de 30 à 45 minutes et consiste à évaluer le questionnaire et à le compléter par un examen clinique spécifique. Le médecin, préalablement formé, pourrait ainsi faire l'inventaire des problèmes du patient et mettre en place un programme de dépistage, de prévention et si nécessaire, de prise en charge. Cette consultation du médecin traitant en raison de sa durée et de sa technicité devrait bénéficier d'une rémunération spécifique.

L'une des limites voire des critiques relatives à ce type de consultation généralisée basée sur le volontariat tient à l'âge des personnes ciblées qui sont à 70 ans et à plus de 92% de l'ensemble de cette population en pleine santé physique. Il est également à craindre que cette consultation intéresse les personnes qui en ont le moins besoin, à savoir les catégories socio professionnelles les plus élevées, les plus éduquées, et les plus sensibles à la prévention tout au long de la vie. La mission considère toutefois cette proposition comme intéressante, à condition qu'elle s'inscrive dans une campagne nationale d'information sur le « bien vieillir » et puisse cibler les populations les moins aisées financièrement, par exemple par sa gratuité, et présentant potentiellement les risques les plus importants (les femmes âgées prioritairement).

La prévention de la dépendance est donc difficile à mettre en œuvre, à la fois en termes de repérage des populations vulnérables, et sur la question d'un âge intangible comme l'observe le Dr. Jean Pierre Aquino. « L'âge n'est jamais responsable en soi de la dépendance. Le très grand âge peut être responsable de fragilité, mais pas de la dépendance. Celle-ci est toujours liée à une maladie. »

Une approche par l'étude des différentes pathologies déclenchant la dépendance chez la personne âgée apparaît donc intéressante à ce stade de la présentation.

Le Pr. Françoise FORETTE affirme que la majorité des dépendances est consécutive aux maladies dites « liées à l'âge ». La deuxième cause de dépendance serait la « fragilité ». La troisième de ces causes est l'inactivité ou, de façon plus générale, le mode de vie. La quatrième regroupe la maladie d'Alzheimer et les troubles cognitifs apparentés. Ce sont ces quatre puissants vecteurs sur lesquels doivent reposer prioritairement les politiques publiques de prévention de la dépendance des personnes âgées.

2.2 LES MALADIES DITES LIÉES À L'ÂGE

Toutes les maladies dites « liées à l'âge », maladies cardiovasculaires, démences, cancers, arthrose et ostéoporose, troubles sensoriels,... peuvent être causes de dépendance, mais elles sont, pour la plupart, liées à des facteurs de risque et donc accessibles à la prévention. Cette prévention sera plus efficace encore dans l'avenir grâce aux progrès en cours comme la thérapie cellulaire, la puce à ADN, les biotechnologies,...

La prévention doit être entendue « tout au long de la vie ». Il n'est jamais trop tôt, il n'est jamais trop tard. La prévention des maladies cardiovasculaires de l'âge mûr et avancé passe par la diminution des teneurs en sel et en graisses des aliments pour enfants (petits pots, biscuits etc), par la lutte contre l'obésité de l'enfant, l'interdiction du tabagisme dans les écoles et tous les lieux qui reçoivent des adolescents.

La prévention de l'ostéoporose et des fractures implique la promotion de l'activité physique des adolescentes et une ration calcique suffisante. Le capital osseux et musculaire est constitué avant l'âge de 20 ans.

La prévention des troubles sensoriels nécessite de diminuer l'intensité sonore dans les lieux publics pour éviter les surdités, de protéger les yeux du soleil pour retarder les cataractes voire les DMLA, etc.

Comme l'a rappelé le Pr. Forette, « lorsque le style de vie ne suffit pas, la médecine fondée sur les preuves (evidence based medicine) a largement démontré que la correction des grands facteurs de risque vasculaires, troubles lipidiques, hypertension, syndrome métabolique, tabagisme, obésité, diabète mais aussi l'ostéoporose et les facteurs de risque de cancer, permettait de réduire significativement les grands fléaux qui conduisent à la dépendance ».

L'étude HYVET a démontré que le traitement de l'hypertension artérielle après 80 ans réduit significativement de 21 % la mortalité totale et de 39 % la mortalité par accidents vasculaires cérébraux (AVC). L'incidence des AVC mortels et non mortels est réduite de 30 %. Cette étude démontre qu'il n'existe pas de seuil lié à l'âge, au-delà duquel l'abstention serait légitime. Seuls, l'état du patient et le bénéfice attendu doivent entrer dans la décision.

2.3 L'INACTIVITÉ

L'inactivité est associée à un risque accru de mortalité, et la morbidité qui sous-tend nécessairement l'accroissement de la mortalité est également liée à un risque de dépendance.

Entre 35 et 80 ans, les hommes inactifs ont eu une mortalité presque trois fois plus élevée que l'ensemble des hommes sur la période 1991-1999 (il faut souligner que les inactifs peuvent l'être en raison d'un certain nombre de maladies et de dépendance). L'augmentation de ce risque est moindre chez la femme inactive.

En France, plus l'augmentation de l'espérance de vie augmente, plus le taux d'activité diminue. De 55 à 59 ans, le taux d'emploi n'est que de 55,5 % comparé à 80 % en Suède. De 60 à 64 ans il tombe à 15 % versus 60 % et à plus de 65 ans à 1,4 % versus 11 %. Ces faibles taux ne sont pas expliqués par des différences d'état de santé. Un travail récent montre qu'entre 50 et 70 ans, l'espérance de vie en santé est deux fois supérieure à l'espérance de vie en santé et en inactivité. Ce nouvel indicateur « Healthy Working Life Expectancy » qui, pour la première fois, inclut l'activité nous place à la queue des pays Européens en matière d'activité.

La persistance de l'activité professionnelle, bénévole, associative est pourtant un puissant garant de l'autonomie grâce à la stimulation intellectuelle et physique qu'elle entraîne. Un travail récent montre que les emplois exigeants intellectuellement sont associés à un moindre déclin cognitif et donc de dépendance. Une autre étude montre que l'activité quotidienne, dans son ensemble est liée au maintien de la cognition.

2.4 LA FRAGILITÉ

La population à risque de fragilité est importante et devrait augmenter fortement dans les vingt prochaines années selon le Pr. Bruno Vellas du gérontopôle de Toulouse particulièrement en pointe sur ce sujet.

La question de la détection de la fragilité chez une personne âgée devient un enjeu majeur de la prévention de la dépendance. Cette population à risque concerne plus d'un tiers des

personnes de plus de 65 ans (soit 5 à 6 millions d'individus), non dépendantes, mais plus complètement autonomes. Le but de la détection et du traitement de la fragilité est de repousser de plusieurs années le moment où elles deviendront dépendantes.

La fragilité est un syndrome complexe de vulnérabilité accrue qui comporterait un risque majeur de dépendance lorsque survient un stress quel qu'en soit la nature : infection, chute, fracture, deuil etc.

La « fragilité » existe-t-elle ou est-ce un concept construit? Selon la définition couramment admise par les experts, la fragilité est un état physiologique de vulnérabilité secondaire à de multiples déficiences ou dérégulation des systèmes qui conduisent à une diminution des réserves physiologiques. Il n'y a malheureusement accord ni sur le phénotype ni sur les critères de la fragilité ni sur sa réversibilité ou non.

Le phénotype de fragilité, le plus couramment reconnu regroupe des symptômes comme la perte de poids, l'anorexie, la faiblesse musculaire, la fatigue, la lenteur. Ces symptômes sont associés à la sarcopénie, l'ostéopénie, les troubles de l'équilibre, la dénutrition, la marche lente, la diminution de la capacité de réponse au stress. La conséquence de la fragilité est un risque accru de chute, de blessure, d'hospitalisation, d'incapacité et de dépendance. Fried (dans une étude de 2004) définit la fragilité par les cinq critères suivants : perte de poids, faiblesse voire épuisement, activités physiques réduites, lenteur de la marche, faiblesse de la force de préhension. Rockwood a intégré plus récemment en outre la détérioration cognitive à ces critères. Selon Fried, dans la cohorte de la Cardiovascular Health Study, la prévalence de la fragilité est basse, 3,9 %, dans la tranche des 65 à 74 ans, elle s'élève à 11,6 % dans la tranche des 75 à 84 ans mais elle atteint le quart de la population des plus de 85 ans.

Parmi les modifications physiologiques sous-jacentes, l'existence de stigmates inflammatoires, d'insulinorésistance et le déclin hormonal semblent jouer un rôle déclenchant. Selon certains auteurs, la manifestation initiale la plus prédictive de la fragilité serait la faiblesse musculaire liée à la sarcopénie. D'autres auteurs accordent toute leur importance à la vitesse de marche, la baisse de l'activité physique, la chute de poids et le déclin cognitif.

Comme le laisse entendre le Pr. Françoise Forette, il est possible d'intervenir sur un certain nombre de signes et de symptômes de la fragilité. De nombreux programmes de prévention de la dépendance liée à la fragilité ont été mis en place. La mission a pu observer l'ensemble du

travail effectué par les équipes des gérontopôles de Nantes et Toulouse notamment. La rééducation de la marche et de l'équilibre, l'entraînement physique prolongé, la lutte contre la dénutrition, les activités intellectuellement stimulantes et intégratrices donnent des résultats significativement mesurables. La sarcopénie fait l'objet de nombreuses approches préventives dominées par l'activité physique et les thérapies hormonales. Enfin, les modifications physiologiques du sujet âgé fragile sont l'objet d'importants travaux de recherche qui font appel à différentes substances comme la testostérone, l'hormone de croissance, les inhibiteurs des cytokines...

Il semble cependant qu'une meilleure intégration sociale reste un élément capital de la prévention de la dépendance. Comme l'ont fait observer les professeurs Odile KREMP et Nicole BOHIC de la Direction Générale de la Santé, il existe des outils simples de repérage des signes de fragilité (vue, ouïe, dentition,...) et de facilité d'accès aux soins grâce à un environnement familial de qualité.

L'enjeu de la prévention de la dépendance au regard de la fragilité doit être également mieux mesuré au cœur de notre système de soins, et singulièrement à l'hôpital et dans les différents établissements et services d'hébergement pour personnes âgées. La France compte actuellement 660 000 résidents en établissements médicosociaux ou de santé. Ce chiffre représente 10 % des personnes âgées de plus de 75 ans, et 24 % des plus de 85 ans. 84 % des résidents sont considérés comme dépendants (GIR 1 à 4). 16 % soit 105 000 personnes âgées sont hébergées dans des établissements médicosociaux ou de santé alors qu'elles représentent une population autonome ou quasi autonome si l'on s'en tient à la grille d'évaluation GIR. (étude DREES 2009, Cl. Debout & S-H Lo). Cette population spécifique et peu connue présente de nombreuses co-morbidités (hypertension artérielle, démence, dénutrition...), des troubles psycho-comportementaux (prise de neuroleptiques, agressivité, déambulation...), et un taux élevé d'hospitalisation à 3 mois de 13,5 % (enquête REHPA Gérontopôle de Toulouse; JNHA, 2008).

Des expérimentations actuellement en cours visent à dépister puis traiter ces populations fragiles et pré-fragiles. Le Pr. Henri Bocallon et les équipes du gérontopôle de Toulouse ont conçu des protocoles permettant d'identifier le plus grand nombre de personnes âgées fragiles, sans avoir recours à des procédés trop intrusifs ni trop coûteux. Des expériences sont menées en Midi-Pyrénées en équipant de capteurs des logements, aussi bien à domicile qu'au sein de maisons de retraite. La « veille » devrait être partagée par l'ensemble des professionnels de

santé, sans oublier les aides à domicile et les aidants qui sont en contact régulier avec les personnes âgées. Tous sont en mesure de détecter les signes d'une fragilité. L'objectif de cette expérimentation est de permettre de transmettre l'information afin qu'elle déclenche une prise en charge. Des aides à domicile devraient prochainement être équipées de tablettes informatiques pour relever et diffuser les données vers les médecins ou des « gestionnaires de cas ».

Une fois que les signes sont détectés, l'enjeu est effectivement de faire un bilan plus précis et de prendre les mesures adaptées. Concrètement, une plateforme sera opérationnelle à l'hôpital de La Grave, au CHU de Toulouse en septembre 2011. Ces bilans demandent ½ journée et sont réalisés en partenariat très étroit avec la médecine libérale. D'autres plateformes seront ensuite déployées en Midi-Pyrénées.

Une autre voie est explorée avec le Conseil Général de Haute-Garonne : elle concerne la population des « GIR 4 », qui est le degré de dépendance qui déclenche pour la collectivité l'attribution de l'A.P.A. Le but est de proposer aux personnes concernées des mesures pertinentes dont l'objectif est d'éviter l'aggravation de cet état de dépendance. Les principales mesures sont des exercices physiques, des exercices cognitifs et des conseils concernant l'alimentation. Là encore, l'e-santé jouera un rôle essentiel dans la collecte, la diffusion et l'exploitation des données. Il est essentiel d'évaluer les résultats obtenus. Enfin, une première expérience sur l'ensemble d'une commune devrait être menée dans les mois qui viennent à Labastide-Murat, dans le Lot.

- La prévention des dépendances iatrogènes et évitables à l'hôpital

Le Dr Geneviève Ruault a rappelé que « c'est souvent à l'hôpital que beaucoup de personnes âgées perdent leur autonomie ».

Près de 25 % des résidents sont entrant ou sortant d'un EHPAD au cours des trois derniers mois. 70 % de ces mouvements sont orientés vers ou de l'hôpital, contre seulement 20 % du domicile et 10 % d'une autre institution (étude PLEIAD, Gérontopôle de Toulouse, 2010). La relation des personnes âgées (dépendantes, faiblement dépendantes ou autonomes) avec l'hôpital est donc essentielle et mérite à l'évidence un éclairage particulier en terme de prévention.

Le sujet de la prévention des dépendances « iatrogènes » et évitables est pourtant mal connu en France.

La dépendance « iatrogène » est définie comme la dépendance le plus souvent « évitable » en relation avec les soins. Le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) considère comme iatrogène les conséquences négatives sur l'état de santé, de tout acte de soins ou de diagnostic pratiqué ou prescrit. Cette définition est plus large que le seul champ du médicament, et ne préjuge en rien d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence.

Plusieurs études réalisées aux Etats-Unis (notamment Chang HH & Arch, revue *Gérontol Gériatr.*, 2010), ont conclu à des taux anormalement élevés (compris entre 30 et 60 %) de perte de capacité à réaliser un ou plusieurs actes de la vie courante (AVQ) au décours d'une hospitalisation. Cette perte d'autonomie résulte souvent d'une affection aiguë mais également des modalités de prise en charge. Il existe réellement une majoration de la dépendance liée aux soins, notamment hospitaliers.

Les causes sont aujourd'hui identifiées. Elles ont trait à la fois à la structure hospitalière et aux soins : dépersonnalisation, sentiment d'évoluer dans un environnement hostile, déconditionnement, nutrition inadéquate sont autant de sujets « organisationnels » que l'hôpital devrait désormais reprendre à son compte. De même, la « méconnaissance » des besoins de la personne âgée, des procédures de soins parfois inadaptées à la prise en charge de la personne âgée, et l'iatrogénie concentrent à eux seuls plus de 90 % des problématiques liées à la perte d'autonomie en milieu hospitalier. Enfin, une préparation souvent lacunaire à la sortie du milieu hospitalier conduit à une altération psychologique, et des incapacités fonctionnelles.

Les perspectives offertes par les avancées en recherche fondamentale et appliquée à ce sujet peuvent être sommairement synthétisées en deux étapes à partir du modèle canadien OPIMAH :

- d'une part, en identifiant la « part évitable » à partir de l'analyse des dossiers patients, et en procédant systématiquement à un bilan gériatrique à l'entrée puis à la sortie de l'hôpital.
- d'autre part, en dépistant les sujets à risque et en personnalisant la prévention.

Des expériences menées récemment en ce sens en milieu hospitalier ont démontré leur efficacité. Avec des bilans gériatriques et un accompagnement systématique des sorties, l'hôpital gériatrique Les Magnolias dans l'Essonne a enregistré rapidement une forte augmentation des retours à domicile après hospitalisation (de 10 % de patients avant sa mise en place à 70 % actuellement). Beaucoup d'entrées en dépendance ont ainsi sans doute été sinon évitées, du moins repoussées.

2.5 LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES MALADIES APPARENTÉES

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont actuellement les causes les plus fréquentes de dépendance. La maladie d'Alzheimer et les politiques de prévention qu'il conviendra de mettre en place dans les prochaines années constituent un enjeu de santé publique absolument considérable. Le Pr. Ron Brookmeyer en étudiant la prévalence de la maladie d'Alzheimer sur la population américaine fait observer que si, aujourd'hui, aucune mesure de prévention n'était mise en œuvre, le nombre des malades doublerait d'ici 2050, alors que si l'âge de début de la maladie pouvait être reculé de cinq ans, ce nombre serait réduit de moitié.

La prévalence de la maladie augmente de façon drastique après 80-85 ans et plus un individu aura la chance de vivre longtemps, plus il courra de risques de développer une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. A l'échelon mondial, on compte actuellement 20 millions de patients atteints. Ils seront 80 millions en 2040 si aucun progrès n'est réalisé dans ce domaine. Il y a chaque année 4,6 millions de nouveaux cas, soit un nouveau cas toutes les 7 secondes.

Plusieurs études ont montré également la présence de fortes inégalités face au vieillissement cognitif qui tendent à s'accroître avec l'âge.

À cette sénescence cérébrale viennent s'ajouter et interagir des facteurs psychosociaux au fort retentissement cognitif. Dès l'enfance, l'influence précoce de la scolarisation permet de développer une « réserve cognitive » plus importante mais également de la maintenir plus longtemps. Les études transversales (comparant deux groupes de sujets à un moment donné) et en plan longitudinal (suivant l'évolution dans le temps des résultats d'un même groupe) concluent dans leur immense majorité que le niveau d'études est le premier facteur de

protection contre le vieillissement cognitif. Cet effet serait particulièrement marqué sur la mémoire et de manière générale sur les tâches les plus complexes. Par ailleurs, l'idée communément admise d'une protection des personnes avec un haut niveau socioculturel vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer est fautive. En réalité, c'est seulement que l'expression clinique apparaît à un stade plus avancé chez ces dernières grâce à divers mécanismes compensatoires.

L'accumulation de connaissances et d'expériences au cours de la scolarité, mais également la stimulation cérébrale et le développement de stratégies compensatrices, y contribueraient. De plus, l'impact de l'éducation sur les modes de vie ultérieurs est non négligeable (profession exercée, alimentation, activités sociales, physiques, etc.). In fine, les personnes ayant un niveau socioculturel élevé vont voir leurs capacités intellectuelles décliner plus tardivement et plus lentement que les autres, ce qui accroît les différences pendant un temps, puis diminuer de manière plus brutale sur les dernières années de vie. On évoque alors une « compression de la morbidité ».

La recherche de traitements préventifs ou de médicaments capables d'agir sur le processus dégénératif doit être prioritairement encouragée, mais les traitements substitutifs symptomatiques dont nous disposons d'ores et déjà sont encore sous-utilisés.

En France, 850 000 personnes sont atteintes de maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, dont une moitié des cas ne sont pas diagnostiqués et seulement 17 % sont traités. D'après les données issues de l'étude PAQUID, 72 % des bénéficiaires potentiels de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont déments, dont 55 % atteint de maladie d'Alzheimer. L'institutionnalisation est consécutive dans 70 % des cas à une maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée.

Les avancées de la recherche, fondamentales, cliniques ou thérapeutiques dans le domaine de la maladie d'Alzheimer sont les déterminants majeurs de la prévention de la dépendance. L'efficacité des traitements symptomatiques substitutifs est modérée, mais néanmoins significative, sur les fonctions cognitives, les activités de la vie quotidienne et le jugement global porté sur le patient. Ce gain, même s'il est modeste, doit être pris en compte car il retarde l'entrée dans la dépendance et l'institutionnalisation, et peut aussi alléger le fardeau des aidants.

Les approches préventives des démences existent. Les études épidémiologiques ont montré que les personnes qui prennent au long cours des anti-inflammatoires, des statines ou des œstrogènes, ont une incidence de maladie d'Alzheimer très significativement inférieure à la population générale. La réduction de l'incidence de la maladie pourrait même atteindre les 70 % avec les statines. Malheureusement, les essais contrôlés, qui seuls peuvent apporter la preuve d'une efficacité de ces substances, sont négatifs. Les arguments épidémiologiques et neurobiologiques amènent cependant à penser qu'il est sans doute encore trop tôt pour affirmer que ces produits n'ont aucun intérêt en prévention des démences. De même, les antioxydants et, en particulier la Vitamine E, n'ont pas fait non plus encore preuve de leur efficacité.

De nombreux travaux épidémiologiques ont démontré le lien entre le niveau de pression artérielle et la survenue 15 à 30 ans plus tard d'une démence vasculaire ou de type Alzheimer. Deux études randomisées, contrôlées contre placebo, ont démontré que le traitement de l'hypertension artérielle réduisait le risque de démence : Réduction de 50 % des démences vasculaire ou de type Alzheimer dans l'étude Syst-Eur, au cours de laquelle des sujets de plus de 60 ans atteints d'hypertension artérielle (HTA) systolique isolée recevaient un inhibiteur calcique en première intention éventuellement associée à un IEC et un diurétique.

Réduction des démences liées à une récurrence d'accident vasculaire cérébral dans l'étude PROGRESS, menée chez des patients hypertendus ou normotendus déjà atteints d'accident vasculaire cérébral (AVC), traités avec un IEC et un diurétique. Ces résultats doivent être confirmés et de nouvelles investigations doivent être initiées, notamment pour évaluer l'importance de la composante vasculaire longtemps négligée des démences. Ils soulignent l'intérêt, pour la prévention de la dépendance, de la prise en charge de tous les facteurs de risque vasculaire qui réduit l'incidence des accidents cardiovasculaires, cérébrovasculaires et probablement le déclin cognitif et les démences.

L'adoption d'un régime alimentaire favorable à une bonne santé cardiovasculaire avec consommation privilégiée de poisson, de fruits et de légumes est à rapprocher de cette prévention des facteurs de risque qui promeuvent les maladies liées à l'âge les plus responsables de dépendance.

Le Pr. Françoise a expliqué que le véritable facteur de prévention de la dépendance restait la découverte de thérapeutiques qui s'adresseraient au processus même sinon à la cause de la

maladie d'Alzheimer. Plusieurs travaux ciblent actuellement des traitements qui agiraient sur le processus des lésions.

L'approche la plus étudiée est certainement l'approche antiamyloïde : modificateurs de secrétases, inhibiteurs des bêta et gamma-secrétases, stimulateurs de l'alphasecrétase, immunothérapie active ou passive. En dépit des effets secondaires graves observés durant la première expérimentation du « vaccin », cette approche est la plus avancée.

Le développement de molécules ciblant la protéine tau présente aussi un intérêt majeur à la fois sur le plan du traitement de la maladie à un stade précoce et celui de la compréhension de la chronologie des lésions : inhibiteurs de la phosphorylation de la protéine tau, inhibiteurs de kinases et les activateurs de phosphatases. Enfin, les approches utilisant les facteurs de croissance et les cellules souches connaîtront des progrès importants dans les années qui viennent et augmentent le nombre de candidats au traitement de la maladie d'Alzheimer.

Des traitements qui permettraient d'arrêter la progression de la maladie d'Alzheimer à ces stades débutants pourraient réduire de 70 % de nombre de personnes dépendantes. C'est dire l'enjeu majeur de la recherche dans ce domaine.

L'intérêt de regrouper les moyens et les efforts d'investissement de la recherche fondamentale et appliquée au plan européen paraît de plus en plus justifié. Des initiatives vont dans ce sens. Françoise Grossetête, Députée européen et qui préside par ailleurs l'alliance européenne contre la maladie d'Alzheimer a exposé à la mission son travail en lien étroit avec le grand plan de recherche décidé par le Président de la République française contre la maladie. Ces initiatives au plan européen consistent à encourager le développement de projets dans les domaines de la prévention, de l'information, du soutien et des soins aux malades atteints de la démence.

3^{ème} PARTIE :

LES CLES D'UN VIEILLISSEMENT REUSSI OU COMMENT PRESERVER LE CAPITAL SANTE DES PERSONNES AGEES

3.1 LA PREVENTION DE LA DEPENDANCE DOIT S'INSCRIRE PLUS GLOBALEMENT DANS UNE PREVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE

La prévention repose prioritairement sur l'hygiène de vie et sur un travail d'éducation par la santé. Effectivement, l'éradication des facteurs de risques liés à la maladie par l'hygiène de vie permet le traitement précoce d'un certain nombre d'entre eux, voire même le traitement de maladies : le traitement précoce d'un diabète permet d'éviter par exemple un certain nombre de complications qui seront sources de dépendance à des âges plus avancés de la vie, comme l'ont exposé le Pr. Christian PRADIER et le Dr. Franck LE DUFF de l'Espace Partagé de Santé Publique (CHU de Nice).

La prévention doit être enseignée tout au long de la vie. Elle doit combattre les inégalités majeures. Le Pr. Axel Kahn et la plupart des personnalités auditionnées par la mission, ont porté un même message, à savoir que la prévention devait être développée à l'école, à l'université, mais aussi dans les entreprises, qui constituent chacun et chacune un milieu de vie et d'éducation par la santé.

De plus, la prévention doit être appliquée tout au long de la vie. Parmi toutes les maladies responsables de la dépendance, il est vrai que la maladie d'Alzheimer arrive en tête. Cependant, les autres doivent être prévenues dès le plus jeune âge.

« C'est avant 20 ans que l'on préserve ses coronaires : il faut donc lutter contre le tabagisme des jeunes et l'obésité de l'enfant. C'est avant 20 ans que l'on prévient l'ostéoporose et les fractures en constituant son capital osseux: il faut donc promouvoir l'activité physique des jeunes ; il faut aussi veiller à un apport de calcium suffisant. C'est avant 20 ans que l'on prévient la cataracte précoce en empêchant par exemple les enfants de skier sans lunettes. Les exemples sont légion. Cela ne signifie pas pour autant qu'après 20 ans on se situe au-delà des possibilités de prévention. Reprenons l'exemple des maladies cardiovasculaires : si l'on traite l'hypertension artérielle, on réduit de 40 % l'incidence de ces maladies, de 30 % l'incidence des accidents cardiovasculaires cérébraux, de 30 % l'incidence des infarctus du myocarde et de 50 % l'incidence des démences. La prévention se fait donc tout au long de la vie : il n'est jamais trop tôt mais il n'est jamais trop tard. » (Pr. Françoise Forette)

La prévention physique passe, on le sait, par la diffusion de règles de vie simples sur lesquelles tous les scientifiques s'accordent. Il est ainsi souvent considéré que des règles élémentaires de nutrition, de sommeil, d'exercice physique permettent de gagner plusieurs années de vie en bonne santé. Le Dr. Olivier de Ladoucette ajoute également plusieurs caractéristiques psychologiques favorisant la résilience (être sociable, avoir un tempérament facile, être créatif et avoir le sens de l'humour, bien connaître ses compétences et ses limites, être à l'écoute de ses propres sentiments, avoir une bonne estime de soi et bien gérer ses émotions...).

Au-delà de ces règles de vie, la mission a pu constater que plusieurs caisses de retraite complémentaire, mutuelles et compagnies d'assurance cherchaient actuellement à renforcer le dépistage de la perte d'autonomie, en particulier par l'élaboration de programmes de prévention comprenant des bilans gérontologiques, des tests de dépistage voire une orientation vers des professionnels de santé spécialisés. Tout en saluant ces efforts louables, la mission regrette cependant que ces décisions soient limitées au seul bénéfice de leurs adhérents, dessinant ainsi un paysage contrasté de la prévention de la dépendance, et renforçant de la sorte les inégalités dans son accès. En d'autres termes, la prévention de la dépendance existe et tend à se développer, mais elle ne s'adresse pas nécessairement aux populations qui en auraient le plus besoin.

Certes, les projets du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) en la matière sont à examiner. De même, la récente initiative conjointe de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et de l'INPES semble aller dans le bon sens. Les deux organismes publics promettent de développer au cours des trois prochaines années des actions communes ou complémentaires dans le domaine de la prévention autour du plan national « bien vieillir » des personnes retraitées du régime général afin de mettre en œuvre des actions concrètes dans trois domaines liés aux seniors :

- le soutien à la production de connaissances, le transfert, le partage et à la mutualisation de connaissances pour le développement d'actions de prévention autour du bien vieillir ;
- le soutien au développement des compétences en prévention du bien vieillir de tous les acteurs et professionnels de santé concernés ;

- le soutien au développement et au renforcement de la communication et de l'information des retraités, de leur entourage et des professionnels concernés sur le vieillissement en pleine autonomie.

La nécessité de la prévention en entreprise apparaît aussi importante. La Fondation nationale de gérontologie travaille actuellement sur un projet de recherche « Entreprise en bonne santé » visant à démontrer aux employeurs et aux pouvoirs publics qu'un programme de prévention de la santé effectué en entreprise permet d'accroître la culture sanitaire. Changer les comportements améliore le bien-être et l'efficacité du personnel aussi bien chez eux que sur leur lieu de travail, et change l'image de l'entreprise. A terme, la labellisation des « entreprises en bonne santé » peut s'avérer un critère positif et discriminant en terme de responsabilité sociale.

La mission considère néanmoins que les politiques de prévention et de promotion de la santé ciblée vers les populations les plus modestes sont des pistes plus pertinentes pour réduire les inégalités des chances en santé, et prévenir les incapacités physiques et cognitives des personnes âgées.

3.2 L'AMELIORATION DU STYLE DE VIE ET DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

- L'amélioration du style de vie

La prévention des maladies liées à l'âge passe aussi par l'amélioration du style de vie. Une promotion de l'ensemble des déterminants du style de vie nutrition équilibrée, activité physique modérée et prolongée, prolongation de l'activité professionnelle ou bénévole, activité intellectuelle, activités de loisirs, engagement personnel et développement de la conscience préventive permettrait probablement une diminution de l'incidence d'un grand nombre de maladies et notamment de l'obésité.

Comme le note Sarah Sauneron du centre d'analyse stratégique (C.A.S.) « La promotion en santé cognitive est un levier opératoire primordial de la qualité de la vie dans la société française. En effet, les recherches en matière de qualité de la vie ont répertorié un large éventail d'éléments associés à cette notion : sentiment d'appartenance et d'accomplissement, image de soi, autonomie, attitude des autres, etc. Tous ces paramètres vont être directement

influencés par les capacités cognitives. Cette importance de la vitalité cérébrale est d'autant plus décisive pour les personnes âgées, qui doivent rester en mesure de gérer leur quotidien afin d'éviter la dépendance. L'estime de soi semble être la clé du bien vieillir, ce qui passe par un travail sur la personne elle-même, mais aussi sur le regard que porte la société sur elle. »

- Remédier aux carences de prise en charge médicale

La mission a constaté qu'il pouvait exister des carences de prise en charge médicale chez la personne âgée pouvant mener à la dépendance, et qui aurait pu être évitées : l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose en sont des exemples.

L'insuffisance cardiaque par exemple augmente avec l'âge de façon drastique pour atteindre une prévalence proche des 10 % dans la tranche d'âge des 80-89 ans. Il a été démontré dans l'étude « EuroHeart Failure survey » portant sur 10.692 sujets que la majorité des 2 780 patients de plus de 80 ans n'était pas traitée selon les normes de la médecine fondée sur les preuves (evidence based medicine). Il est aujourd'hui recommandé de traiter l'insuffisance cardiaque congestive par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les bêta-bloquants. Or, ces deux catégories de médicaments étaient moins prescrites chez les personnes de plus de 80 ans. Le suivi de cette cohorte 4 ans plus tard montre une amélioration importante.

L'ostéoporose et les fractures qu'elle entraîne sont une grande cause de dépendance. Le risque augmente avec l'âge et l'incidence des fractures du col du fémur croît de façon exponentielle en l'absence de prévention. On dispose de nombreux traitements capables de prévenir efficacement les fractures : la supplémentation par le calcium et la vitamine D en sont des exemples. Or, une étude récente a montré que seulement un petit tiers des patients recevait un traitement de l'ostéoporose avant la fracture.

Pourtant, une fracture du col est responsable d'un taux de 19 % de mortalité à un an, elle entraîne un déclin fonctionnel de 32 % lors de la sortie de l'hôpital et de 16 % à un an.

Faire bénéficier les patients âgés de tous progrès médicaux est une exigence éthique et pragmatique pour réduire la dépendance à son plus bas niveau par la simple pratique de qualité.

3.3 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, L'EQUILIBRE ALIMENTAIRE ET LA STIMULATION MENTALE ET SOCIALE JOUENT UN RÔLE MOTEUR DANS LA PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Le sport fait partie des activités privilégiées des Français. Avec plus de 30 millions de pratiquants, dont 15 millions de licenciés (chiffre de l'année 2008), plus de la moitié de la population pratique le sport, ce qui fait de la France l'un des pays le plus sportif d'Europe.

L'activité sportive est très bénéfique pour la santé et apporte des réponses à de nombreuses problématiques de santé publique actuelle. Une activité régulière, encadrée ou non, contribue fortement à contrôler la prise de poids, et, de facto l'obésité. La pratique du sport permet aussi de réduire sensiblement les incidents cardio-vasculaires. Jusqu'alors le sport était considéré comme un élément préventif important en matière de maladies cardio-vasculaires, d'hypertension et d'obésité. Il apparaît aussi que la pratique sportive, d'après une étude récente de l'INSERM, peut contribuer au traitement de ces maladies, avec : « une réduction de la mortalité de 25 à 35 % chez les patients atteints d'une maladie coronarienne ». De plus en plus de personnes pratiquent le sport de manière autonome, hors de l'encadrement qui était traditionnellement assumé par les clubs. Cette tendance est confirmée par les chiffres, en effet, plus d'un pratiquant sur deux n'est pas licencié. Il est légitime de se questionner sur cette tendance, car la pratique sportive non encadrée peut apporter son lot de « risques » pour l'organisme. Par risques nous pouvons considérer un manque de préparation musculaire, des efforts non adaptés au niveau du pratiquant, des temps de récupération non optimisés...

Le Pr. Alain Franco estime que le développement de solutions innovantes autour des activités physiques et de suivi de sa santé devrait également bénéficier des nouveaux apports technologiques avec la généralisation des produits « connectés » que l'on porte toujours sur soi et leur arrivée dans le salon des particuliers, ouvrant une nouvelle ère pour les fournisseurs de services de «coaching» sport, fitness et santé. La convergence de ces technologies, avec l'exploitation des données permettra à très court terme un développement de coaching santé personnalisé, pouvant allier sport, nutrition, prévention et bien être.

Le Pr. Jean-François Toussaint, (IRMES, Université Descartes, Hôtel-Dieu, HCSP), coordinateur du Plan National de prévention par les Activités Physiques et Sportives (PNPAPS) et Directeur de l'IRMES insiste largement sur les trois piliers de la prévention de la dépendance. La pratique du sport ou l'activité physique est fondamentale puisqu'elle réduit

le déclin de l'aptitude physique, qu'elle participe au maintien de l'équilibre nutritionnel et améliore les capacités cognitives (dynamisme, efficacité, sentiment de bien-être).

À partir de 55 ans, certains automatismes liés aux recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS) sont incontournables. En plus de répartir ses prises alimentaires sur trois repas, chaque individu devrait consommer au moins cinq fruits et légumes par jour, des aliments céréaliers ou des légumes secs à chaque repas, du lait et des laitages (qui apportent du calcium et qui préviennent la déminéralisation osseuse, à l'origine de l'ostéoporose et de nombreuses fractures) et de la viande, des œufs ou du poisson (pour les protéines animales et la vitamine D), indispensables au maintien de la masse musculaire.

Enfin, le maintien des activités sociales à tout âge (par le bénévolat, par exemple) qui permettent d'améliorer l'estime de soi est reconnu pour son efficacité sur le processus de stimulation mentale. La pratique de loisirs comme la musique, la danse ou les jeux de société est également corrélée à un risque réduit de déclin intellectuel et notamment à la prévention de la maladie d'Alzheimer. Mieux vaut enfin varier les activités pour exercer toutes les parties du cerveau.

En un an, le Plan National de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive (PNAPS) s'est concrétisé par plus de 100 actions nationales, régionales et territoriales avec des partenariats publics et privés. L'objectif : une activité physique de 30 minutes par jour, facteur d'amélioration concrète de l'état de santé et de l'espérance de vie. Il veut aussi encourager la prévention tertiaire dans laquelle les cardiologues ont été des précurseurs à travers la réadaptation cardiaque. Il faut avoir une vision large de l'activité physique et sportive (APS). La validité de cette approche est désormais bien démontrée. L'activité physique a un bénéfice sur les maladies cardiovasculaires, les maladies métaboliques, le cancer, la dépression, l'anxiété. Elle a aussi un effet positif sur le développement des capacités cognitives de l'enfant et le maintien de celles-ci chez les seniors. Le gain est très clair en ce qui concerne la réduction de l'incidence et de la prévalence de l'obésité. L'expertise INSERM en avril 2008 a couvert le champ de l'activité physique et depuis, les études n'ont fait que confirmer ces points là ».

3.4 CONSOLIDER LE ROLE DU MEDECIN TRAITANT DANS SES MISSIONS DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES

La mission considère que la mise en œuvre et la coordination de la prévention de la dépendance repose prioritairement sur le médecin traitant qui doit en être le pivot.

Le succès du système du médecin traitant auprès des Français est, de ce point de vue, très encourageant. C'est lui qui pourra organiser, auprès de sa clientèle âgée, le dépistage systématique, et prendre, le cas échéant, les mesures appropriées d'évaluation, d'intervention et de suivi. Un dispositif pourrait être mis en place, dans le cadre de la convention avec l'assurance maladie, pour inciter les médecins à assurer ce type de dépistage (contrat d'amélioration des pratiques individuelles). Cela pourrait se faire à un coût modeste et pour un bénéfice majeur tant en termes de santé publique qu'en termes d'économie de la santé. La prise en charge des pathologies et de la dépendance, une fois installées, s'avère en effet autrement plus coûteuse. Cela demande toutefois une volonté politique forte, capable de bousculer un système trop centré sur le curatif. C'est sur sa capacité à rééquilibrer les efforts vers la prévention de la perte d'autonomie que le rôle du médecin traitant peut s'avérer primordial.

Le médecin traitant doit être le pivot de la prévention de la dépendance des patients âgés. Comme l'avait déjà souligné le rapport du député André Flajolet en 2008, la mission constate à son tour, « la juxtaposition non ordonnée de structures traitant de prévention sanitaire, l'insatisfaction des professionnels de santé de ne pouvoir se consacrer d'avantage à la prévention, et la perte de chance qui en résulte spécialement pour ceux qui sont éloignés du soin. » Elle recommande de tisser du lien social en plaçant la santé au centre des préoccupations locales, de donner un rôle clairement identifié à chacun et notamment au médecin référent, et de passer d'une logique de réparation à celle de gestion du patrimoine santé, de saupoudrage des moyens à leur concentration. La prévention de la dépendance doit s'inscrire aujourd'hui dans un système plus global avec une mise en réseau de tous les spécialistes concernés sans doute autour d'un seul coordonnateur.

La mission a également fait le constat que si un nombre important de personnes âgées se retrouvaient à l'hôpital, c'est aussi parce qu'elles avaient pu souffrir parfois d'un diagnostic

trop tardif ou erroné. La formation à la gériatrie notamment dans la médecine générale mais plus globalement au cours des études de médecine apparaît encore trop faible au regard des enjeux à venir.

En France, comme le précise le Dr Geneviève Ruault, « on raisonne par maladies alors que les personnes âgées ont des pathologies multiples, qui ne sont pas prises en charge, faute d'éducation thérapeutique. Alors, petit à petit la dépendance s'installe". La mission considère que la prévention doit donc passer d'abord par le médecin traitant, ce dernier devant être mieux formé aux pathologies multiples et à une approche globale de la gériatrie.

4^{ème} PARTIE :

ENCOURAGER LE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE ORDINAIRE

Vivre et vieillir chez soi constituent une aspiration forte des personnes âgées en perte d'autonomie. Les politiques publiques, en plus de l'aide informelle historiquement ancrée, ont développé des dispositifs multiples visant à compléter la prise en charge. Ces besoins ne paraissent toutefois pas complètement satisfaits. De même, la question du logement, et de manière plus globale de l'environnement de proximité (accessibilité, commerces, transports) méritent un éclairage particulier notamment en termes d'anticipation du vieillissement et de prévention de la dépendance. Enfin, le soutien et l'apport des innovations technologiques démontrent, malgré leurs limites actuelles, des pistes d'amélioration et de sécurisation du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

4.1 LE SOUTIEN DES AIDANTS FAMILIAUX ET PROFESSIONNELS

Avec le lancement du programme national « BIEN VIEILLIR » en 2003, la mission "Bien vivre chez soi" lancée par Mme Nora Berra en 2010, alors secrétaire d'Etat chargée des Aînés, les pouvoirs publics ont favorisé une prise en charge professionnelle de l'aide quotidienne avec une responsabilisation du suivi sanitaire et social des personnes en perte d'autonomie. L'entourage de la personne soutenue est ainsi bien plus disponible pour des relations humaines de qualité.

4.1.1 Une aide informelle à soutenir et protéger

Plus de 4 millions d'aidants familiaux interviennent régulièrement à titre non professionnel auprès d'une personne âgée de plus de 60 ans. 75 % des bénéficiaires de l'APA sont aidés par leurs proches avec un investissement horaire deux fois supérieur à celui des professionnels.

L'aidant familial est un élément primordial pour rendre réalisable le principe du libre choix. La question de la solidarité familiale est complexe car si elle est réelle, elle est profondément inégalitaire. En effet, elle dépend en premier lieu d'un facteur socio démographique (avoir ou non des enfants) ; par ailleurs, le terme solidarité recouvre des réalités extrêmement

différentes selon les personnes et enfin, les solidarités sont souvent électives: on aide plutôt ceux que l'on préfère, pas nécessairement ceux qui en ont le plus besoin.

La mission a constaté que cet investissement des aidants familiaux était facteur de nombreux risques de santé pour ces derniers.

Les études publiées sur la santé des personnes qui aident seules un proche mettent en évidence l'impact négatif d'un stress chronique, d'un état dépressif plus fréquent, d'une augmentation des troubles cardiovasculaires, et d'une mortalité accrue. Il apparaît évident que la santé de ceux qui s'occupent d'une personne en perte d'autonomie est menacée si la relation d'aide n'est pas mieux guidée et soutenue. L'oubli de soi conduit à ne plus prendre soin de soi. L'épuisement est souvent proche. La situation empire dangereusement lorsqu'on se rend compte que cet épuisement rend impossible, à terme, l'accompagnement de la personne âgée. Dès lors, la prévention de l'épuisement des aidants doit être mieux prise en compte par les pouvoirs publics.

Il conviendrait d'une part, de conforter « l'aide aux aidants » en s'appuyant sur les professionnels de l'aide à domicile. L'idée d'une sorte de « compagnonnage » comme le préconise l'Association des Départements de France dans ses « 55 propositions pour relever le défi de la perte d'autonomie » apparaît comme une piste pertinente. Les services d'aide à domicile prestataires seraient ainsi autorisés par les conseils généraux dans le cadre d'une mission d'intérêt général à accompagner et à transmettre leur savoir aux aidants familiaux.

La mission préconise d'autre part, le développement de structures d'écoute, de répit, un suivi médical régulier et préventif. Enfin, une aide particulière mériterait sans doute d'être développée dans la démarche des aidants familiaux notamment auprès des centres locaux d'information et de coordination (C.L.I.C.). Les maisons pour l'intégration et l'autonomie des maladies d'Alzheimer (M.A.I.A.) constituent également une réponse importante comme la mission a pu l'observer à Nantes, Nice et Toulouse. La réponse apportée par la Mutualité française (*le Fil mauve*) va dans le même sens et mériterait d'être essaimée.

4.1.2 Une aide formelle à mieux structurer

La complémentarité entre aide familiale et aide professionnelle permet de maintenir en grande partie l'autonomie et la vie sociale et plus globalement la qualité de la vie d'une personne âgée.

La mission a pu observer que les familles ont rarement les moyens de dépister les premiers signes de dépendance et font appel tardivement à un accompagnement professionnel. «La dépendance psychique et la culpabilité de ne pouvoir gérer seul la prise en charge de l'être aimé rendent difficile l'action de faire appel à une aide extérieure. Le plus souvent on a recours aux professionnels quand un problème insurmontable par la famille seule survient» (Mme Michèle Dange, Mutualité française). Ce sont également des considérations financières et la rigidité des modes d'intervention, qui freinent le plus les familles à faire appel à une aide extérieure

La mission considère par ailleurs que l'aide formelle en direction du maintien des personnes âgées à domicile se caractérise actuellement par une structuration trop complexe et un financement insuffisant.

Ainsi, une personne âgée sollicitant une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne est confrontée à une multiplicité d'acteurs, relevant de différents financeurs : le Conseil général pour l'APA, les caisses de retraite pour l'aide ménagère, l'assurance maladie pour les soins, les mutuelles pour les aides temporaires. Les formes d'aides professionnalisées proposent des prestations différentes et hétérogènes. Les écarts de prix de ces services se répercutent sur le nombre d'heures dont peut bénéficier la personne âgée ainsi que la formule d'aide.

L'éventail des services d'aide à domicile est très large : emploi direct (de gré à gré), où le particulier est l'employeur, recours à des organismes mandataires (le particulier reste l'employeur mais la structure assure l'intermédiation entre offre et demande) et les organismes prestataires (l'intervenant à domicile est salarié de la structure) tels les centres communaux d'action social (CCAS), les entreprises commerciales ou les associations.

La mission observe que les liens entre les soins et l'aide à la vie quotidienne, qui font appel à des compétences différentes, restent peu développés. Le rapport de la Cour des Comptes de

2008 (*La prise en charge des personnes âgées dépendantes*) évoquait déjà cette problématique, notamment à travers le cloisonnement des acteurs (infirmiers libéraux et autres professionnels du maintien à domicile).

Cette fragmentation du secteur se retrouve également en terme de financement (d'un côté l'APA, de l'autre l'assurance maladie). L'insuffisance de coordination des acteurs est patente alors que la frontière entre soins médicaux et aide à la vie quotidienne est parfois ténue. La DREES (Ministère de la Santé et des Solidarités) estimait en 2006 qu'un quart des personnes en perte d'autonomie étaient pris en charge par plus de six intervenants.

- La mission souhaite évoquer par ailleurs la problématique territoriale de mise en œuvre du maintien à domicile des personnes âgées. Le niveau communal ou celui des communautés de commune par opposition au département apparaît de plus en plus adapté, par sa proximité pour développer le maintien à domicile, notamment des personnes âgées les moins dépendantes. Sur de petits territoires, certains producteurs d'aide de soins travaillent déjà ensemble afin de favoriser le maintien à domicile (CLIC et SSIAD). De même, l'hôpital local est souvent le lieu de développement d'une coordination efficace des acteurs sociaux, para médicaux et médicaux.

Enfin, une coordination de qualité semble être le véritable pivot d'un accompagnement performant de la perte d'autonomie et de sa prévention. Cette coordination implique une véritable circulation de l'information pour tous les acteurs en présence (à partir du médecin traitant, l'infirmière, l'auxiliaire de vie...) afin de comprendre globalement une personne âgée en perte d'autonomie.

Comme l'a exposé le Pr Gilles Berrut (CHU de Nantes), tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et prévoir les risques de perte d'autonomie. L'approche globale de la personne âgée a fait les preuves de son efficacité en terme de diminution de la mortalité, d'institutionnalisation et réhospitalisation précoce. La prévention de la dépendance s'inscrit ainsi aujourd'hui dans un système plus global avec une mise en réseau de tous les spécialistes concernés. L'aide à domicile doit y participer dans une logique identique de partenariat.

Les aides à domicile par leur proximité avec les bénéficiaires, sont des acteurs de terrain de tout premier ordre pour dépister, repérer et prévenir la dépendance et ensuite accompagner cette dépendance. Les pouvoirs publics et les professionnels du réseau gérontologique ont pris

la mesure du défi organisationnel que représente de maintenir socialement active une population vieillissante. Ce qui fait défaut aujourd'hui est un plus grand nombre d'auxiliaires de vie. Les créations de postes attendues seront à la mesure de la valorisation de ce métier.

Les responsabilités des auxiliaires de vie sont bien supérieures aux actes techniques qu'elles peuvent pratiquer, si on leur donne les moyens de correctement exercer leur métier. Il faudra du temps et de la volonté, à la fois pour éduquer le grand public aux questions du vieillissement, et pour intégrer une médecine de prévention à notre système de santé fondé sur les soins.

Enfin, la mission considère que l'arrivée à la vieillesse des générations du baby boom au cours des prochaines décennies et l'augmentation de l'espérance de vie aux âges avancés auront des répercussions sur la demande qualitative de services. Les estimations de cette demande devront cependant prendre en considération l'évolution qualitative de la population. L'accès à l'instruction, l'accumulation de ressources financières, la participation accrue des femmes au marché du travail, les différents types de ménage par lesquels sera passée la personne représentent un ensemble de facteurs qui influenceront le comportement de la personne âgée de demain.

Le libre choix implique néanmoins de protéger un tissu social, familial autour de la personne qui ne doit pas être dissocié de son environnement principal. Des alternatives entre l'aide à domicile et les Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) doivent être envisagées. Enfin le souhait de « mourir chez soi » est une revendication importante à écouter et respecter.

4.2 POUR UNE ADAPTATION DU LOGEMENT, DU QUARTIER OU DU VILLAGE, DE LA VILLE

Parce qu'il est un acte de consommation et d'investissement, le logement a une double relation au risque de dépendance. La première passe par l'importance que prend le cadre de vie en situation de perte d'autonomie et de dépendance physique, et la seconde par l'épargne que le logement constitue pour un propriétaire qui aurait besoin de financer des dépenses liées à la dépendance.

D'une façon générale, le logement prend de l'importance au fur et à mesure que l'on vieillit et que l'on y passe davantage de temps parce que les déplacements extérieurs se réduisent. Par ailleurs, la perte d'autonomie demande de financer non seulement des soins, mais aussi l'hébergement, par l'aménagement du logement ou le déménagement vers un logement adapté. La « consommation de logement » s'entend d'ailleurs ici au sens large et dans ses multiples dimensions, dont la moindre n'est pas la localisation, qui commande l'accessibilité et la sécurité.

De leur côté, les collectivités locales ne doivent pas sous-estimer l'importance de l'aménagement des quartiers pour leur population âgée, que ce soit pour minimiser les risques de chutes, faciliter les déplacements des seniors, mais aussi, on n'y pense moins, de leurs aidants.

4.2.1 L'adaptation du logement des personnes âgées

La préférence va clairement à la vie en logement indépendant : les personnes âgées, dont le revenu a beaucoup augmenté et qui sont en meilleure santé, mieux éduquées, restent chez elles, et en couple, plus longtemps.

Ceci n'est pas sans influence, entre autres, sur la souscription à une assurance dépendance. En Europe, et en France en particulier, seule l'enquête Share (Survey of Health Aging and Retirement in Europe) sur les 50 ans et plus, avec ses deux premières vagues, commence à fournir les données indispensables à de telles analyses. Parmi les ménages âgés, la mobilité résidentielle est très faible sauf après un veuvage. Le désir est clairement de vieillir chez soi.

Quand il y a mobilité résidentielle entre logements qualifiés d'ordinaires, c'est-à-dire hors établissements d'hébergement, elle semble « non contrainte ». En témoigne le fait que plus on est riche, plus on bouge, et que l'état de santé et son évolution ont peu d'influence. Notons qu'on bouge d'autant moins que le logement est adapté. Il y a donc bien choix de cette immobilité. Par contraste, la mobilité vers un établissement d'hébergement semble triplement contrainte, par des problèmes de santé, mais aussi par un revenu faible et l'absence d'enfants et de conjoint. Ceci est observé dans tous les pays d'Europe (Angelini et Laferrère, 2008).

On assiste depuis plusieurs décennies à une baisse de la « corésidence » au fil des générations. Pour autant, la proximité géographique avec les enfants demeure encore très importante en Europe (beaucoup plus qu'aux Etats-Unis par exemple). Aux grands âges, les déménagements

rapprochent les membres des familles. Cette proximité géographique facilite les échanges familiaux d'aide qui sont considérables.

Santé, ressources financières, niveau d'éducation, réseau familial interagissent donc et doivent être observés simultanément. Si vieillir chez soi est l'idéal, la mission a souhaité avancer plusieurs questions ou réflexions. La façon dont on vit la dépendance dans l'espace et le temps est sûrement un choix de société. Le logement, par son aspect multidimensionnel, oblige à aborder la question non seulement en termes de financement et de ressources, dont il est un élément essentiel, mais aussi en termes familiaux et humains : où vivent et où vivront les personnes dépendantes, avec qui, et comment ? Autant de choix impliquant de multiples acteurs sociaux, des choix délicats, et trop souvent sous contrainte.

La propriété du logement est très répandue parmi la population âgée, donc à risque (73% des Français de plus de 60 ans sont propriétaires). Plus d'un tiers des non propriétaires de plus de 60 ans vivent en logement social. Le logement est considéré de plus en plus pour un propriétaire comme une « assurance sur l'avenir ». En particulier les travaux d'aménagement d'un logement prennent du temps et sont entrepris en prévision des risques potentiels, donc avant que la dépendance soit révélée. Une question de la dernière enquête Share portait sur le degré d'adaptation des logements à une personne âgée ou handicapée. Seuls 6 % des Français de 50 ans et plus déclaraient habiter un logement spécialement adapté contre 16 % aux Pays-Bas. Même parmi les 20 % qui rencontraient des problèmes de mobilité physique, seuls 12 % résidaient au sein d'un logement doté d'équipements spéciaux. La demande potentielle paraît donc élevée. La mission considère cependant que l'adaptation devrait profiter équitablement aux propriétaires comme aux locataires, logement social compris. L'initiative du département du Rhône apparaît de ce point de vue exemplaire. D'une part, le Département soutient financièrement l'adaptation et l'amélioration du logement dans le cadre de l'A.P.A. à domicile et la Prestation de Compensation du Handicap (P.C.H.), mais aussi à travers des aides complémentaires à celles de l'Agence Nationale de l'Habitat.

D'autre part, le Département souhaite tendre vers un quota de 20 à 25% de logements adaptés dans les immeubles d'habitation au sein d'un environnement de proximité. De plus, ces logements doivent être banalisés, l'idée n'étant pas de transformer un immeuble d'habitation en une résidence spécialisée. Les bailleurs sociaux engagés dans cette démarche s'efforceront de programmer jusqu'à 20% de logements adaptés dans les opérations neuves qu'ils auront désignées, au regard des besoins et des potentialités du territoire.

Comme le souligne Pierre Denaud (Meaux Habitat), « la question du vieillissement doit interpellier le maître d'ouvrage dans son travail au quotidien ». La grille AGGIR est peu aidante si on se place dans une logique de confort d'usage et de développement de l'autonomie de ces ménages. Plusieurs facteurs ont évolué au cours des dernières années. La notion de « confort d'usage » par exemple est à replacer dans le champ de l'accessibilité et surtout de l'adaptabilité. L'idée est d'équiper les logements dans une logique d'usage pour tous (matériaux et équipements non discriminants et confortables à tous les âges). Le « mieux être » apporté aux personnes en perte d'autonomie devrait être parfaitement approprié par les personnes totalement valides.

La mission pense qu'il est pertinent de travailler aussi sur des projets de « relocation d'espace ». Lorsqu'un appartement est libéré, quelle politique d'achat et quelle pratique de travaux pourraient être mises en place pour que le logement soit potentiellement capable d'accompagner une perte d'autonomie. L'adaptation du logement peut être la pose d'une barre ou le bon positionnement d'un buffet, mais ce n'est pas que cela, car l'espace global doit aussi permettre cette adaptation.

La mission considère aussi qu'il conviendrait de faire évoluer les politiques et les pratiques professionnelles pour l'adaptation des logements des personnes âgées à faible revenu. A ce sujet, des situations émergentes semblent de plus en plus prégnantes sur les différents territoires : le constat de travaux inadaptés ou insuffisants pour répondre à la réalité des besoins des personnes âgées en situation d'habitat indigne ou d'habitat en déshérence, que les politiques menées récemment ont permis de mettre en évidence. Sur cette forme d'habitat qui pâtit d'un retard réel et important en matière d'entretien, le statut de propriétaire, s'il présente un certain nombre d'intérêts économiques, conduit parfois aussi à des situations tragiques pour des personnes « en bout de course ». Pour ces personnes âgées modestes et pauvres, les charges des travaux de copropriété ne peuvent plus être assumées, avec des conséquences en termes d'exclusion de la copropriété.

Une autre problématique porte sur les « anciens jeunes actifs » des années 1960-1970, qui ont fait construire des maisons sur deux niveaux, et qui sont confrontés aujourd'hui à des contraintes très pénalisantes en matière de maintien à domicile à long terme. Il paraît évident que les seuls revenus ne suffisent pas à définir cette problématique, qui renvoie à bien d'autres caractéristiques, notamment l'isolement géographique et social.

4.2.2 Pour une approche nouvelle du domicile dans son environnement urbain

Comme l'a exposé Pierre-Marie CHAPON, « la séparation entre médico-social et santé - justifiée dans un premier temps- entraîne aujourd'hui des effets pervers. Les politiques sectorielles conduites freinent l'innovation. »

D'une part, les développements en faveur des personnes âgées fonctionnent selon une logique binaire (maintien à domicile renforcé ou placement en établissement pour les plus dépendants). La logique de l'aménagement parcellaire prévaut au détriment d'une approche globale, collective et ambitieuse pour prévenir la dépendance.

D'autre part, les solutions de maintien à domicile sont réalisées dans un parc de logement bien souvent encore inadapté et pour lequel les financements sont fragmentés (PAH, ANAH, Caisses de retraites...), ne facilitant pas ainsi leur rénovation.. Les politiques sectorielles comportent des défauts et les tentatives de troisième voie face à l'alternative de l'établissement et du maintien à domicile n'ont pas encore convaincu.

La mission considère qu'une nouvelle approche collective mériterait d'être étudiée car elle permettrait de mettre en œuvre une conception de l'aménagement centrée sur les « quartiers » et le « village » favorisant ainsi l'intégration sociale et spatiale de chacun. «Proposons de nouveaux domiciles dans lesquels le vieillissement est possible, sans qu'il s'agisse spécifiquement de logements à destination de personnes âgées.» (Emmanuelle Ladet, FCEs) .

Ces « nouveaux quartiers » intégrés au cœur des territoires peuvent grâce aux nouvelles technologies évoluer et s'adapter, au fil du temps, aux besoins des résidents.

Pour Messieurs. Yvan Olivry et Pierre-Marie Chapon, il est possible de créer aujourd'hui autour d'une petite unité de moins de 25 lits pour personnes dépendantes, des logements totalement accessibles reprenant les principes du logement universel et hébergeant à la fois des familles et des personnes âgées. Les appartements seraient équipés en fonction des besoins des différents hébergés.

Ils pourraient être suivant les nécessités, reliés en permanence à un centre de soins et comprendraient des systèmes d'alarmes et de détecteurs de chute ou d'événement grave ;

Ils pourraient être « facilitateurs » pour des personnes en relativement bonne santé mais ne souhaitant pas vivre totalement isolées ;

Ils pourraient être plus « classiques » c'est-à-dire sans équipement spécifique mais possédant les bases pour devenir « facilitateur » ou plus « sécurisé ».

La mission considère que de « nouveaux logements » doivent désormais permettre de concevoir un habitat répondant collectivement à ces différentes problématiques, et pouvoir suffisamment évoluer au fil du temps. Ces logements évolutifs doivent rester, dans la symbolique, des « domiciles » dans lesquels peuvent intervenir un personnel médical autant que de besoin, ou pour lesquels la gestion par un S.S.I.A.D. qui interviendrait également dans les logements du quartier ou du secteur est préférable à celui d'un E.H.P.A.D.

Enfin, il est important que ces nouveaux quartiers ou cœur de village comprennent un « pôle d'attraction » : commerces, restaurants, médecins... accessibles à tous.

4.2.3 Faciliter et développer les modes de déplacement

Nombre d'enquêtes du Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (Certu), Ministère de l'Écologie, du Développement et de l'Aménagement durables, montrent que la présence de commerces et de moyens de transport à proximité du lieu de résidence est essentielle pour les personnes âgées. Le premier motif de déplacement des seniors concerne ainsi les achats, selon une étude de 2001.

Il conviendrait sans doute que les documents d'urbanisme prennent mieux en compte à l'avenir ces données, et qu'ils installent par exemple les résidences pour personnes âgées à moins de 500 mètres des pôles commerciaux. Actuellement, un quart des établissements pour personnes âgées ne sont pas desservis par les transports en commun, selon les chiffres du ministère de la santé. Comment les seniors peuvent-ils sortir ou recevoir des visites ?

Le docteur Jean-Pierre Aquino a également plaidé pour une meilleure intégration des besoins de mobilité des aînés. « Pouvoir sortir de chez soi, se déplacer librement dans la ville, est un facteur essentiel du vivre chez soi. D'autres dispositions sont également à prendre en considération, pour favoriser la mobilité des seniors, estime Claude Dumas, directeur du Centre de ressources et d'innovation mobilité handicap (Cerehm). « Il faut "améliorer la voirie", puisque la marche à pied est le mode de déplacement privilégié des seniors,

notamment après l'arrêt de la conduite : les rues doivent être assez larges pour accueillir des déambulateurs ou des fauteuils roulants, et comporter des points de repos. Il faudrait sans doute aussi "augmenter le nombre de zones limitées à 30 km/h", qui permettraient de limiter les accidents dont les seniors sont victimes : en 2006, 51 % des piétons tués étaient âgés de 65 ans et plus. Parce qu'ils sont plus fragiles, les accidents qui les touchent sont souvent mortels.

4.3 L'APPORT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES

4.3.1 La domotique

- La domotique est l'ensemble des techniques de l'électronique, de physique du bâtiment, d'automatismes, de l'informatique et des télécommunications utilisées dans les bâtiments. La domotique vise à apporter des fonctions de confort (optimisation de l'éclairage, du chauffage), de gestion d'énergie (programmation), de sécurité (comme les alarmes) et de communication (comme les commandes à distance ou l'émission de signaux destinés à l'utilisateur)...

Concernant la prévention des personnes âgées dépendantes, la domotique apporte des solutions permettant de sécuriser les déplacements au travers des habitations, à l'aide d'éclairages automatique des couloirs, marches ou escaliers, et plus généralement les obstacles qui sont sources d'accidents. Techniquement, les dispositifs existent, l'installation de capteurs de mouvements et de présence est devenue également plus facile.

Des télécommandes classiques ou de type téléthèse (conçue spécifiquement pour le handicap de l'utilisateur), permettent des actions évitant des déplacements, comme la gestion de l'éclairage, l'ouverture automatisée des ouvrants (portes, fenêtres, volets), la commande d'un ascenseur (lorsqu'une personne à mobilité réduite habite une maison à plusieurs niveaux), le confort thermique, l'utilisation d'équipement multimédia (télévision, audio, vidéoportier), l'utilisation d'un téléphone...

Il existe également des solutions pour les troubles sensoriels ou cognitifs, afin de ne pas s'isoler du monde extérieur. Ces solutions simples permettent de rester chez soi dans les meilleures conditions matérielles et d'assurer un bien-être psychologique.

Le rapport de la mission VIVRE CHEZ SOI présenté par le Pr. Alain Franco à Mme Nora Berra, alors secrétaire d'Etat en charge des aînés en juin 2010 présentait une recommandation visant à « démocratiser » et faciliter le développement de ces nouveaux produits. « Dédramatiser le recours à ces technologies, rendre explicites des besoins non formulés à ce jour », apparaît comme une nécessité pour le Pr. Franco. La ressource d'une campagne de communication et de sensibilisation de la cible, des professionnels et de l'opinion publique pourrait répondre à cette problématique et contribuer à lever ce frein au développement du secteur.

4.3.2 Les nouvelles technologies de l'information et des communications

Les nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC) devraient permettre de plus en plus aux personnes âgées de rester actives et productives plus longtemps, de conserver un rôle social dans la société grâce à des services en ligne plus accessibles.

La majorité des personnes âgées ne profite pas encore des bienfaits de l'ère numérique, des communications et des services en ligne peu coûteux qui pourraient leur permettre de satisfaire une partie de leurs besoins réels. 10 % des personnes âgées de plus de 75 ans utilisent internet. Des problèmes visuels, auditifs, ou un amoindrissement de leur dextérité, découragent de nombreuses personnes âgées (21 % des plus de 50 ans) de s'aventurer dans la société de l'information.

Pour faire face à cette situation, une initiative européenne vise actuellement à :

- surmonter les obstacles techniques et réglementaires au développement du marché, en évaluant les marchés et en facilitant l'échange de bonnes pratiques entre États membres;
- accélérer l'adoption des technologies, par exemple au moyen d'un ensemble de projets pilotes et d'un système européen de récompenses pour les maisons intelligentes et les applications destinées à favoriser l'autonomie ;
- stimuler la recherche et l'innovation, en soutenant sans retard un programme de recherche conjoint entre les secteurs public et privé, consacré à «l'assistance à l'autonomie à domicile».

Ce programme vise à favoriser l'émergence de produits, services et systèmes innovants fondés sur les NTIC, au profit de la population vieillissante de l'Europe.

D'ici à 2013, l'Union européenne et ses États membres, ainsi que le secteur privé, investiront ensemble plus d'un milliard d'euros dans la recherche et l'innovation pour «bien vieillir» : environ 600 millions d'euros devraient être investis dans le programme d'assistance à l'autonomie à domicile ; 400 millions d'euros dans le dernier programme-cadre de recherche de l'Union Européenne et environ 30 millions cette année dans le programme d'appui stratégique en matière de NTIC.

Ce plan d'action et le programme de recherche devraient permettre d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, et créer une base industrielle solide pour les NTIC associées au vieillissement en Europe. L'Europe pourrait ainsi devenir un marché de pointe pour les NTIC au service d'un vieillissement de qualité. Par ailleurs, la recherche destinée à mettre au point des appareils plus pratiques et plus simples, et d'une utilisation plus facile, devrait trouver un champ d'application beaucoup plus vaste.

4.3.3 Le développement de géronto-technologies

La mission a constaté que la demande sociale était en forte évolution dans ce domaine, mais que paradoxalement, comme pour la domotique en général, les technologies peinaient à trouver leur marché.

La gérontechnologie (ou gérontotechnologie) est un domaine académique et professionnel, interdisciplinaire, qui synthétise la gérontologie et la technologie. Elle consiste à créer des environnements technologiques au service de la santé, du logement, de la mobilité, de la communication, des loisirs et du travail des personnes âgées. Les technologies peuvent apporter une aide très appréciable dans le soin gérontologique au sens large. Elles peuvent en particulier aider les professionnels à remplir leurs tâches ou aider les patients à conserver leur autonomie ou à compenser les déficiences fonctionnelles.

En France, les réflexions médicales, sociales, scientifiques et éthiques associées aux gérontechnologies ont favorisé dès les années 2000 la création d'un groupe de travail spécifique au sein de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (www.sfgg.fr). Sous

l'impulsion de géiatres et de scientifiques comme le Professeur Alain Franco, ce groupement est devenu en mai 2007 une filiale scientifique à part entière : la Société Française de Technologies pour l'Autonomie et Gérontechnologie (www.sftag.fr).

Cette Société Savante s'appuie également sur l'expertise de Laboratoires de recherche comme AGEIS (www.ageis.org), dont la vocation est de recenser et d'évaluer, en totale neutralité par rapport aux industriels, toutes les gérontechnologies et technologies pour l'autonomie innovantes qui apparaissent sur le marché français.

L'enjeu sociétal est donc majeur et les technologies pour l'autonomie permettent d'y répondre en partie. Elles participent sans doute au bien vieillir de nos aînés à domicile et en établissements d'hébergement, en leur permettant de communiquer avec leurs proches, de conserver un lien social fort, de prévenir et répondre à d'éventuels troubles cognitifs, de se déplacer de manière autonome, de sécuriser et adapter l'habitat pour permettre un maintien à domicile, de demander de l'assistance...mais aussi, de se divertir ou encore d'assister et aider les aidants familiaux et professionnels.

Ces technologies peuvent également s'appuyer sur des progrès médicaux. La mission a par exemple eu le plaisir d'auditionner une jeune société bordelaise qui semble avoir trouvé un dispositif en titane qu'elle pourrait installer de façon préventive sur la seconde hanche lorsque la première est réparée.

Ce secteur économique est relativement jeune, mais fait preuve d'un dynamisme, d'une créativité et d'un investissement humain important comme l'ont confirmé l'audition des représentants de l'Association Solutions Innovantes pour l'Autonomie et Gérontechnologies (ASIPAG). Plusieurs de ces « jeunes pousses » sont soutenues par OSEO et les Conseils régionaux.

Les technologies pour l'autonomie représentent un secteur économique prometteur, dont le potentiel est encore méconnu par les pouvoirs publics, et certains grands acteurs économiques. Avec une croissance de chiffre d'affaires de plus de 60 % en 2010, le secteur Technologie pour l'Autonomie montre une dynamique remarquable. Cette dynamique démontre le potentiel de croissance du secteur.

Les facteurs fondamentaux de croissance de ce secteur sont bien identifiés: longévité croissante, besoin pour une qualité de vie à tous les âges, enjeu de réduction des coûts liés à la

gestion du cinquième risque, opportunité créée par l'adaptation des nouvelles technologies aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Le secteur des technologies pour l'autonomie est un double gisement d'emploi en France : d'une part, des ressources d'ingénierie et de développement sont nécessaires pour imaginer, développer et concevoir de nouvelles solutions à haut contenu technologique ; d'autre part, les solutions technologiques pour l'autonomie sont une source importante de services non délocalisables.

Toutefois, en comparaison à la progression des exportations, la croissance du marché français paraît en retrait. Des actions de soutien économique émanant des pouvoirs publics et des grands acteurs privés pourraient concrètement aider au développement du marché. En particulier, les représentants de l'ASIPAG ont déploré la faiblesse des canaux de distribution spécialisée, et invité les grands acteurs du marché à vaincre leur réticence à nouer des partenariats structurants avec de jeunes sociétés innovantes.

A titre d'exemple, la démarche de l'entreprise Legrand s'inscrit dans ce nouveau contexte. Consistant à faire de l'assistance à l'autonomie et du maintien à domicile des personnes âgées un axe majeur de son développement, cette stratégie « industrielle » se traduit actuellement par l'accompagnement de nombreux projets expérimentaux régionaux s'appuyant sur des partenariats de recherche hospitaliers et universitaire (gériatrie, ergothérapie, ...) mais aussi sur des réalisations effectives:

- Projet M.A.D.O.N.A.H à Bourges (2009)

Un appartement prototype “ habitat intelligent ” destiné aux personnes âgées et/ou handicapées permet à des chercheurs et des ingénieurs de tester, en situation réelle, divers dispositifs technologiques. Il est doté – en autres – de nombreux équipements domotiques.

- Institut de formation en Ergothérapie, à Nancy (2009)

L'objectif est de sensibiliser les étudiants et partenaires de l'Institut de formation en Ergothérapie de Nancy à l'ensemble des solutions permettant d'adapter un cadre de vie au maintien à domicile d'une personne en situation de handicap. Pour cela, un espace de 40 m² simulant un logement adapté aux personnes handicapées a été équipé de nombreuses solutions domotiques Céliane.

- Programme de 2000 logements avec le Pack domotique, en Creuse (2006 - en cours de réalisation)

Un pack domotique qui comprend un « chemin lumineux », des détecteurs de gaz, de fumée et d'élévation de température est en cours d'installation dans 2 000 logements creusois. Il utilise la technologie radio et permet de conserver l'éclairage existant.

- GÉROPASS : Des logements sociaux adaptés au grand âge, à Couzeix (2008 - en cours de réalisation)

Le projet mené par Habilim, entreprise sociale pour l'habitat en Limousin, en collaboration avec deux gérontologues du CHU de Limoges, le Pr. Dantoine et le Dr. Meyer a pour but d'évaluer les stratégies d'aide à l'autonomie au domicile dans le cadre de la prise en charge de patients âgés.

- ESOPPE (2009)

En partenariat avec Corrèze Téléassistance le projet Esoppe a permis l'équipement d'une centaine de personnes âgées d'un système de Téléassistance couplé à un pack domotique.

- Convention de partenariat entre le Conseil Général de Corrèze et Legrand pour le déploiement à grande échelle de l'assistance à l'autonomie (2011 - en cours de réalisation)

La mission estime que l'apport de ces nouvelles technologies peut être pertinent dans une approche préventive de la dépendance et du maintien à domicile. Si ce secteur de la domotique et des gérontechnologies n'est peut-être pas encore arrivé à maturité commercialement, il serait néanmoins opportun que les pouvoirs publics s'impliquent davantage dans leur développement, et dans une communication soutenue à destination des personnes âgées.

RECOMMANDATIONS

1^{ère} : FIXER POUR LA FRANCE L'OBJECTIF AMBITIEUX D'UN GAIN DE 3 ANS D'ESPERANCE DE VIE SUPPLEMENTAIRE EN BONNE SANTE POUR NOS AÎNES A L'HORIZON 2025

L'espérance de vie en bonne santé des Français, c'est-à-dire sans limitation d'activité ou sans incapacités majeures continue d'augmenter régulièrement depuis vingt ans. Pourtant, la période de risque accru de dépendance calculée au niveau européen ne place pas la France parmi les meilleurs élèves. Les pays du Nord de l'Europe ont en moyenne une période de risque accrue réduite de près de cinq années grâce à une politique de prévention efficace vers toute la population.

La France doit s'engager dans une politique volontariste de prévention à tous les âges de la vie, et tendre vers un objectif ambitieux d'un gain de trois années en bonne santé à l'horizon 2025.

2^{ème} : PROMOUVOIR L'ACTIVITE DES SENIORS POUR PREVENIR LA DEPENDANCE

L'activité professionnelle ou bénévole est le plus puissant moteur de longévité grâce à la stimulation intellectuelle et physique qu'elle entraîne. Sans compter les avantages économiques qui en résulteraient, une meilleure dynamique d'activité des seniors constitue le meilleur agent de prévention de la dépendance des personnes âgées en permettant de conserver plus longtemps ses fonctions cognitives et son activité générale.

3^{ème} : LANCER UNE CAMPAGNE NATIONALE EN FAVEUR DU BIEN VIEILLIR

Le discours trop souvent négatif autour du thème du vieillissement de la population doit s'inverser. Ces représentations négatives du vieillissement freinent l'anticipation des Français dans leur état de santé futur, et le développement des politiques publiques (adaptation des logements, des transports, de la ville). Le lancement d'une campagne

nationale de promotion du « bien vieillir » accompagnée d'une loi d'orientation permettrait aux pouvoirs publics de communiquer de manière originale et positive sur la promotion de l'information et de l'éducation, la prévention des maladies liées à l'âge par le style de vie et l'éradication des facteurs de risque, la poursuite de l'activité professionnelle ou bénévole, le maintien de l'optimisme et de l'estime de soi par l'intégration sociale.

4^{ème} : LABELLISER LES ENTREPRISES QUI METTENT EN PLACE DES PROGRAMMES DE PREVENTION ET D'EDUCATION EN SANTE

La prévention en entreprise constitue un levier appréciable en terme de prévention globale et de lutte contre la dépendance La Fondation nationale de gérontologie travaille actuellement sur un projet de recherche visant à démontrer aux employeurs et aux pouvoirs publics qu'un programme de prévention de la santé effectué en entreprise permet d'accroître la culture sanitaire. La proposition de labelliser les entreprises participant à cet effort de prévention permettrait de changer les comportements et améliorer le bien-être et l'efficacité du personnel tout en changeant l'image de l'entreprise.

5^{ème} : CIBLER ET ORGANISER DES CONSULTATIONS DE PREVENTION VERS LES POPULATIONS LES PLUS VULNERABLES ET LES PLUS FRAGILES TOUT EN ASSURANT UN SUIVI REGULIER

Le constat d'inégalités inter et infra régionales dans l'accès aux soins et dans les indicateurs de santé est désormais abondamment étayé. Les facteurs de ces inégalités sont également largement connus : socio-économiques, mauvaise répartition régionale de l'offre de soins (équipements et professionnels de santé), risques plus spécifiques à telle ou telle région...Le vieillissement de la population à venir risque de constituer un nouveau facteur d'approfondissement de ces inégalités et une croissance accélérée de la dépendance des personnes âgées.

La mission préconise de mettre en place des dépistages précoces de pathologies (diabète, hypertension, surdité,...) en ciblant prioritairement les populations b n ficiaries de

l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ex. minimum vieillesse), celles n'étant pas couvertes par une mutuelle, ou lors d'un retour à domicile après hospitalisation.

6ème : AIDER LES AIDANTS EN S'APPUYANT SUR LES PROFESSIONNELS DE L'AIDE A DOMICILE ET EN DEVELOPPANT UN SUIVI PREVENTIF INDIVIDUEL

Plus de 4 millions d'aidants familiaux interviennent régulièrement à titre non professionnel auprès d'une personne âgée de plus de 60 ans. 75 % des bénéficiaires de l'APA sont aidés par leurs proches avec un investissement horaire deux fois supérieur à celui des professionnels.

Il convient d'une part, de conforter « l'aide aux aidants » en s'appuyant sur les professionnels de l'aide à domicile (compagnonnage). Les services d'aide à domicile prestataires seraient autorisés par les conseils généraux dans le cadre d'une mission d'intérêt général à accompagner et à transmettre leur savoir aux aidants familiaux.

La mission préconise d'autre part, le développement de structures de répit, un suivi médical régulier et préventif, et une aide dans leurs démarches notamment auprès des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et des maisons pour l'intégration et l'autonomie des maladies d'Alzheimer (MAIA)

7ème : ENCOURAGER ET DEVELOPPER LA RECHERCHE CLINIQUE ET APPLIQUEE DANS LE DOMAINE DE LA GERIATRIE EN RENDANT PRIORITAIRES LE DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE FONDAMENTALE DANS LES DOMAINES DU VIEILLISSEMENT DES PATHOLOGIES DU GRAND AGE, ET DE L'ECONOMIE DE LA SANTE

La création d'un ou de deux centres d'excellence sur le territoire en matière de recherche fondamentale et appliquée dans le domaine de la gériatrie et de la prévention de la dépendance, permettrait de réunir recherche fondamentale et plate-formes technologiques, enseignement supérieur et industrie pour apporter une réponse aux grands enjeux sociétaux du vieillissement.

8^{ème} : LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LES DEPENDANCES EVITABLES ET IATROGENES SURVENUES LORS D'UN SEJOUR A L'HOPITAL

La généralisation des bilans gériatriques et un accompagnement systématique des sorties après hospitalisation facilitent les retours à domicile des personnes âgées. Beaucoup d'entrées en dépendance sont ainsi évitées, du moins repoussées.

L'élargissement des prérogatives du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) à la lutte contre les dépendances évitables et iatrogènes au sein des établissements de santé, permettrait de construire des référentiels de bonnes pratiques et de construire des indicateurs de suivi.

9^{ème} : ENGAGER DES MESURES INCITATIVES AU PLAN NATIONAL ET LOCAL EN FAVEUR DU SPORT ET DE L'ACTIVITE PHYSIQUE DES SENIORS EN PARTENARIAT AVEC LES FEDERATIONS SPORTIVES

L'activité physique et sportive est un pilier majeur de prévention de la dépendance des personnes âgées en participant au maintien de l'équilibre nutritionnel et des capacités cognitives. Des politiques publiques devraient permettre de faciliter et développer ces pratiques pour faire venir à l'activité physique et sportive les publics qui en sont ou s'en croient exclus. L'objectif, en partenariat avec l'ensemble des fédérations sportives, viserait à aider et développer des activités physiques et sportives non compétitives, adaptées aux populations séniors et en ciblant plus particulièrement les personnes en surpoids, sédentaires ou souffrant de maladies cardiovasculaires ou d'autres pathologies.

10^{ème} : PRODUIRE DANS LES PROCHAINES ANNEES, TANT EN ACCESSION A LA PROPRIETE QUE DANS LE SECTEUR LIBRE LOCATIF OU DANS LE SECTEUR SOCIAL, UN PROGRAMME AMBITIEUX DE LOGEMENTS ADAPTES

La politique de l'habitat, comme celle en faveur des personnes âgées relève en grande partie des compétences du Département, même si certaines croisent celles de l'Etat, de la Région et des communes. Pour répondre à une nouvelle demande, il conviendrait de développer l'offre de logements adaptés permettant le maintien à domicile pour toutes les catégories de population, tant en accession à la propriété qu'en locatif, tant dans le secteur privé que dans le parc social.

PERSONNALITES RENCONTREES

NANTES, le 24 mai : Hôpital Bélier-Gérontopôle (CHU)

- Gilles BERRUT, Professeur en gérontologie clinique et Chef de Service de Gériatrie (hôpital Bélier – CHU de Nantes), Président de la Société française de g ériatrie et gérontologie
- Vincent OULD AOUDIA, Professeur en gérontologie (hôpital Bélier CHU Nantes)
- Maryvonne BITAUD, Directrice de l'hôpital Bélier (CHU Nantes)
- Marlène CIESILK, élève directeur (CHU Nantes).

TOULOUSE, le 31 mai : Gérontopôle (CHU)

- Bruno VELLAS, Responsable du projet d'Institut du Vieillissement & de la Prévention de la Dépendance
- Jean-Jacques ROMATET, Directeur Général du CHU de Toulouse
- Gilbert FOURTANIER, Président de l'Université Paul Sabatier
- Gilbert CASAMATTA, Président du Pôle Régional d'Enseignement Supérieur
- Mireille BLANC, Déléguée Régionale INSERM
- Pr Matteo CÉSARI
- Pr. Henri BOCALLON
- Aurélien PRADIÉ, Conseiller général du canton de Labastide
- Dr. Thierry VOISIN
- Dr. Laurent BALARDY

- Pr. Stéphane OUSTRIC
- Marco PAHOR, Department of aging and geriatric and research – university of Florida
- Dr. Christine LAFONT
- Philippe BANYOLS, Directeur du CHS de Thuir
- Pr. Pierre PAYOUX
- Pr Sandrine ANDRIEU
- Dr. Vanina BONGARD
- Dr Sophie GILLETTE

L'école Doctorale des sciences du vieillissement – Pr. Fati NOURASHEMI & Pr. Isabelle BERRY

Nice, le 6 juin 2011 : Espace partagé de Santé Publique

- | | |
|----------------------|---|
| Christian DUTREIL, | Président de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie PACA.
Ancien Directeur de l'ARH PACA.
Consultant du CHU de Nice sur le projet Espace Partagé de Santé Publique. |
| Dr Joëlle MARTINAUX | Vice Présidente du Conseil de Surveillance du CHU de Nice
Adjointe au Maire de Nice, chargée des Affaires sociales et Solidarités |
| Pr Daniel BENCHIMOL | Doyen de la Faculté de Médecine.
Adjoint au Maire de Nice délégué à la Santé Publique.
Conseiller Général des Alpes-Maritimes, Président de la Commission Santé, Personnes âgées, Insertion et Personnes Handicapées. |
| Pr Christian PRADIER | Professeur de Santé publique du CHU de Nice – Animateur de l'Espace Partagé de Santé Publique. |
| Dr Franck LE DUFF | Praticien hospitalier de Santé publique CHU de Nice
Président du Centre de Soutien aux Réseau de Santé. |

Bérangère DALBIES	Directrice – Direction Santé Solidarités Services – Mutualité Française PACA-SSAM.
Gérard BRAMI	Directeur des EHPAD publiques de Vence et Cagnes/Mer.
Pr Philippe ROBERT	Responsable du Centre Mémoire Ressources et Recherche sur la maladie d'Alzheimer du CHU de Nice – Pôle de Gériatrie et de Gériatrie du CHU de Nice.
Dr Olivier GUÉRIN	Médecin gériatre - Pôle de Gériatrie et de Gériatrie du CHU de Nice.

Auditions à Paris

Jean-Pierre AQUINO	Gériatre, médecin de santé publique, Président de la SFGG (Société Française de gériatrie et gériatrie) et Président du comité de suivi du plan : « Bien vieillir-vivre vieux »
Axel KAHN	médecin, Président de l'Université Paris Descartes
Olivier de LADOUCETTE	médecin psychiatre
Geneviève RUAULT	Société Française de Gériatrie et de Gériatrie
Claude EVIN	Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France
Claude JEANDEL	Professeur de gériatrie (CHU de Montpellier)
Odile KREMP	Professeur de médecine, Direction générale de la Santé
Nicole BOHIC	Médecin, Direction générale de la Santé
Alain FRANCO	Professeur de médecine (CHU de Nice)
Yvan OLIVRY	Directeur du pôle médico-social, Société ICADE
Pierre-Marie CHAPON	Chercheur Université Lyon III

- Vincent FIGUREAU Directeur des Affaires publiques de la Fédération Nationale de la Mutualité Française
- Michèle DANGE Présidente de la Mutualité Française Isère
- Nathalie CHEVALIER Consultante Santé, secteur médico-social Mutualité Française
- Claude- Eugène BOUVIER Délégué général du Conseil national des exploitants thermaux (CNET)
- Fabrice DU REPAIRE Directeur général Accompagnements institutionnels vers les Pouvoirs Publics
- Pierre DENAUD Directeur général , Meaux Habitat
- Emmanuelle LADET Architecte et directeur des opérations immobilières (Fondation des Caisses d'Epargne pour la Solidarité (FCEs)
- Françoise GROSSETETE Députée européen, Présidente de l' Alliance européenne contre la maladie d' Alzheimer
- Annabelle JACQUEMIN-GUILLAUME Attachée parlementaire (Fédération Française des Sociétés d' Assurance)
- Edouard BIDOU Directeur Innovation et Développement du Groupe PREVOIR
- Jean-François LEQUOY Délégué général de la Fédération française des sociétés d' assurances (FFSA)
- Fabrice HEYRIES Secrétaire Général, Stratégie & RH Groupe de GROUPAMA
- Pierre MAYEUR Directeur général de la Caisse nationale d' Assurance Vieillesse
- Françoise FORETTE Professeur de médecine, Université Paris V, Directrice de l' International Longévité Center (ILC-France).
- Didier JARDIN Président Directeur général de VIVAGO
- Richard SACCONI Président Directeur Général de LINK CARE SERVICES

Xavier CORBIN Directeur général de BIRDY TECHNOLOGY

Jérôme PIGNIEZ Directeur général de GERONTECHNOLOGY.NET

Cécile VIENNEY Directrice générale de HyPREVENTION

BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE

ROSSO-DEBORD V., Rapport d'information parlementaire sur la prise en charge des personnes âgées, Assemblée nationale, juin 2010

FRANCO A., Mission au profit du gouvernement, Vivre chez soi, autonomie, inclusion et projet de vie, juin 2010

Haut Conseil de la Santé Publique, Evaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009, décembre 2010

FLAJOLET A., Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, avril 2008

DE LADOUCKETTE O, Rapport remis au Ministre chargé de la Santé relatif au Bien Etre et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir, avril 2011-07-06

ADF (Assemblée des Départements de France), 55 propositions de l'ADF pour relever le défi de la perte d'autonomie, mai 2011

ROBINE J-M, CHEUNG, KSL;HORIUSHI S;. Arthur Roger Thatcher's contributions to longevity research: A Reflexion. Demographic Research 2010;22(Article 18):539-548.

ROBINE J.M, CHEUNG S.L.K. Nouvelles observations sur la longévité humaine. Revue Economique 2008;59(5):941-954.

CUTLER R.G., HARMAN M. ; Longevity Health Sciences: the Phoenix Conference, New York Academy of Sciences (2004)

note de veille n° 179 du Centre d'analyse stratégique (CAE) : «Le vieillissement cognitif, un enjeu pour les politiques publiques» (juin 2010)

INSEE-DREES : Enquête « Handicap-santé - Volet ménages ordinaires en 2008 » (HSM)

DREES, INSEE, INSERM : Enquête « Handicap - Incapacités – Dépendances en 2002 » (HID)

DUEE M ;, REBILLARD C. ;La dépendance des personnes âgées :une projection en 2040, INSEE Données sociales (2006)

CARADEC V., Vieillir après la retraite, Presses universitaires de France, Paris (2004)

BLAIN H. et JEANDEL C., « Aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques (2003)

Prévention du vieillissement pathologique », *La revue du praticien*, vol. 53, n° 1, p. 97-106.

LEMAIRE P. et BHERER L., *Psychologie du vieillissement. Une perspective cognitive*, De Boeck (2005)

KLEIN E. and KARLAWISH J., *Challenges and Opportunities for Developing and Implementing*, JAGS, septembre 2010

GIFFARD B., DESGRANGES B. et EUSTACHE F. (2001), « Le vieillissement de la mémoire : vieillissement normal et pathologique », *Gérontologie et société*, n° 97, p. 33-47.

ANGELINI V. ; LAFERRÈRE A., “Home, Houses and Residential Mobility, in Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension”, éd. Börsch-Supan A. et al., Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 2008.

DAVIDOFF T., “Maintenance and the Home Equity of the Elderly”, Fisher Center for Real Estate and Urban Economics Paper, University of California, Berkeley, Paper n° 290, 2004.

GAYMU J. ; EKAMPER P. ; BEETS G., « Qui prendra en charge les Européens âgés dépendants en 2030 ? », *Population*, n° 4, vol. 62, 2007, pp. 789-822.

GOBILLON L. et LAFERRERE A. « Les choix de logement des personnes âgées », *Revue française d'économie*, 2006

LAFERRÈRE A., « Les seniors de moins en moins mobiles, les jeunes toujours plus mobiles : l'évolution de la mobilité résidentielle est-elle paradoxale ? », *Économie publique/Public Economics*, n° 20-1, 2008, pp. 37-87.

ZWEIFEL P. ; STÜWE W., “Long Term Care Insurance and Bequests as Instrument for Shaping Intergenerational Relationships”, *Journal of Risk and Uncertainty*, n° 12, 1996,

ANIL (2010) *La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat, réalités et perspectives*, 123 p.

AGENCE D'URBANISME DE LYON (2008) : Le vieillissement à l'épreuve des territoires et des politiques publiques dans les grandes agglomérations rhônalpines, 52 p., Lyon

BOULMIER M., (2009). L'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique : un chantier d'avenir, rapport remis à Monsieur Benoist Apparu, Secrétaire d'Etat au logement et à l'urbanisme.

CHAPON P-M et RENARD F. (2009) : « Prise en compte du vieillissement dans les documents d'urbanisme et de planification : une nécessaire classification des territoires », *Etudes Foncières*, n°141, pp18-20 et pp 41-42.

CHAPON PM. et RENARD F. (2009b) « Construire des logements adaptés aux personnes âgées: une analyse par les territoires de vie à Lyon (France) », *Geographica Helvetica*, 64,3:164-174.

CHAPON P-M, RENARD F., BLAIN J. (2009) : Utilisation d'une méthode multicritère d'aide à la décision pour la recherche d'un optimum territorial pour l'hébergement de personnes âgées, *Urbia*, n°9, P105-118.

CLEMENT S, DRULHE M, DUBREIL C, LALANNE M, MANTONAVI J, ANDRIEU S (2000) *Les produits techniques dans les échanges entre les vieilles personnes, leur entourage et les services d'aide à domicile*. Rapport de recherche, MiRe et CNAV LORD S &

LUXEMBOURG N (2006) The mobility of elderly residents living in suburban and periurban territories : A comparison of residential aspirations and practices in Canada and France. *Journal of Housing for the Elderly* 20(4) : 103-121.

LORD S., JOERIN F. et THERIAULT M. (2009) « Évolution des pratiques de mobilité dans la vieillesse : un suivi longitudinal auprès d'un groupe de banlieusards âgés », *Cybergeo*, Systèmes, Modélisation, Géostatistiques, article 444, LUXEMBOURG N (2005) *Renouvellement social et immobilités en périurbain : Le cas de l'aire métropolitaine marseillaise*. Aix-en-Provence, Thèse de doctorat, Université Paul-Cézanne – Aix-Marseille 3.

MILLER G, HARRIS G, FERGUSON I, LORD S (2007) *Bracing for the Demographic Tsunami: How will Canada's Seniors Fare in an Aging Society?* Canadian Institute of Planners, National Conference, Québec City 3rd - 6th June 2007.

PINSON D, THOMANN S (2002) *La maison en ses territoires. De la villa à la ville diffuse.* Paris, L'Harmattan.

YERPEZ J (1998) *La ville des vieux : Recherche sur une cité à humaniser.* La Tour d'Aigues°: Éditions de l'Aube.

COUGHLIN J (2001) *Transportation and Older Persons : Perceptions and Preferences.* Washington, American Association of Retired Persons.

FINN J, STERNS H (2003) The Mobile Elder : Getting Around in Later Life. *Generations* 27(2).

FNAU (2007) *Quelles villes pour les seniors ? Et comment anticiper le vieillissement de la population ?* », Paris, Fondation de France.

LORD S (2009) *Étude longitudinale de la mobilité quotidienne et de ses rapports avec les choix résidentiels : L'expérience d'un groupe d'ânés vieillissant en banlieue pavillonnaire.* Thèse de doctorat. Québec : Université Laval, Centre de recherche en aménagement et développement (CRAD).

ANNEXE 1 : Lettre de Monsieur le Président de la République du 19 février 2011

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

Paris, le 19 février 2011

Monsieur le Sénateur,

L'espérance de vie des Français en bonne santé a augmenté ces dernières années, et elle a augmenté plus vite que la longévité. C'est le fruit de notre système de protection sociale, des progrès de la médecine, mais aussi de nombreuses actions de prévention qui ont fait l'objet en France de plusieurs initiatives du gouvernement ainsi que des organismes de protection sociale et des collectivités locales ces dernières années.

Dans la perspective de la réforme de la dépendance, prolonger la durée de vie en bonne santé constitue un enjeu essentiel.

D'une part, la prévention de la dépendance occupe une place centrale dans la réforme, pour que l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'un gain de qualité de vie pour les personnes âgées : elle doit permettre, autant que possible, le maintien de la personne âgée dans un milieu de vie ordinaire, en termes d'habitat, de déplacements, de loisirs, et de développement de sa vie sociale en général.

D'autre part, comme l'a montré le rapport du Haut conseil à l'avenir de l'assurance maladie d'avril 2010 intitulé *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, la cause première des dépenses élevées constatées au grand âge est la maladie, et non la vieillesse. La prévention des risques de santé constitue donc également un objectif central de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

C'est la raison pour laquelle je souhaite aujourd'hui vous confier une mission portant sur la politique de prévention de la dépendance des personnes âgées. La prévention des facteurs de risque de certaines pathologies invalidantes et la promotion de facteurs favorisant le maintien ou la récupération de l'autonomie peuvent être efficaces à tous les âges de la vie pour améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes. Il paraît possible de réduire la dépendance, ou de la retarder, par des actions de prévention et d'éducation à la santé, pour améliorer l'espérance de vie sans incapacité et permettre à davantage de personnes âgées de profiter d'une bonne qualité de vie le plus longtemps possible.

Monsieur André TRILLARD
Sénateur de Loire-Atlantique
Sénat
15, rue de Vaugirard
75291 PARIS cedex 06

Votre mission doit permettre de mieux connaître les comportements des sujets âgés face au risque de dépendance, afin que soient mieux compris les facteurs pouvant conduire à la perte d'autonomie des personnes âgées et de la prévenir ou de ralentir son aggravation pour les GIR les plus élevés. Elle cherchera tout particulièrement à identifier les populations présentant des risques sanitaires élevés susceptibles de conduire à une perte d'autonomie.

Elle éclairera également les pouvoirs publics sur les moyens pouvant être développés pour préserver le capital santé des individus, afin de prévenir les risques de dépendance pour eux, et également pour les proches aidant une personne âgée déjà dépendante.

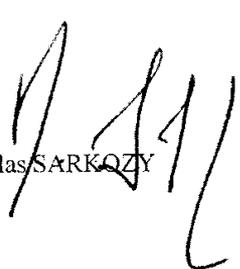
Elle débouchera sur des propositions concrètes d'actions de prévention sanitaire, d'hygiène de vie, de maintien dans la vie sociale ou d'aménagement du milieu de vie quotidien.

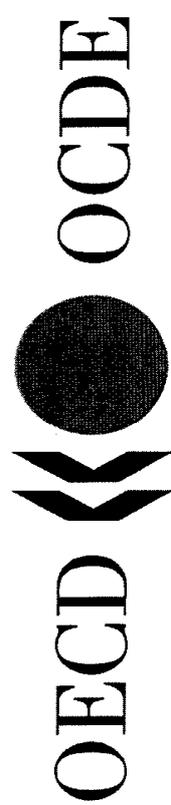
Je souhaiterais que vous puissiez me présenter vos préconisations pour le 30 juin 2011.

Pour mener à bien cette mission, vous pourrez compter sur les services du ministère du travail, de l'emploi et de la santé et sur ceux du ministère des solidarités et de la cohésion sociale.

En vous remerciant de votre engagement, je vous prie de croire, Monsieur le Sénateur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

cc


Nicolas SARKOZY



Etude de l'OCDE sur les tendances de l'incapacité chez les personnes âgées

Gaétan Lafortune, Division de la santé, OCDE
Présentation au Groupe de travail sur la dépendance
Paris, 22 février 2011

Survol de la présentation

- 1) Contexte
- 2) Méthodes et résultats de l'étude de l'OCDE
- 3) Implications pour ce groupe de travail

Vieillessement de la population dans les pays de l'OCDE

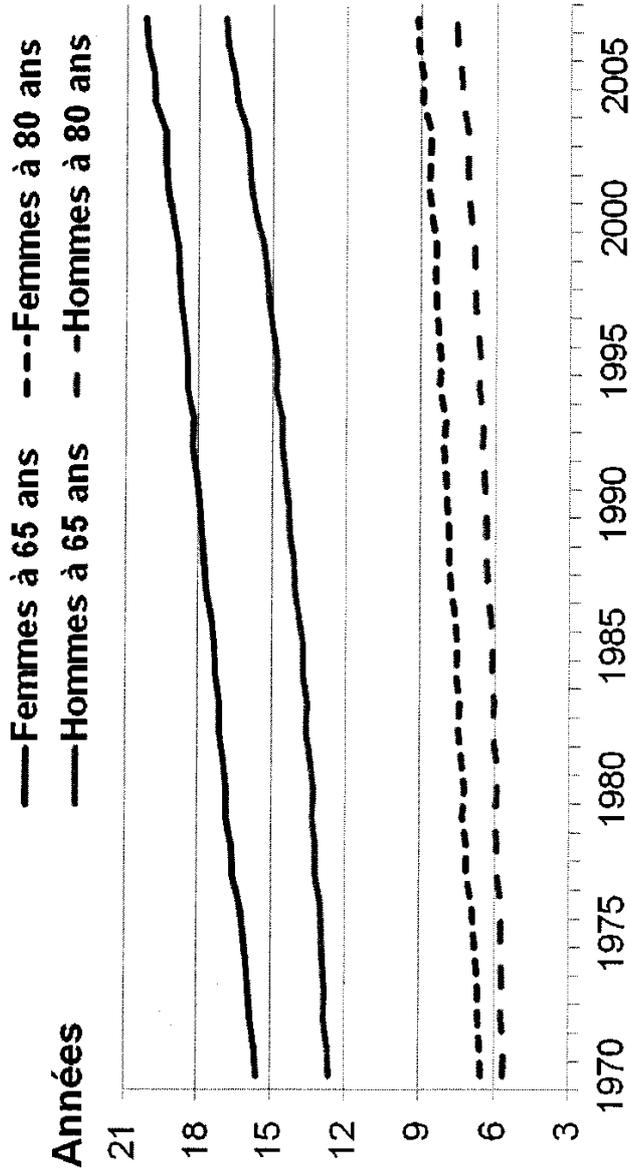
(population âgée de 65 ans et plus)

		1970	2010	2050
France	Nombre	6,535,610	10,434,180	18,348,430
	%	12.9	16.7	26.2
Allemagne	Nombre	10,682,540	16,893,980	23,467,820
	%	13.7	20.4	31.5
Italie	Nombre	5,862,950	12,127,160	18,751,270
	%	10.9	20.5	33.6
Japon	Nombre	7,332,000	29,412,100	37,640,690
	%	7.1	23.1	39.6
USA	Nombre	20,106,730	40,228,710	88,546,980
	%	9.8	13.0	20.2

Source: Base de données de l'OCDE sur la main-d'œuvre et la démographie, 2010.

Les chiffres pour la France sont ceux des projections de l'INSEE de 2006.  OCDE

Augmentation de l'espérance de vie à 65 et 80 ans dans les pays de l'OCDE



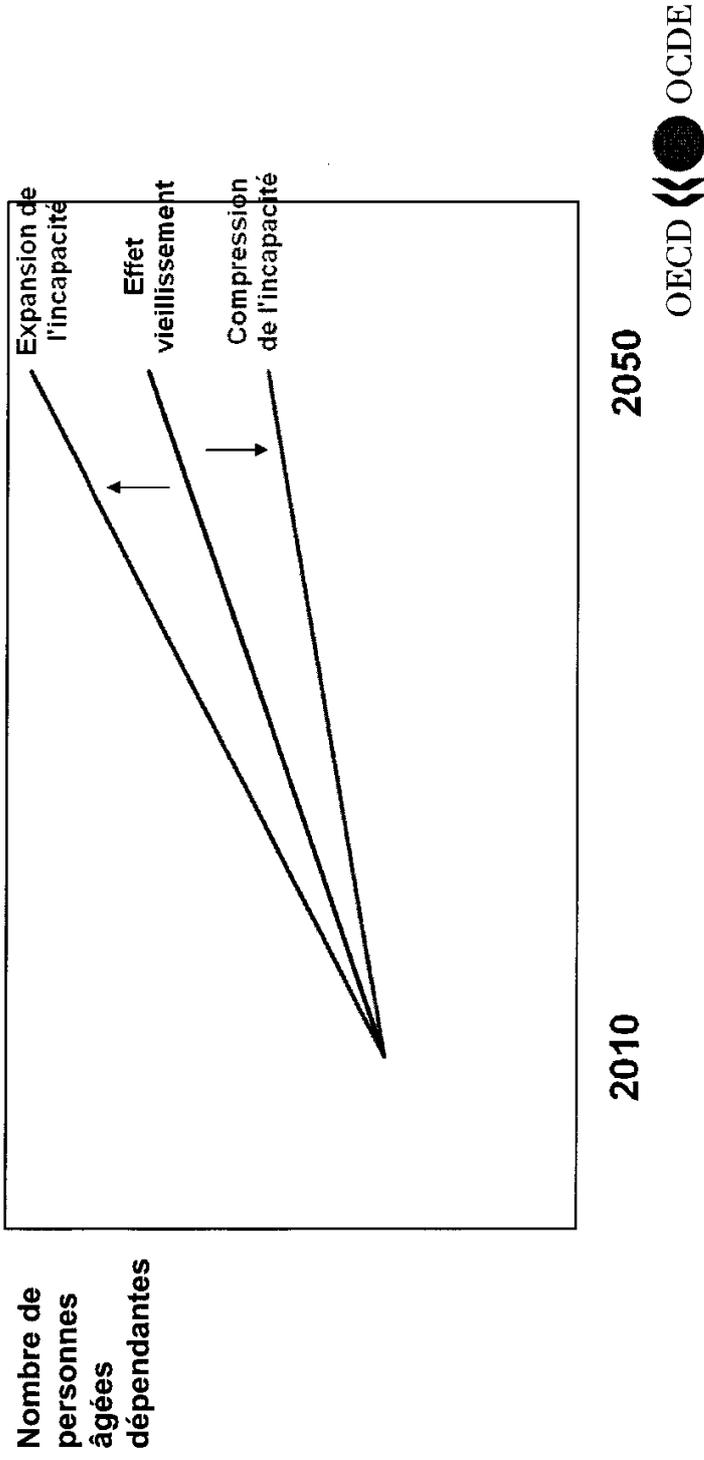
Source: Panorama de la santé 2009, OCDE.

Question

Est-ce que l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées peut venir compenser en partie ou en totalité l'impact du vieillissement de la population?

(Est-ce que l'accroissement de la longévité représente des années de vie gagnées en bonne santé ou avec des incapacités?)

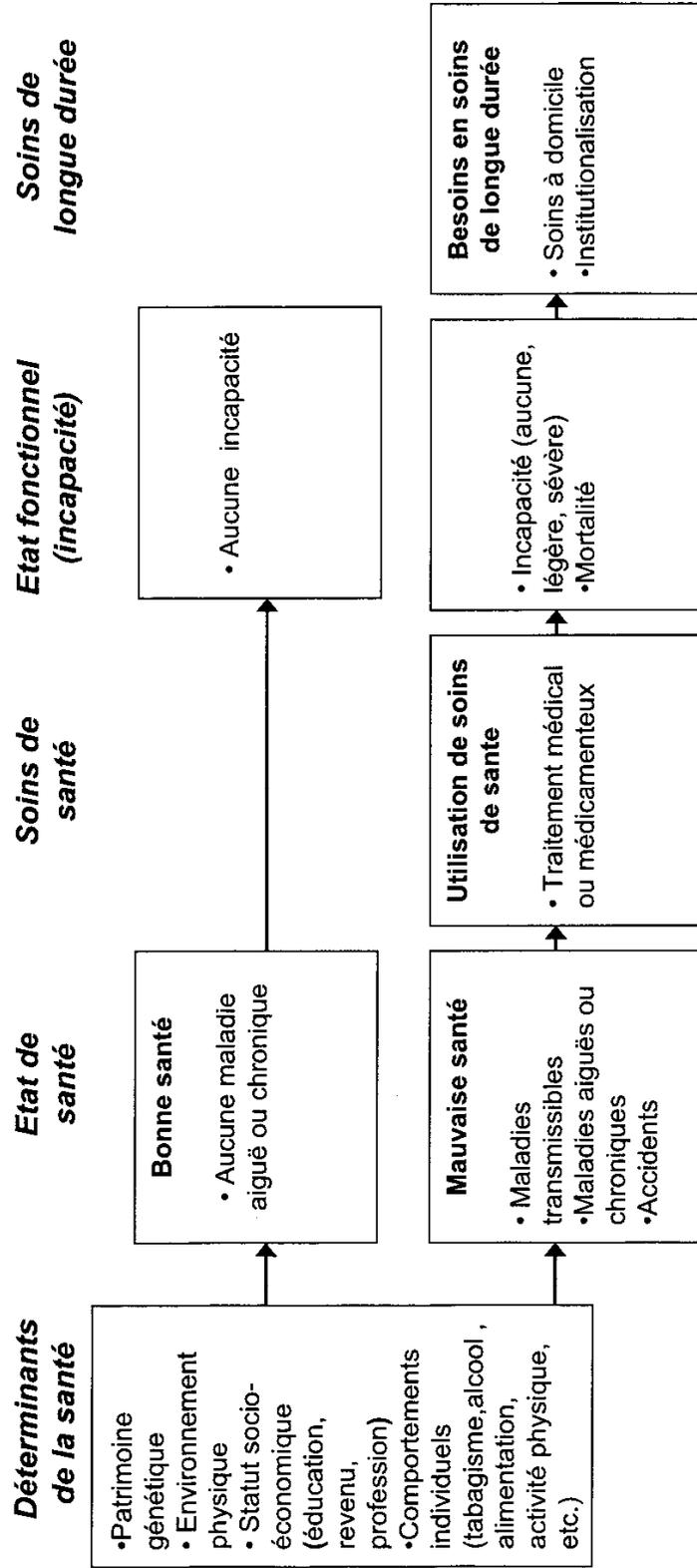
Deux facteurs influent sur le nombre de personnes âgées dépendantes: vieillissement de la population et taux d'incapacité spécifiques par âge



Théories sur les tendances possibles de la morbidité et l'incapacité

- 1) **Personnes âgées "moins malades/moins invalides"**:
 - compression de la morbidité grâce à la prévention des maladies
- 2) **Personnes âgées "plus malades/plus invalides"**:
 - expansion de la morbidité du fait de taux de survie plus élevés parmi la population avec des problèmes de santé sévères
- 3) **Personnes âgées "plus malades/moins invalides"**:
 - scénario intermédiaire -> amélioration des traitements médicaux et des aides techniques réduisant l'impact des maladies sur l'incapacité

Cadre d'analyse des déterminants de la santé et de l'incapacité



Définition de l’“incapacité”

- Définition proposée pour cette étude:
 - *Personne déclarant une ou plusieurs limitations sévères dans les activités de la vie quotidienne (comprenant la capacité de se nourrir, de s’habiller, de faire sa toilette et de sortir du lit)*
- Bonne nouvelle: Plusieurs pays (mais pas tous) ont réussi à suivre d’assez près cette définition
- Mauvaise nouvelle: Les instruments pour mesurer les limitations des activités de la vie quotidienne varient entre les pays/les enquêtes
- Analyse se concentre sur les tendances dans chaque pays

Facteurs affectant les tendances de l'incapacité chez les personnes âgées

Facteurs positifs

- Diminution de la prévalence de certaines maladies (ex: maladies transmissibles)
- Réduction de certains facteurs de risque (ex: consommation de tabac)
- Amélioration des soins médicaux et médicamenteux pour traiter/gérer les maladies
- Utilisation croissante d'aides techniques (ex: pour se déplacer)
- Améliorations des conditions socioéconomiques des personnes âgées (plus d'éducation et de revenu)

Facteurs négatifs

- Augmentation de la prévalence de certaines maladies chroniques (ex: arthrite, diabète)
- Augmentation de la prévalence d'autres facteurs de risque (ex: hypertension, obésité)
- Taux de survie croissants des personnes malades et invalides
- Réduction de l'activité physique
- Inégalités de revenu grandissante dans plusieurs pays

Étude de l'OCDE sur les tendances de l'incapacité chez les personnes âgées

- 12 pays (européens et non-européens)
- Principale source de données: Vagues successives d'enquête nationale de santé et incapacité
- Complétée par d'autres sources dans les pays où les enquêtes ne couvrent pas la population en institutions

Définition de l’“incapacité”

- Définition proposée pour cette étude:
 - *Personne déclarant une ou plusieurs limitations sévères dans les activités de la vie quotidienne (comprenant la capacité de se nourrir, de s’habiller, de faire sa toilette et de sortir du lit)*
- Bonne nouvelle: Plusieurs pays (mais pas tous) ont réussi à suivre d’assez près cette définition
- Mauvaise nouvelle: Les instruments pour mesurer les limitations des activités de la vie quotidienne varient entre les pays/les enquêtes
- Analyse se concentre sur les tendances dans chaque pays

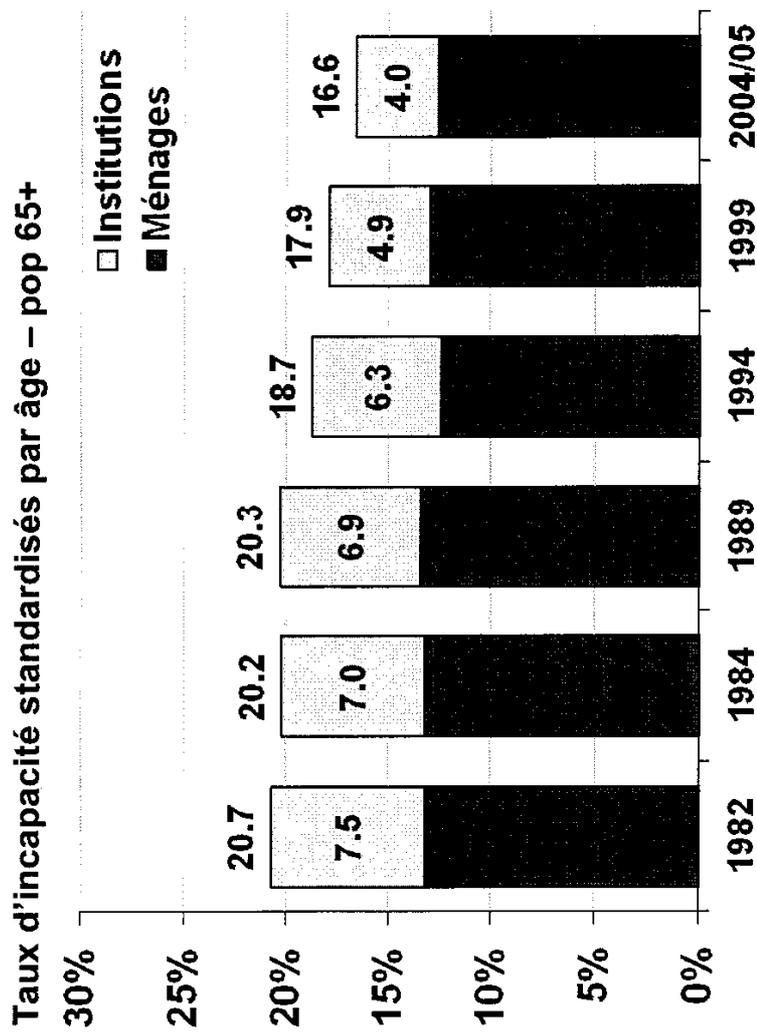
Présentation des résultats sur la prévalence de l'incapacité sévère

- Résultats présentés par sexe et groupe d'âge (par tranche de 10 ans: 65-74, 75-84, 85+)
- Résultats bruts et standardisés par âge pour l'ensemble de la population 65+:
 - la standardisation neutralise l'effet de l'évolution des structures d'âge au-delà de 65 ans
 - mais tous les pays n'ont pas standardisé leurs résultats

Résultats de l'étude

- Difficile de dégager une tendance générale parmi les 12 pays
- Différentes tendances:
 - réduction de l'incapacité sévère dans certains pays (Etats-Unis, Italie, Pays-Bas, Finlande et Danemark)
 - stabilité de l'incapacité sévère (Canada, Australie), même si les tendances sont plus courtes
 - augmentation de l'incapacité sévère (Belgique, Suède, et peut-être Japon)
 - résultats ambigus (France et Royaume-Uni)

Réduction de l'incapacité chez les personnes âgées de 65 ans et plus aux USA (selon l'enquête sur les soins de longue durée)

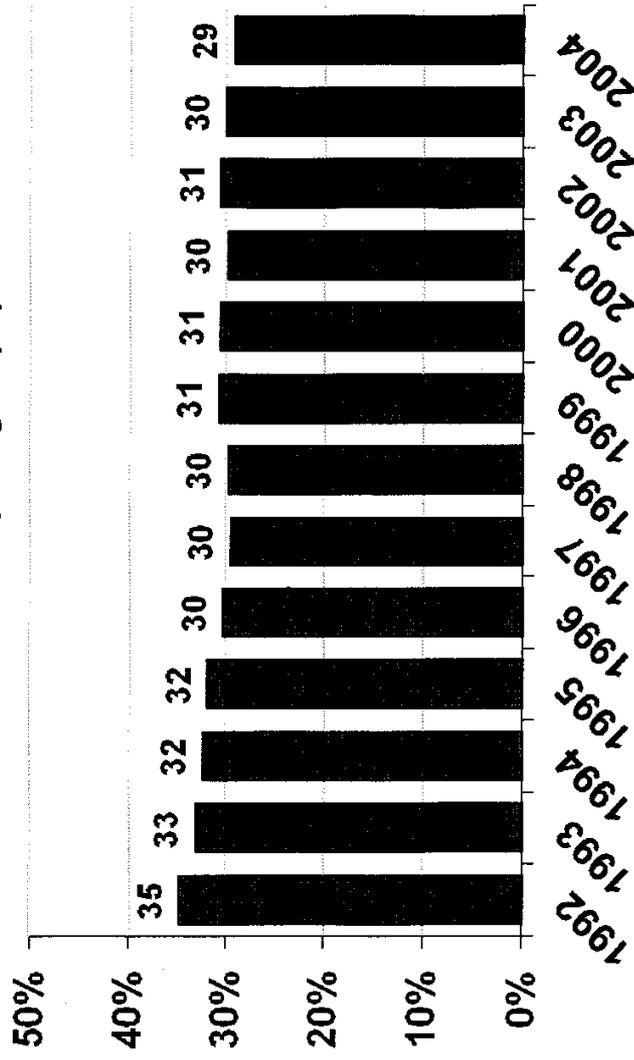


Source: National Long Term Care Survey



Cependant, une autre enquête américaine montre un déclin un peu moins prononcé

Taux d'incapacité standardisés par âge – pop. 65+

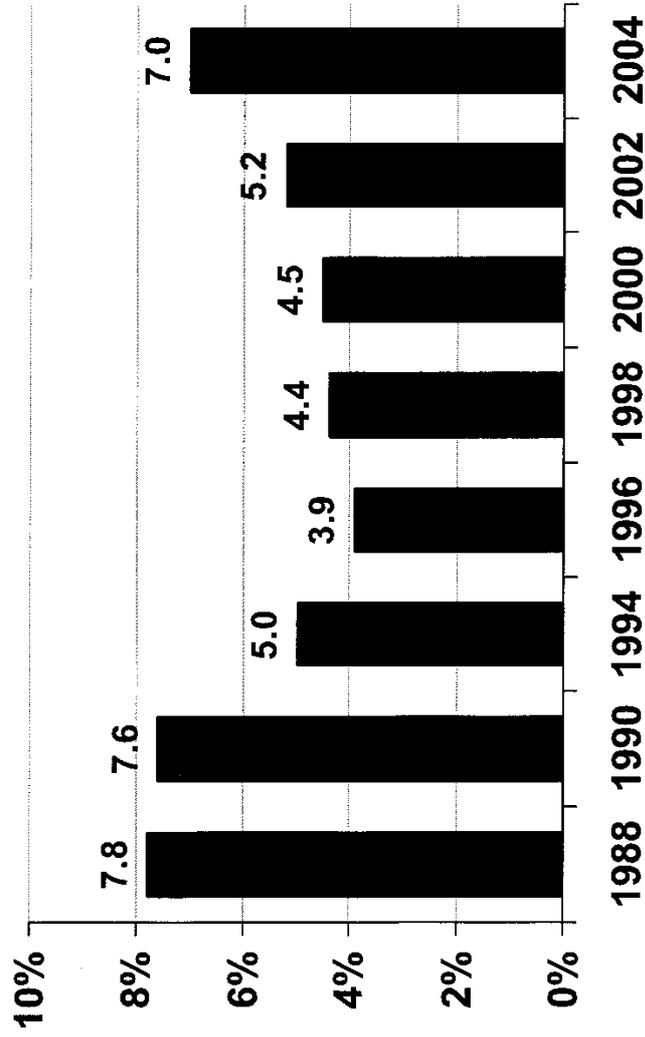


Note: Ces estimations incluent la population en institutions.

Source: *Medicare Current Beneficiary Survey*

En Suède, retournement de tendances vers la fin des années 1990

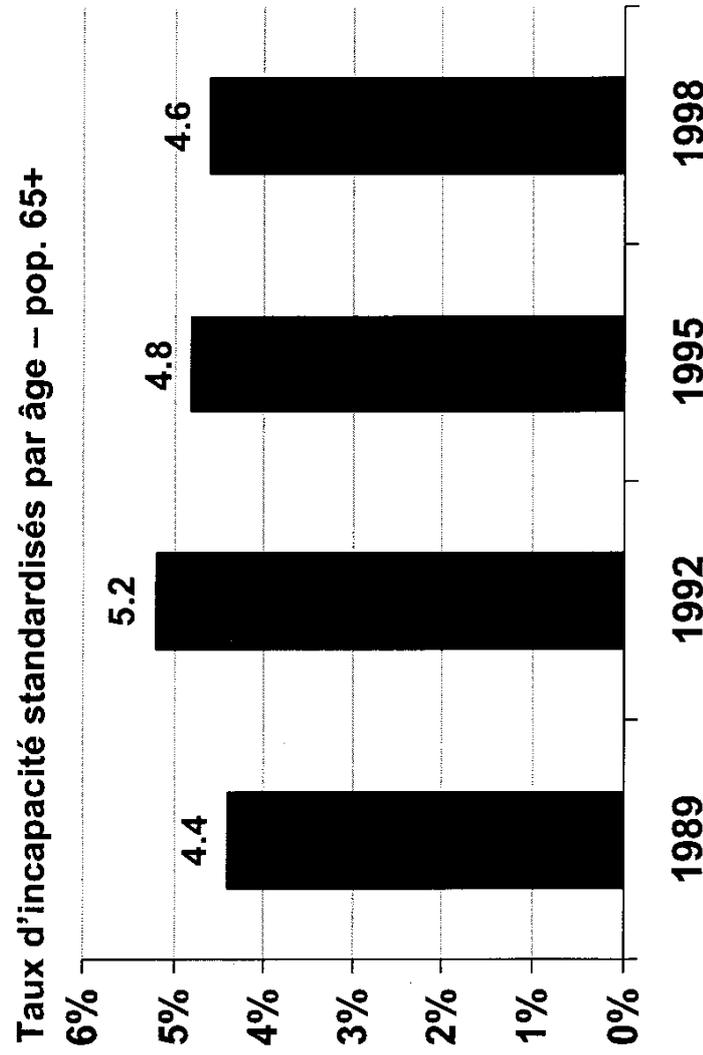
Taux d'incapacité standardisés par âge - pop. 65-84 seulement



Note: Ces estimations incluent la population en institutions.

Source: *Survey of Living Conditions*

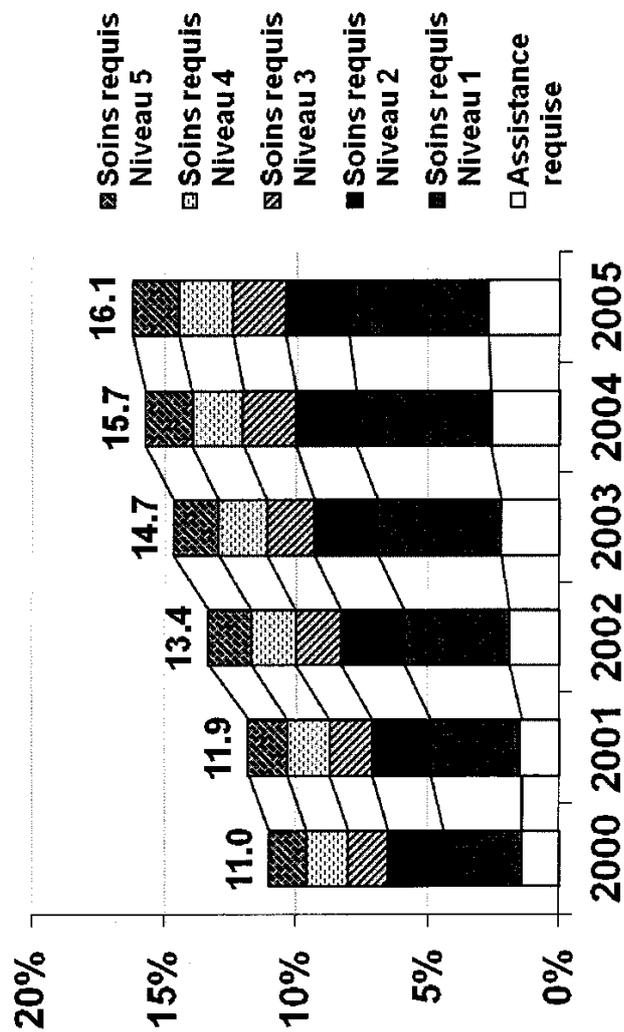
Au Japon, relative stabilité de l'incapacité chez les personnes âgées dans les années 1990



Note: Ces estimations n'incluent pas la population en institutions.

Source: *Comprehensive Survey of Living Conditions*

Hausse du % de personnes âgées éligibles aux soins de longue durée au Japon depuis 2000



Note: Ces chiffres incluent la population en institutions et ne sont pas standardisés par âge.

Source: *Monthly Operational Report on the LTC insurance (MHLW)*

Résultats ambigus pour la France

1. Tendances à la baisse de l'incapacité dans les années 1990

Comparaison: Enquête "Santé et Soins de Santé" 1991-1992 (combinée à l'enquête "Etablissements d'hébergement pour personnes âgées" 1990) avec l'enquête "Handicap-Incapacité-Dépendance" (HID) 1998 et 1999.

	1991/92	1998/99
65-74	2.3	2.5
75-84	8.6	6.6
85+	29.5	23.1
Total 65+ (domicile+institutions)	7.6	6.5

Définition de l'incapacité sévère dans les deux enquêtes: Personnes déclarant avoir besoin d'assistance pour se lever/se coucher, s'habiller, ou se laver (groupes Colvez 1 et 2).
Note: Le taux de prévalence pour la population 65+ est non-standardisé par âge.

Résultats ambigus pour la France: 2. Légère augmentation de l'incapacité entre le début des années 1990 et des années 2000

Comparaison: Enquête « Santé et Soins de Santé » 1991-92 avec la même enquête 2002-03 pour les personnes à domicile, et enquête « EHPA » 1990 avec la même enquête 2003 pour les personnes en institutions.

	1991/92	2002/03
Personnes à domicile (65+)	9.2	9.5
65-74	5.8	4.4
75-84	11.0	12.1
85+	27.2	35.4
Personnes en institutions (65+)	6.3	6.3
Total (domicile+institutions)	15.5	15.8

Définition de l'incapacité sévère: Personnes déclarant avoir des difficultés majeures ou besoin d'assistance pour s'habiller, se laver, utiliser les toilettes ou manger. Toutes les personnes en institutions sont considérées comme ayant une incapacité sévère.

Note: La prévalence pour la population 65+ est non-standardisé par âge.

Implications pour ce groupe de travail

- 1) Ne pas prendre pour acquis que les personnes âgées seront en meilleure santé à l'avenir qu'aujourd'hui:
 - les facteurs positifs et négatifs peuvent se neutraliser (le changement de profil des facteurs de risque et des maladies rend l'avenir incertain)
- 2) L'état des connaissances sur les tendances ne permet pas d'écarter l'hypothèse de taux constants d'incapacités sévères par catégorie d'âge
- 3) Nécessité d'améliorer la capacité de mesurer les tendances de l'incapacité sévère chez les personnes âgées (stabilité des sources et méthodes d'enquête)

ANNEXE 3 : Communiqué de Presse du 8 juin 2011 de l'INPES



Communiqué de presse

Le 8 juin 2011

L'Inpes et la Cnav signent une convention cadre

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse renforcent leur collaboration par la signature d'un accord-cadre. Conclu pour une durée de trois ans, cet accord vise à développer des actions communes ou complémentaires dans les champs de compétence des signataires, notamment dans le domaine de la prévention autour du plan « bien vieillir » des personnes retraitées du régime général.

Pour permettre une meilleure exécution de leurs missions, la Cnav et l'Inpes ont décidé via cette convention de renforcer leur collaboration afin de mettre en œuvre des actions concrètes dans trois domaines :

- le soutien à la production de connaissances, ainsi qu'au transfert, au partage et à la mutualisation de connaissances pour le développement d'actions de prévention autour du bien vieillir,
- le soutien au développement des compétences en prévention du bien vieillir de tous les acteurs et professionnels concernés,
- le soutien au développement et au renforcement de la communication et de l'information des retraités, de leur entourage et des professionnels concernés sur le vieillissement en pleine autonomie.

Le 20 mai 2011, à l'occasion de la session des Journées de la Prévention « Santé des aînés : agir par l'environnement socio-géographique », l'Inpes et la Cnav ont présenté conjointement cette convention. Cette session en est la première action, elle a été réalisée à partir des données de la recherche explicitant le poids des déterminants socio-environnementaux sur la santé des aînés, et visait à présenter des modèles, des programmes et des outils pour la santé des aînés.

À propos de la Caisse nationale d'assurance retraite (Cnav)

À la tête de l'Assurance retraite, premier régime de retraite français par répartition avec 17,8 millions de cotisants, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) définit les orientations et les programmes de toutes les caisses de la branche retraite en matière d'assurance vieillesse veuvage et d'action sociale. En Ile-de-France, elle assure également la tenue des comptes des cotisants, le calcul et le paiement des retraites et des prestations d'action sociale.

L'Assurance retraite sert une retraite de base à plus de 12,8 millions de retraités du secteur privé, de l'industrie et des services. Aujourd'hui, 84 % des personnes de 60 ans et plus perçoivent une retraite du régime général. Elles seront 90 % en 2015.

Contacts presse : Emmanuelle Le Breton – presse@cnav.fr – 06 23 08 38 04
Plus d'infos sur www.lassurance retraite.fr

À propos de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

L'Inpes est un établissement public placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé. Il inscrit son activité dans le cadre de la politique de prévention menée par le gouvernement et a pour mission :

- de mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L1411-6,
- d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé,
- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire,
- de participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence,
- d'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.

CONTACTS PRESSE

Cnav : Emmanuelle Le Breton – 06 23 08 38 04 – presse@cnav.fr
Inpes : Sandra Garnier – Tél. : 01 49 33 23 06 – Email : sandra.garnier@inpes.sante.fr

ANNEXE 4 : Diaporama « les enjeux de la prévention de la dépendance du Pr FORETTE de l'hôpital Broca Université Paris V

Le enjeux de la prévention de la dépendance

Professeur Françoise Forette

Hôpital Broca Université Paris V

Directrice de la Fondation Nationale de Gérontologie

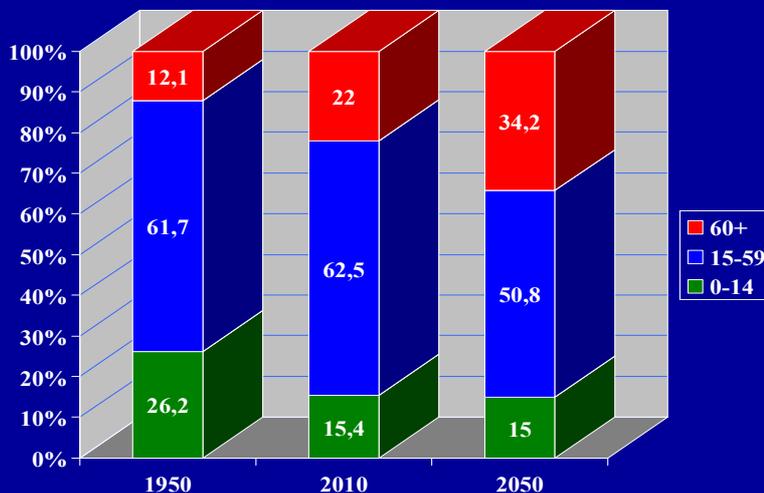
Directrice de l'International Longevity Center France (ILC-France)

Conflits d'intérêts Pr Françoise Forette

- **Conférences:** Astra Zeneca, BMS, Esaiï, Fabre, Ipsen, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Novartis, Merck, Merz, Roche, Sanofi-Aventis, Servier...
- **Essais et Conseil:** Exonit, Pierre Fabre, Novartis, Merz, Pfizer, Schwartz-Pharma, Warner-Lambert, Wyeth....
- **Grands essais académiques d'intervention:** EWPHE (Merck), SYST-EUR (Bayer, Specia), HYVE (Servier)°

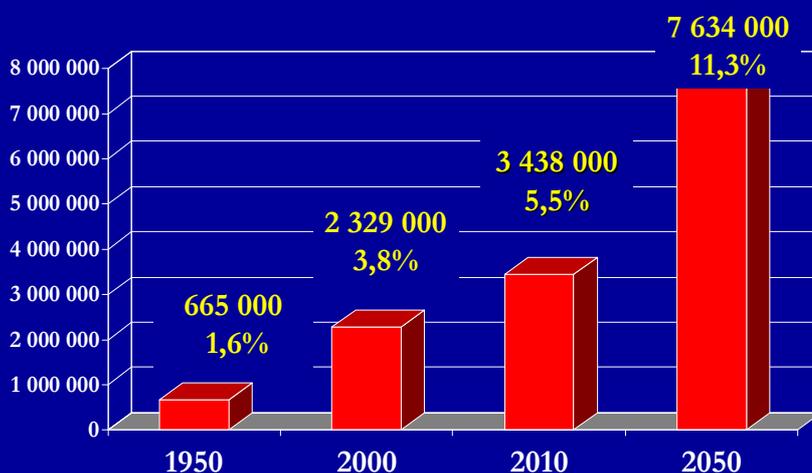
L'augmentation de la longévité entraîne un vieillissement de la population

Groupes d'âge en % (1950-2050) en EU 25



Source : UN World Population Prospects (2008 Revision) <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>

Personnes âgées de plus de 80 ans en France (1950 – 2050)



Source: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision . <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>

La population française des seniors : 6,6% de personnes dépendantes de plus de 60 ans (Insee –HID study -GIR 1-4)

Âge	Homme	Femme	Total
60-69	2.19	1.95	2.06
70-79	4.99	4.35	4.65
80-89	13.40	19.85	17.69
+ 90	29.31	46.45	42.55
Total	5.00	7.80	6.63

La dépendance en France

- 1 128 000 personnes sont bénéficiaires de l'APA au 30 Septembre 2009 (DRESS Décembre 2009)
- 62% vivent à domicile et 38% en établissement
- Coût pour la collectivité : 21 Milliards €

Il est clair que pour des raisons humaines et économiques la prévention est une priorité absolue

La prévention doit corriger les inégalités socioprofessionnelles

	Cadres, professions libérales	Ouvriers	Différence d'espérance de vie en années
Hommes	46	39	7 ans
Femmes	50	47	3 ans

Insee Première n°1025, juin 2005

L'espérance de vie à la naissance n'est pas la même selon la région

2007	Ile de France	Nord-Pas-de-Calais	Différence d'espérance de vie
Hommes	79	74,2	4,8 ans
Femmes	84,9	82,2	2,7 ans

<http://www.insee.fr/fr/ffc/figure/CMRSOS02219.xls> - Insee 2005- Fichier Etat-Civil et Estimations localisées de population

Origine sociale, niveau d'éducation, modes de vie sont les canaux de transmission des inégalités de santé

- Fort gradient de santé lié au niveau d'éducation ; les personnes ayant un niveau d'études supérieures ont une probabilité réduite de 14 % d'être en mauvaise santé par rapport aux personnes ayant un niveau d'éducation primaire.
- Des inégalités massives en termes de réussite scolaire perpétuent les bas niveaux d'éducation.
- Etre issu d'un milieu défavorisé, avoir des parents de niveau scolaire peu élevé, en mauvaise santé, adoptant des comportements à risque (tabagisme, obésité, malnutrition) sont autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte.
- Les conditions matérielles de vie difficiles pendant l'enfance conditionnent les modes de vie adoptés par les enfants qui influencent à leur tour la santé à long terme.
- Les politiques de prévention et de promotion de la santé ciblées vers les populations les plus modestes sont des pistes possibles pour réduire les inégalités des chances en santé. (Voir EBS).

Bricard.D, Jusot.F, <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>

Les acteurs de la prévention

- L'ECOLE
- Le Milieu Professionnel
- Le Médecin Généraliste

Cibles de la prévention

- **Les maladies dites liées à l'âge**
- **La fragilité?**
- **L'inactivité ?**

La plupart des maladies source de dépendance et dites liées à l'âge, ont des facteurs de risque modifiables

- Maladies cardio-vasculaires
- Accidents vasculaires cérébraux
- Démences (Alzheimer's disease)
- Cancers
- Arthrose et ostéoporose
- Problèmes orthopédiques (fractures)
- Troubles sensoriels (vision et audition)
- Dépression
- Troubles nutritionnels

La prévention pourrait les éviter dans un grand nombre de cas. Elle sera magnifiée grâce aux progrès en cours (thérapie cellulaire, puce à ADN, biotechnologies...)

Il n'est jamais, ni trop tôt ni trop tard

Style de vie

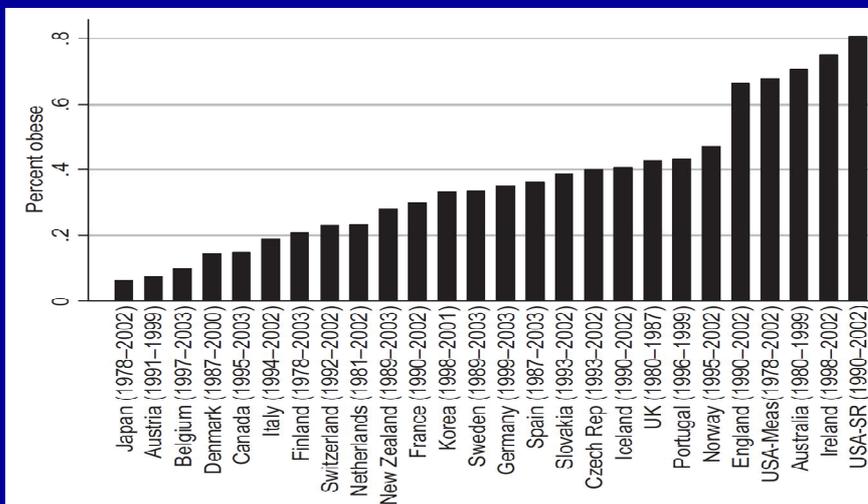
- Education tout au long de la vie
- Culture sanitaire et conscience préventive
- Nutrition
- Activité physique modérée et prolongée
- Activité intellectuelle
- Activité professionnelle et de loisir
- Engagement personnel and responsabilité

Parmi les 10 facteurs de risques majeurs auxquels sont exposés les populations des pays développés deux sont « émergents » : **l'obésité et l'inactivité**

Risk factors	Total DALYs (%)
Tobacco	12.2
Blood pressure	10.9
Alcohol	9.2
Cholesterol	7.6
Overweight	7.4
Low fruit and vegetable intake	3.9
Physical inactivity	3.3
Illicit drugs	1.8
Unsafe sex	0.8
Iron deficiency	0.7

Source : WHO (2002).

Variation annuelle moyenne de % d'obèses



Bleich *et al.* Annu. Rev. Public Health 2008, 29:273-95.
<http://www.ecosante.org/OCDEENG/814010.html>

La prévention doit être mise en œuvre dans les entreprises

L'Étude **Entreprise en Bonne Santé** (ILC France, en cours) est un **projet de recherche qui vise à démontrer aux employeurs et aux pouvoirs publics qu'un programme de prévention de la santé effectué en entreprise peut :**

- **accroître la culture sanitaire**
- **changer les comportements**
- améliorer ainsi le bien-être et l'efficacité du personnel aussi bien chez eux que sur leur lieu de travail.
- changer l'image de l'entreprise

A terme **labelliser** les entreprises:

« **Entreprises en bonne santé** »

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en France en 2007

- 850 000 personnes
- 225 000 nouveaux cas par an
- 25% après 85 ans
- 50% non diagnostiqués
- 17% traités
- Responsable de 70% des institutionalisations et de 72% d'APA

D'où l'intérêt du Plan Alzheimer

Efficacité des traitements symptomatiques substitutifs

- Amélioration modérée mais significative :
 - Fonctions Cognitives
 - Activités de la vie quotidienne
 - Jugement Global porté sur le patient
- Période d'effet limitée mais bénéfice persistant comparé au placebo
- Retard à l'institutionnalisation
- Diminution de l'utilisation des neuroleptiques

Approches préventives des démences

- Les oestrogènes ?
- Les anti-inflammatoires ?
- Les anti-radicalaires ?
- **Les anti-hypertenseurs**
- Les inhibiteurs calciques
- Les statines ?
- **Les anti-amyloïdes et les anti-tau?**
 - les inhibiteurs de secrétases
 - le « vaccin » amyloïde

Traitements agissant sur le processus des lésions

- Les anti-amyloïdes?
 - les modificateurs de secrétases
 - inhibiteur des beta et gamma secrétases
 - stimulateur de l'alpha secrétase
 - **l'immunothérapie ou « vaccin » amyloïde**
 - les inhibiteurs de la fibrillation de l' Ab
 - GAG mimétiques : « alzheimed »
 - les Chélateurs de métaux : « Clioquinol »
- Les anti-Tau ?
 - les inhibiteurs de la phosphorylation de la p. tau
 - Kinases inhibiteurs : CDK5 et GSK-3b
 - Phosphatases activateurs

Cibles de la prévention

- Les maladies dites liées à l'âge
- **La fragilité?**
- L'inactivité ?

La fragilité : un syndrome complexe de vulnérabilité accrue

- **Définition:** La fragilité est un état de vulnérabilité à un stress secondaire à de multiples déficiences de systèmes qui conduisent à une diminution des réserves physiologiques (Réunions d'expert :Hogan, 2003, Ferrucci, 2004, Walston, 2006, Bergman , 2007).
- **Critères:** Fatigue, sarcopénie, perte de poids, diminution de la vitesse de marche et diminution de l'activité physique .
- La fragilité est-elle réversible?

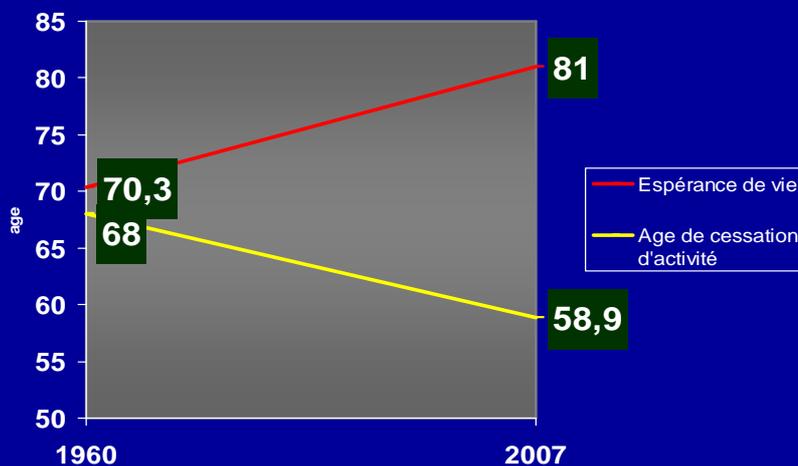
La fragilité est-elle réversible?

- On peut agir sur un certain nombre de signes:
 - Sarcopénie**
 - Ostéopénie/ostéoporotique
 - Troubles de l'équilibre et de la marche
 - Dénutrition
- Une recherche importante s'adresse aux modifications physiologiques (Testostérone, GH, Inhibiteurs des cytokines, inhibiteurs des caspases, antagonistes de la myostatines....).
- Une meilleure intégration sociale reste capitale

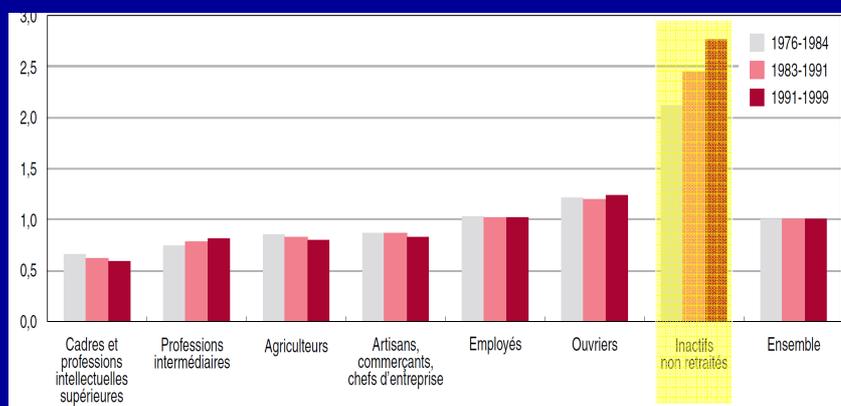
Causes de dépendance

- Les maladies dites liées à l'âge
- La fragilité?
- **L'inactivité ?**

Évolution de l'espérance de vie à la naissance et de l'âge de cessation d'activité en France entre 1960 et 2007



...avec ses conséquences!



Entre 35 et 80 ans, les hommes inactifs ont eu une mortalité 2,7 fois plus élevée que l'ensemble des hommes
période 1991-1999. Insee

Taux d'emploi 2007 (eurostat)

	total	
	Suède	France
25-54 ans	86.1%	82.1%
55-59 ans	79.7%	55.5%
60-64 ans	60.4%	15.7%
65 ans+	11.0%	1.4%

Inactivité et Longévité

- L'inactivité augmente la morbidité
- Toutes les formes d'activité réduisent la mortalité et donc augmentent l'espérance de vie en bonne santé:
 - Activité physique
 - Activité de loisir
 - Activité professionnelle
 - Engagement social

Travailler plus longtemps est bénéfique sur le plan cognitif

- **Plus l'âge de la retraite est tardif, plus le début de la MA est retardé.**
- **Chaque année supplémentaire en emploi recule le début de la MA de 0.13 ans.** L'hypothèse est que la « réserve cognitive » construite pendant la vie est prolongée par cet engagement professionnel de sorte que les fonctions cognitives restent au-dessus du seuil de la démence pendant plus longtemps.
- Ceci est corroboré par l'observation d'un effet positif continu des activités cognitives plus tard dans la vie.

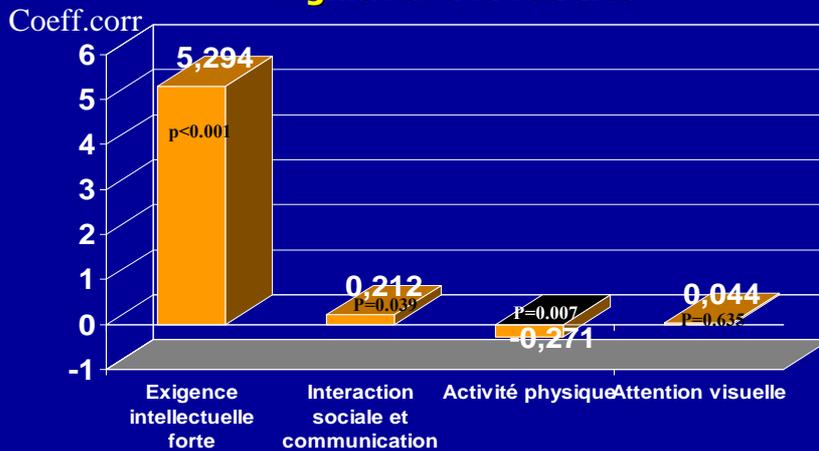
Int J Geriatr Psychiatry 2009; 24: 1-7. Lupton and coll

Retraite et fonctionnement cognitif

- **L'étude longitudinale HRS de 1998 à 2006 sur des Américains de 50+ et l'enquête internationale sur les personnes âgées de 14 pays européens (SHARE), mettent en évidence un effet négatif significatif et quantitativement comparable de la retraite sur le fonctionnement cognitif.**
- L'activité professionnelle augmente les interactions sociales et un sentiment d'auto-efficacité, qui contribuent au maintien de la réserve cognitive (Rowe et Kahn, 1998).
- Les résultats suggèrent que la participation active des seniors peut non seulement assurer la pérennité des systèmes de sécurité sociale, mais également créer des effets positifs sur la santé qui peuvent à leur tour influencer sur les dépenses des soins de longue durée.

Does Retirement Affect Cognitive Functioning? Eric Bonsang, Stéphane Adam, Sergio Perelman, Research Centre for Education and the Labour Market-Maastricht University- ROA-RM-2010/1-February 2010

Association significative entre un travail à forte exigence intellectuelle et les performances cognitives à la retraite



Réduction de la mortalité et activité physique

1 L'augmentation de l'activité physique à l'âge mûr est suivi d'une réduction de la mortalité identique à celle observée chez les personnes qui ont toujours eu une activité physique importante.

Cette réduction de la mortalité est comparable au fait d'arrêter de fumer

Population : 2205 hommes suivis pendant 35 ans en Suède.

2 .L'exercice physique améliore les fonctions cognitives des personnes à risque de MA. Le bénéfice de l'activité physique sur le déclin cognitif est apparent dès 6 mois d'entraînement et persiste 1 an après la fin de l'entraînement : marcher 20 minutes de plus que d'habitude par jour

1-Byberg L and coll. *BMJ*, 2009

2- Lautenschlager and coll *JAMA*, 2008

Activités et environnement social and MA

- Un réseau social important protège contre la survenue de la détérioration cognitive (Bassuk SS and coll. *Ann Intern Med* 1999;**131**(3):165-73. - Zunzunegui MV and coll. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003;**58**(2):S93-S100.)
- Les personnes vivant seules sans amis sans famille ont plus de risque de développer une maladie d'Alzheimer (Fratiglioni L and coll. *Lancet* 2000;**355**(9212):1315-9.)
- Pour la Honolulu Study seule la décroissance de l'engagement social de l'âge moyen à l'âge avancé est associée au risque de démence. (Saczynski JS and coll. *the Honolulu-Asia Aging Study. Am J Epidemiol* 2006;**163**(5):433-40.)

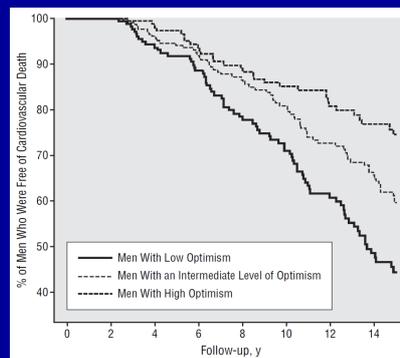
Les activités de loisir sont prometteuses

- L'étude des 3 cités sur des sujets sans démence montre que la pratique d'activités stimulantes telles que 2 fois par semaine:
 - Mots croisés...
 - Jouer aux cartes...
 - Aller à des expositions...
 - Aller au théâtre....
 - Bricoler...,
 diminue de 50% l'incidence de la démence comparés au personnes qui ne les pratiquent qu'une fois par semaine
 (Akbaraly TN and coll. *Neurology* 2009;**73**(11):854-61)

L'optimisme

Etudes sur le tempérament optimiste et la mortalité cardiovasculaire

- Cohorte suivie 15 ans entre 1985 et 2000
- 545 hommes inclus (61,4%) sur 887
- Âgés de 64 ans à 84 ans
- libres d'antécédents cardiovasculaires préexistants ou de maladie et de cancer

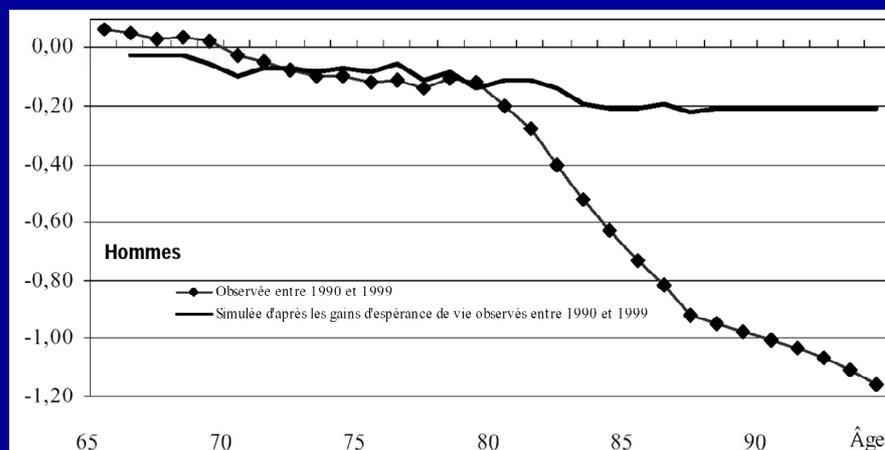


Giltay and co - Zutphen Elderly Study (NL)-Arch Intern Med-vol 166- 27 fevrier 2006-

Promouvoir l'emploi des seniors Une priorité absolue pour prévenir la dépendance

- Promouvoir massivement le maintien dans l'emploi des plus de 50 ans
- Changer la mentalité des employeurs et des employés
- Changer les conditions de travail
- Prolonger la vie professionnelle au delà de 60 ans

Baisse annuelle des taux de prévalence de la dépendance lourde à chaque âge entre 1990 et 1999



DREES -Etudes et Résultats N° 160 – Février 2002

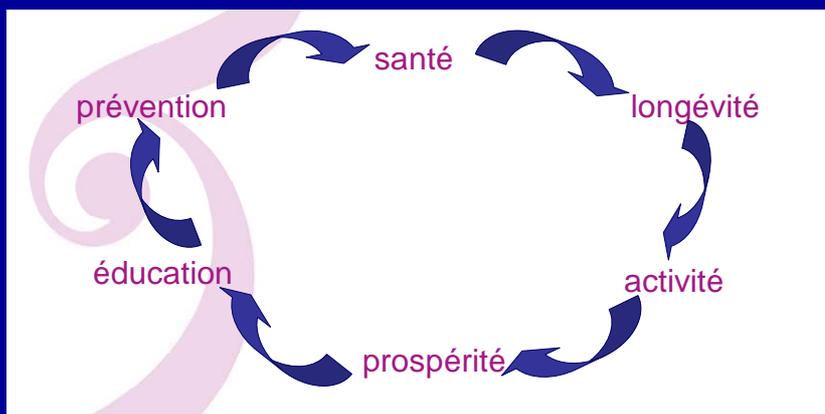
Abolir le critère de l'âge et approfondir les connaissances sur le vieillissement

- Développer la Recherche sur la Longévité : **Gérontopole**
- Développer massivement la prévention des maladies liées au vieillissement.
- Réduire le pourcentage de personnes en perte d'autonomie
- Financer un 5ème risque sur ce rapport:

Petit nombre de dépendants/population française en bonne santé.

Cesser de croire que la longévité est un poids alors que c'est une fantastique opportunité pour tous et particulièrement pour la croissance économique et l'emploi

Renforcement mutuel entre la santé, la prospérité et la longévité : une spirale vertueuse...



ANNEXE 5 : Gérontopôles des pays de la Loire



GÉRONTOPÔLE DES PAYS DE LA LOIRE

LONGÉVITÉ / REPÈRES

- France métropolitaine en 2030 = 67,2 millions d'habitants

Les 60 ans et + représenteront :

- 31 % de la population / 20 millions de personnes (contre 13 millions aujourd'hui)
- La part des 60 ans et + ayant besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne augmentera de 20 %

UN FRANÇAIS SUR TROIS AURA 60 ANS OU PLUS



GÉRONTOPÔLE DES PAYS DE LA LOIRE

LES MISSIONS DU GÉRONTOPÔLE

- ▶ Contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes âgées
- ▶ Développer une activité à valeur ajoutée et un réseau de compétitivité économique sur le territoire
- ▶ Assurer la promotion du “Bien Vieillir” et du développement durable humain au bénéfice des aînés et de l'ensemble de la population

LA LONGÉVITÉ EST UNE CHANCE POUR TOUS

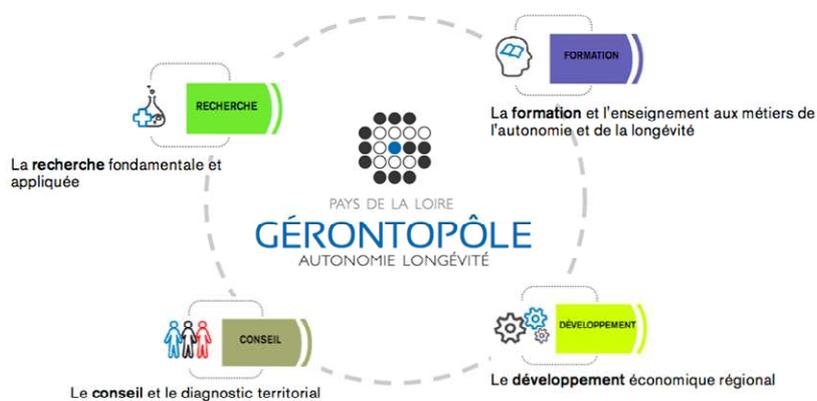


3



GÉRONTOPÔLE DES PAYS DE LA LOIRE

4 AXES DE DÉVELOPPEMENT



4



GÉRONTOPOLE DES PAYS DE LA LOIRE

UN PÔLE DE COMPÉTENCES POUR

- ▶ Encourager les partenariats entreprises/enseignement supérieur ; valoriser la [recherche](#) scientifique, industrielle et observationnelle
- ▶ Faire de la longévité un relais de croissance pour les [entreprises](#) ; créer de nouveaux métiers et emplois ; concevoir produits et services innovants adaptés au vieillissement
- ▶ Développer des [formations](#) qualifiantes et améliorer l'accompagnement de l'âge par les 25 000 professionnels de la filière médico-sociale
- ▶ Conseiller et accompagner les [acteurs publics](#) : urbanisme, logement, services, alimentation, transports, infrastructures...



ET AU BÉNÉFICE FINAL DE LA PERSONNE ÂGÉE ET DE SES AIDANTS



GÉRONTOPOLE DES PAYS DE LA LOIRE



RECHERCHE

- ▶ Technologies de l'autonomie : domotique, géolocalisation, actimétrie...
- ▶ Développement durable et habitat
- ▶ Lien avec les unités de recherche fondamentale pour l'étude des systèmes mobilisés par la longévité : télomères, études génétiques multi-domaines...

RÉPONSES AUX APPELS À PROJETS / PROGRAMMES DE RECHERCHE FRANÇAIS, NATIONAUX ET INTERNATIONAUX





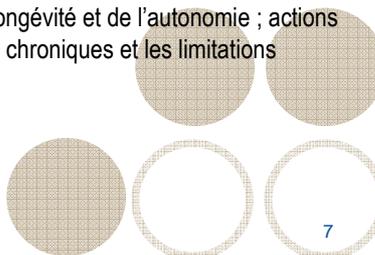
GÉRONTOPOLE DES PAYS DE LA LOIRE



FORMATIONS INITIALE & CONTINUE

en santé, social, technologies et sciences humaines

- ▶ Création de diplômes d'excellence, nouveau mastère et nouveaux cursus ; qualification des intervenants à domicile
- ▶ Formation aux nouveaux métiers gérontologiques : assistant en gérontologie, gestionnaire de cas Alzheimer, management en EHPAD...
- ▶ Initiation du grand public : problématiques de la longévité et de l'autonomie ; actions intergénérationnelles, éducation sur les pathologies chroniques et les limitations fonctionnelles liées à l'âge



7



GÉRONTOPOLE DES PAYS DE LA LOIRE



DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

- ▶ Accompagnement des entreprises par l'évaluation et la validation de technologies et services : adaptabilité, acceptabilité, utilisabilité, valeur d'usage...
- ▶ Partenariats entreprises / recherche universitaire (R&D)
- ▶ Relais de croissance : conseil aux entreprises pour la conquête de nouveaux marchés, accompagnement pour le développement de l'offre, consortiums de réponses aux AAP et AO, partenariats nationaux et internationaux
- ▶ Marketing et communication : définition des cibles, aide à la conception des produits



ÉTABLISSEMENT DE RÉFÉRENTIELS TECHNIQUES
PRÉFIGURATION D'UNE NORME GRAND ÂGE

8



GÉRONTOPÔLE DES PAYS DE LA LOIRE



CONSEIL TERRITORIAL

- ▶ Création d'un centre d'études : veille économique, modalités de vieillissement, sociologie et environnement
- ▶ Déclinaison territoriale des plans "Bien vieillir" et "Healthy Ageing" : prévention santé, intergénération, éducation thérapeutique...
- ▶ Transfert de connaissances pour les technologies et les services innovants
- ▶ Vitrine internationale : réalisations immobilières, guides de bonnes pratiques...
- ▶ Anticipation du dimensionnement des infrastructures et services, aide à la décision, accompagnement opérationnel pour mise en œuvre et communication

LABEL "VILLE LONGÉVITÉ & AUTONOMIE"

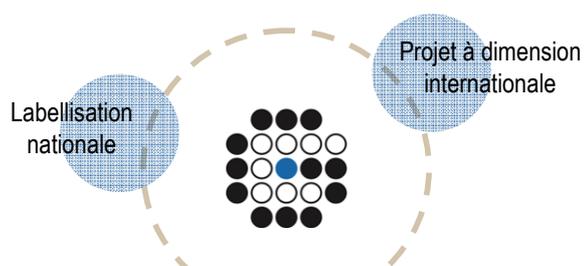


9



GÉRONTOPÔLE DES PAYS DE LA LOIRE

PERSPECTIVES & ENJEUX



UN LIEU RÉGIONAL accueillant grand public, industriels, chercheurs, hospitaliers, étudiants pour formations, information et transferts de connaissances liés à la longévité et à l'autonomie. Présentation de technologies, conférences, symposiums... et une antenne du Gérontopôle DANS CHAQUE DÉPARTEMENT



10



GÉRONTOPÔLE DES PAYS DE LA LOIRE

PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

- ▶ ANCCLIC
- ▶ Angers Loire Métropole
- ▶ Centich
- ▶ Chambre de Commerce et d'Industrie de Nantes Saint-Nazaire
- ▶ Chambre de Commerce et d'Industrie du Maine-et-Loire
- ▶ Chambre de Commerce et d'Industrie Régionale
- ▶ CHU de Nantes
- ▶ Coderpa de Loire-Atlantique
- ▶ Conseil général de Maine-et-Loire
- ▶ CNAM Pays de la Loire
- ▶ Département de Formation Continue de l'Université de Nantes
- ▶ Fnadepa Loire-Atlantique
- ▶ Groupe Audencia
- ▶ Groupe ESA/Laboratoire GRAPPE
- ▶ Institut Meaiaj
- ▶ Laval Agglomération
- ▶ Lycée Funay - Hélène Boucher / La Mans
- ▶ Lycée Jean-Perrin / Razé
- ▶ Lycée Professionnel La Roseraie / Angers
- ▶ Mutualité Française Anjou-Mayenne
- ▶ Nantes Métropole
- ▶ Observatoire Régional de la Santé (ORS)
- ▶ Pôle de Gériatrie clinique de Nantes
- ▶ Pôle de compétitivité Valorial
- ▶ Réseau Basse Vieille de Proximité des Pays de la Loire
- ▶ Réseau des GRETA
- ▶ Service de Gériatrie clinique du CHU d'Angers
- ▶ Société Publique Régionale des Pays de la Loire
- ▶ Université d'Angers
- ▶ Université de Nantes
- ▶ Ville de Nantes

LE GÉRONTOPÔLE EST SOUTENU PAR

Région
PAYS
de la
LOIRE



PAYS DE LA LOIRE

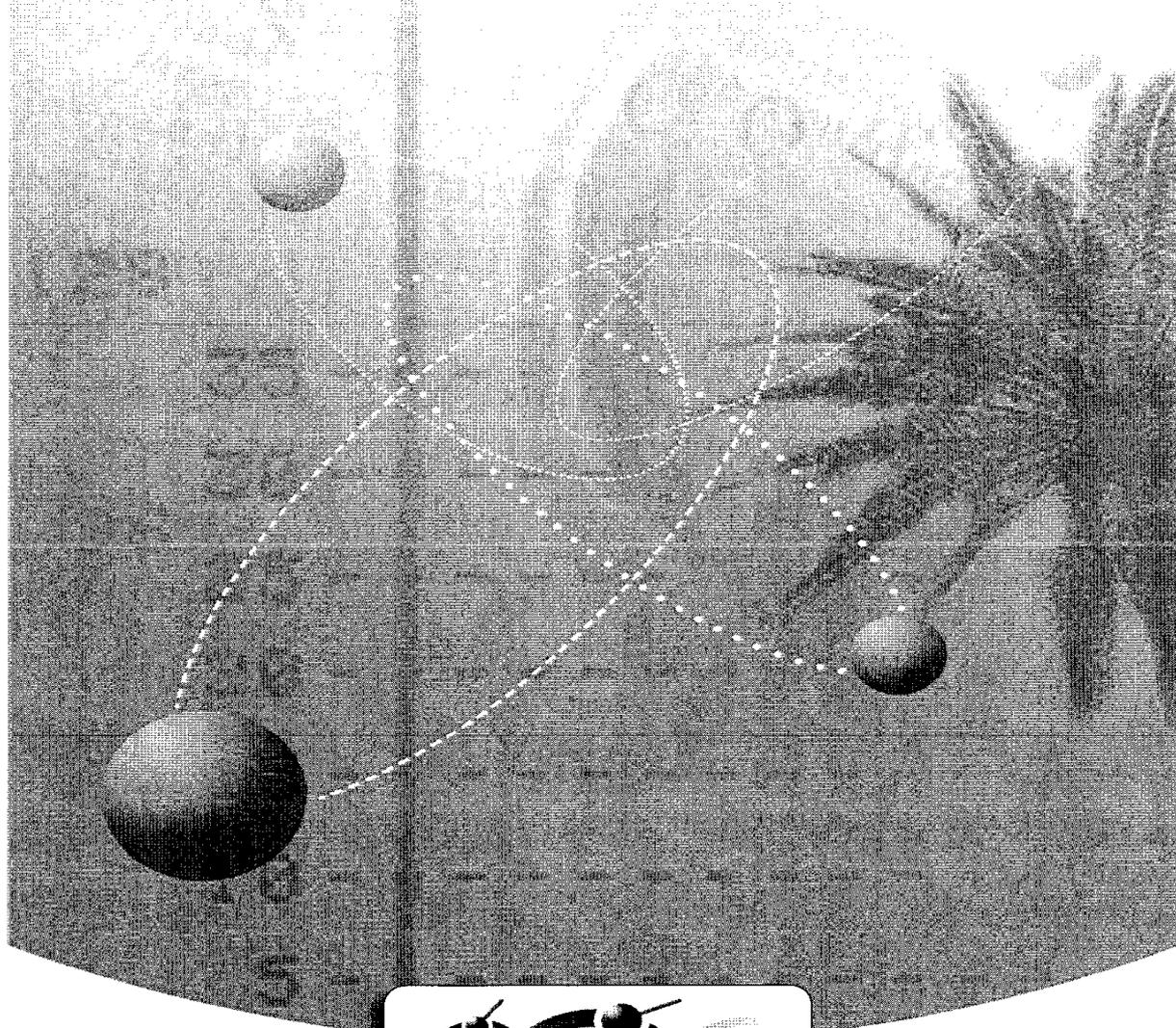
GÉRONTOPÔLE
AUTONOMIE LONGÉVITÉ

contact@gerontopole-paysdelaloire.fr

Région
PAYS DE LA LOIRE

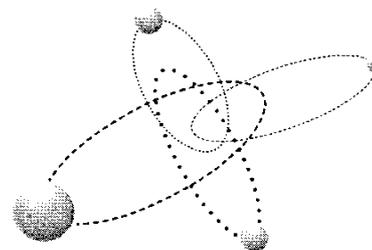
ANNEXE 6 : « Imaginer ensemble la santé publique de demain » Espace Partagé de Santé Publique Du soin...à la santé

ESPACE PARTAGÉ DE SANTÉ PUBLIQUE



“Imaginer ensemble la santé publique de demain”

L'Espace partagé de santé publique



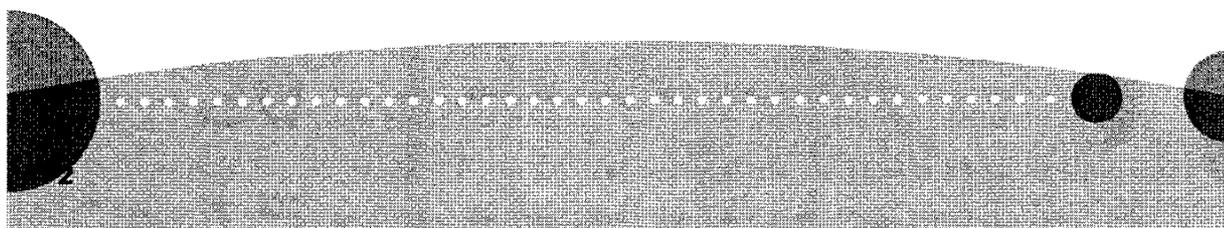
La vision

La santé de la population dépend de la qualité de vie, laquelle est conditionnée par les milieux où les gens vivent (environnement, foyers, quartiers, écoles, lieux de travail, villes...) et dans lesquels interviennent de multiples acteurs : État, collectivités territoriales, établissements publics, mutuelles, associations...

Le projet d'Espace Partagé de Santé Publique vise à améliorer la santé de la population du département des Alpes-Maritimes. Il s'agit de préserver, maintenir et restaurer **le capital santé** de la population. Pour atteindre ce but, il faut prendre en compte et agir sur des facteurs multiples : politiques (organisation du système de santé...), comportementaux (nutrition, addictions...), environnementaux (habitat et transport...), sociaux (accès aux soins...) et biologiques.

La réalisation de cet objectif (émergence de politiques favorables à la santé au sens donné par la Charte d'Ottawa) nécessite une **action collective**. Le caractère innovant du projet consiste à proposer une association des structures et organismes compétents en Santé Publique ; cette approche moderne crée un modèle d'organisation en santé publique sur un territoire donné.

Le projet consiste ainsi à générer et à nourrir une **synergie entre une organisation décloisonnée des services de santé et les réseaux socio-économiques** au sein des collectivités locales pour mieux gérer dans la durée le changement et orchestrer des actions efficaces pour la santé et le bien-être des individus.



Pour relever ces défis, les institutions compétentes dans le domaine de la santé publique :

- ▶ l'État (DRASS PACA et DDASS 06),
- ▶ l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) PACA
- ▶ le Groupement Régional de Santé Publique PACA,
- ▶ le Conseil Général des Alpes-Maritimes,
- ▶ la Mairie de Nice,
- ▶ le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la Ville de Nice,
- ▶ la Mutualité Française PACA,
- ▶ l'Université de Nice Sophia-Antipolis et la Faculté de Médecine de Nice,
- ▶ la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes (CPAM 06),
- ▶ le Comité d'Education pour la Santé des Alpes-Maritimes (CODES 06),
- ▶ l'Union des Associations d'Usagers du Système de Santé PACA (UNIAUSS)
- ▶ et le CHU de Nice

font le choix de regrouper une partie de leurs équipes et de mutualiser leur expertise au service de la population.

Les institutions fondatrices de l'Espace Partagé de Santé Publique affirment leur volonté d'assumer cette responsabilité en structurant leur collaboration et en l'élargissant à tous les partenaires compétents et impliqués dans le domaine de la santé publique, à l'échelon local, national, européen et international (professionnels de santé libéraux, associations de patients, mutualité, organismes de recherche,...).

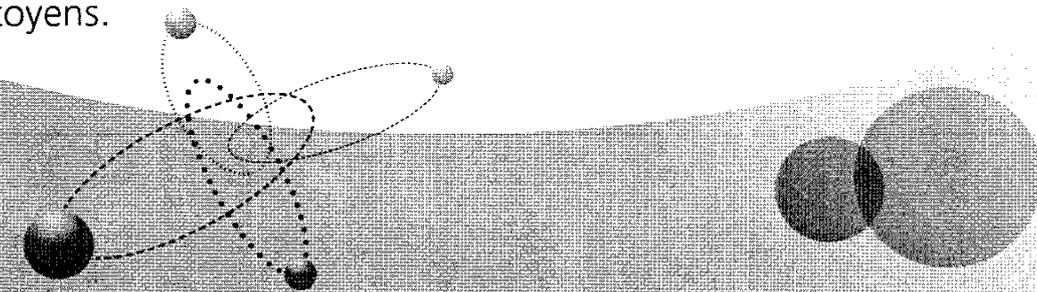
Cette volonté s'est traduite par la signature d'un protocole d'accord au printemps 2009.

La mission

Le projet vise à créer et animer un Espace Partagé de Santé Publique pour l'échange de connaissances et d'expériences. Il doit permettre d'établir d'une part une interface avec les activités cliniques pour y intégrer la promotion de la santé et la prévention de la maladie et, d'autre part, soutenir une action intersectorielle sur les déterminants de la santé avec les partenaires socio-économiques.

Ainsi pourront être conjugués qualité globale des soins et qualité de la vie, éducation et droits des patients et réduction des inégalités sociales de santé.

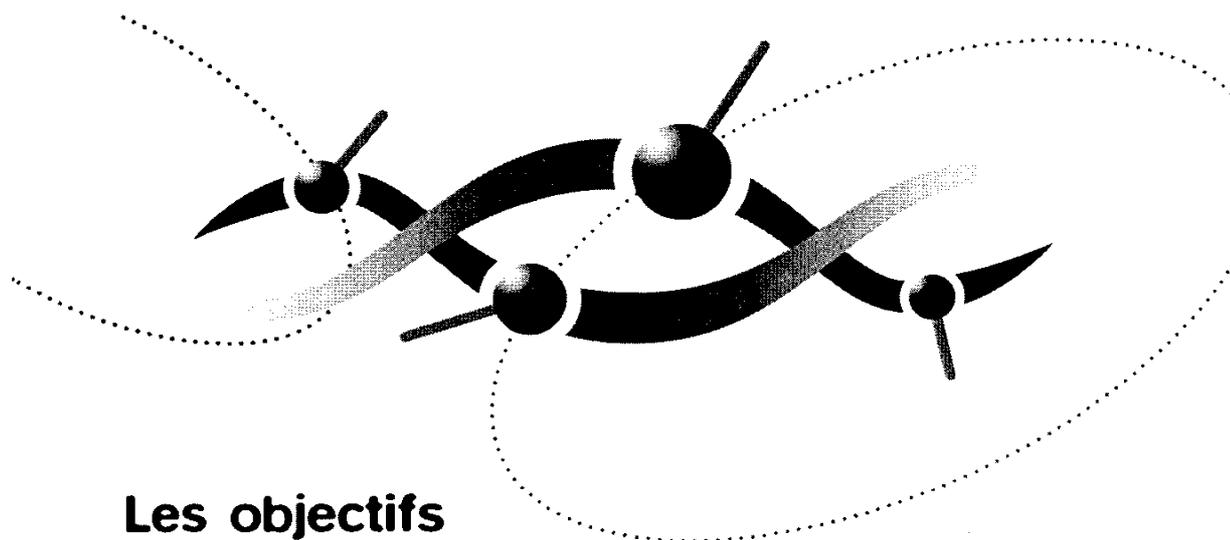
L'Espace Partagé de Santé Publique est conçu comme un concept ouvert, fédératif, en perpétuelle adaptation aux évolutions des déterminants de santé et aux attentes des citoyens.



Cette façon nouvelle de concevoir la Santé publique se fait dans le respect de l'autonomie, des compétences de chaque institution et par la participation de chacun à la gouvernance du dispositif.

Par la promotion des recherches et des expérimentations en Santé Publique, l'Espace Partagé de Santé Publique souhaite devenir un véritable incubateur de projets de santé en développant plusieurs axes de travail qui touchent au développement de méthodes d'observation et d'action.

Ces méthodes, utiles pour mieux connaître l'état de santé et les façons de travailler des professionnels de santé, permettront ensuite de proposer d'autres approches de soins et d'optimiser les prises en charge.



Les objectifs

Les objectifs défendus par les adhérents sont d'œuvrer dans le long terme en faveur de :

- ▶ la promotion de la santé et la prévention (notamment par l'information partagée et l'éducation);
- ▶ le développement de la recherche, de l'évaluation et de la gestion des connaissances en santé publique;
- ▶ la coordination des politiques et des acteurs en santé publique, notamment par les réseaux de santé et une approche de proximité.

En pratique, l'essentiel du projet est donc de :

- ▶ mettre le **patient-usager-citoyen** au centre du système, de favoriser par la proximité, l'accessibilité à l'information et à la formation, aux services, aux décisions;
- ▶ rétablir la **continuité** entre prévention et soins, entre ville et hôpital, entre social et santé, entre professionnels et profanes, en décloisonnant et en fédérant les services, en promouvant la cohérence et l'articulation des politiques et programmes au niveau local (horizontal) ainsi qu'entre local, régional, national et international (vertical);
- ▶ promouvoir une gestion de la qualité des soins et des services qui intègrent **la qualité de la vie** et le développement des droits, la réduction des inégalités sociales en santé et s'appuie sur les données probantes, l'évaluation périodique et la gestion des connaissances.

Les domaines d'application

Les institutions et partenaires fondateurs de l'Espace Partagé de Santé Publique décident de concentrer leurs travaux et collaborations autour des thématiques suivantes, qui correspondent aux **priorités territoriales actuelles** :

- ▶ **vieillesse**
- ▶ **environnement**
- ▶ **enfance**
- ▶ **maladies chroniques** (dont cancer, handicap)
- ▶ **maladies transmissibles.**

Le vieillissement a été choisi comme première thématique pour mettre en application le principe de l'EPSP.

Un large partenariat

L'Espace Partagé de Santé Publique regroupe aujourd'hui des partenaires qui se sont choisis et reconnus à travers leur implication, à divers titres, dans la santé publique.

Des liens ont également été créés entre l'EPSP et des partenaires universitaires comme l'École des Hautes Études en Santé Publique, l'Institut National de Santé Publique du Québec et l'Université de Montréal.

L'avancement des projets et la dynamique engagée amèneront à élargir l'EPSP à d'autres partenaires, sur décision du Comité de Pilotage.

Un pilotage et des programmes

Un **Comité de Pilotage** a été instauré, ayant pour mission de définir les orientations stratégiques, les règles de participation des partenaires, les principales modalités juridiques, financières et de communication.

Chaque partenaire est ainsi invité à apporter son expérience particulière, à faire bénéficier l'Espace de ses compétences spécifiques et des initiatives qu'il a déjà développées.

Les partenaires se réunissent dans un **Comité de Programmes** qui a pour mission de développer des projets innovants sur des thématiques prioritaires en santé publique, en générant une synergie entre partenaires. Le Comité de Programmes a débuté ses travaux sur le vieillissement.

L'Espace Partagé de Santé Publique s'est doté, pour optimiser ses travaux, de deux outils : un **système de gestion des connaissances et un espace collaboratif**. L'évolution des travaux de l'Espace Partagé de Santé Publique s'inscrit dans la démarche des **parcours de vie**.

Des centres de soutien

L'Espace Partagé de Santé Publique a développé quatre centres de soutien :

- ▶ **Le centre de recherche** a déjà conduit la phase de définition d'un programme de recherche axé sur le vieillissement qui s'inscrit à la fois dans les domaines de l'épidémiologie clinique et de la recherche en sciences sociales.
- ▶ **Le centre de promotion de la santé** a pour objectif d'apporter aux patients et à leurs familles de l'information personnalisée, de l'éducation thérapeutique et de conduire les actions grand public décidées par l'Espace Partagé de Santé Publique.
- ▶ **Le centre de soutien aux réseaux de santé** vise à fédérer l'ensemble des réseaux impliqués en santé publique pour un partage d'outils et de méthodes. L'objectif est de constituer un réseau intégré territorial polyvalent, pour optimiser la prise en charge des personnes atteintes de polypathologies.
- ▶ **Le centre de formation** délivre d'ores et déjà quatre Diplômes Universitaires : "Management des actions en santé publique", "Concepts et méthodes en éducation et promotion de la santé", "Comprendre, organiser et promouvoir le travail en réseau", "Éducation du patient et maladies chroniques".

ESPACE PARTAGÉ DE SANTÉ PUBLIQUE

Comité de pilotage : l'ARH PACA, la DRASS PACA et la DDASS 06, le Groupement Régional de Santé Publique PACA, le Conseil Général des Alpes-Maritimes, la Mairie de Nice, le CCAS de la Ville de Nice, la Mutualité Française PACA, l'Université de Nice Sophia-Antipolis et la Faculté de Médecine de Nice, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes-Maritimes, le Comité d'Education pour la Santé des Alpes-Maritimes, l'Union des Associations d'Usagers du Système de Santé PACA (UNIAUSS), le Réseau Social des Indépendants et le CHU de Nice.

Comité Programme Vieillesse : la DDASS 06, le Conseil Général des Alpes-Maritimes, la Mairie de Nice, le CCAS de la Ville de Nice, la Mutualité Française PACA, l'Université de Nice Sophia-Antipolis et la Faculté de Médecine de Nice, le Comité d'Education pour la Santé des Alpes-Maritimes (CODES 06), l'Association des Petits et Moyens Etablissements Socio-Sanitaires (APMESS), le CODERPA, l'Association Alzheimer Côte d'Azur (ACA) et le CHU de Nice.

Experts et consultants : J. Rochon (professeur émérite, Université Laval, expert associé auprès de l'INSPO, Québec), J.A. Bury (professeur émérite, consultant en évaluation des politiques de santé, Genève).

Coordination : Département de Santé Publique, CHU de Nice.



Du soin... à la santé

Espace Partagé de Santé Publique
c/o CHU de Nice - Hôpital Archet 1, Niv. 1

151, route de St Antoine de Ginestière - 06202 Nice Cedex 3
Tél. 04 92 03 56 35 / 04 92 03 56 37 - Fax : 04 92 03 56 27

espace-sante-publique@chu-nice.fr



GESTION ET DIFFUSION DE L'INFORMATION - EXPERTISE

► Un système de gestion des connaissances et données probantes

- Développement d'une plateforme numérique visant à favoriser les transferts, la capitalisation et l'appropriation des savoirs entre chercheurs, professionnels, populations et décideurs dans le champ sanitaire et social sur un sujet donné.
- Production de notes d'expertise (ex. : Impact des Incinérateurs Ménagers sur la Santé des Populations : le cas de L'Ariane, mai 2009).

► Un espace collaboratif

- Développement d'une plateforme numérique de gestion électronique de documents de travail et d'articles de référence.

► Colloques

- La nouvelle santé publique (novembre 2007).
- Colloque départemental sur les facteurs de réussite des Ateliers Santé Ville (Grasse, 28 octobre 2008).
- Les parcours de vie (janvier 2009).
- Un autre regard sur les personnes âgées (mai 2009).
- Territorialité et systèmes de santé (octobre 2009).

PROGRAMME VIEILLISSEMENT

► Elaboration d'un référentiel des compétences en gérontologie axé sur le respect de la personne âgée

► "L'EHPAD du 21^e siècle" : un nouveau modèle de prise en charge de la personne âgée

- Conception d'un dispositif de prise en charge et de relais entre les structures existantes à l'échelon du quartier, associant : réseau intégré, approche communautaire, respect de la personne et lien social.



CENTRES DE SOUTIEN

► Centre de soutien aux réseaux de santé

- Financement par l'ARH PACA et l'URCAM PACA.
- Constitution d'une association loi 1901 à laquelle adhère à ce jour une quinzaine de réseaux ou groupements professionnels.

► Centre de recherche en santé publique

- Constitution d'un **réseau de recherche** regroupant des équipes travaillant sur la thématique du vieillissement au CHU de Nice et à l'Université de Nice Sophia-Antipolis.
- Signature d'une **convention avec l'Université de Montréal** et l'Institut national de santé publique du Québec.
- Partenariat avec l'unité SOLO de l'**École des Hautes Etudes en Santé Publique** pour l'analyse des trajectoires et des coûts liés à la maladie d'Alzheimer.
- Systèmes d'information sur la Maladie d'Alzheimer :
 - > **Départemental** à visée épidémiologique à partir des centres mémoire et du CM2R.
 - > Développement d'une cohorte **régionale** à partir des données de l'Assurance Maladie.
- 4 rencontres entre décideurs en santé et chercheurs québécois sur la **conduite du changement**.

► Centre de formation en santé publique

- Organisation de **4 Diplômes Universitaires** en santé publique ("Management des actions en santé publique", "Concepts et méthodes en éducation et promotion de la santé", "Comprendre, organiser et promouvoir le travail en réseau", "Éducation du patient et maladies chroniques").

► Centre de promotion de la santé

- Soutien méthodologique aux initiatives locales : Ateliers Santé Ville, programmes, évaluation.

ANNEXE 8 : « Ensemble, prévenons la dépendance »

“Ensemble, prévenons
la dépendance,,

“Ensemble, prévenons la dépendance”

VIEILLIR EN BONNE SANTÉ: UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

LE DÉFI DÉMOGRAPHIQUE

Dans cinquante ans, la France comptera 73,6 millions d'habitants et la part des plus de 60 ans aura augmenté de 80%, avec une hausse encore plus forte pour les plus âgés : la proportion des plus de 75 ans sera multipliée par deux, celle des plus de 85 ans par quatre. Le nombre de centenaires pourrait atteindre les 200 000 en 2060, soit treize fois plus qu'aujourd'hui.

Notre société va devoir prendre en compte ces évolutions démographiques. Car les personnes âgées, pour rester en bonne santé, nécessitent une attention particulière. Notre système de santé devra donc s'adapter pour répondre aux besoins de santé de nos aînés.

LA FRAGILITÉ LIÉE À L'ÂGE

Avec le vieillissement, on assiste au développement des fragilités et des pathologies liées à l'âge. 40% des plus de 65 ans présentent des critères de pré fragilité et de fragilité : fatigue, diminution de la force musculaire, lenteur de la vitesse de marche, perte de poids, sédentarité, troubles de la mémoire...

S'ils sont repérés, ces signes de fragilités permettent non seulement d'évaluer le niveau de perte d'autonomie de la personne, mais surtout d'intervenir, de ralentir, voire de traiter leurs effets.

LA DÉPENDANCE, UN COÛT GRANDISSANT POUR LA SOCIÉTÉ

La prise en charge des pathologies du vieillissement et de la dépendance est un enjeu sociétal considérable. Il représente déjà un coût important pour la société : 21 milliards d'euros ont été consacrés à la compensation de la perte d'autonomie en 2008.

Alors que s'ouvre le débat sur le financement de la perte d'autonomie, il semble indispensable d'évoquer la question de la prévention de ce risque "dépendance". Prévenir, c'est limiter les dépenses à venir et il est aujourd'hui avéré qu'un certain nombre de troubles ou de maladies peuvent être anticipés, traités ou du moins retardés.

UN ENJEU HUMAIN, POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE

La dépendance cause une souffrance importante chez les personnes âgées, leurs familles et leur entourage. Un programme de prévention permettrait de retarder la dépendance, donc d'améliorer le quotidien de toutes ces personnes.

Les signes précurseurs de l'entrée dans la dépendance

- Fatigue
- Diminution de la force musculaire
- Lenteur de la vitesse de marche
- Perte de poids
- Peur de tomber
- Ralentissement de l'activité physique
- Sédentarité...

Ces signes précèdent souvent une **perte sévère d'autonomie** qui, une fois installée, est rarement réversible. D'où la nécessité de les repérer et de les traiter le plus tôt possible.



PRÉVENIR LA DÉPENDANCE :

L'OBJECTIF DU PROJET IHU DE TOULOUSE

Les principales maladies liées à l'âge

Maladies cardiovasculaires

Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Démences, maladie d'Alzheimer

Cancers

Arthrose et ostéoporose

Troubles sensoriels ...

Ces pathologies sont à l'origine de la majorité des dépendances.

Elles peuvent pourtant être retardées, voire prévenues, et le seront de plus en plus efficacement grâce à la thérapie cellulaire, aux puces ADN, aux biotechnologies...

Pour la seule maladie d'Alzheimer, si aucune mesure de prévention n'est mise en œuvre, le nombre des malades doublera d'ici 2050. Si l'âge de début de la maladie pouvait être reculé de 5 ans, ce nombre serait réduit de moitié. Le Plan Alzheimer 2008-2012 lancé par le Gouvernement fournit un effort sans précédent face au défi scientifique, médical et social que constituent la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

UN PROJET D'EXCELLENCE POUR DES AVANÇÉES DÉCISIVES

L'objectif de l'IHU Sciences du vieillissement et Prévention de la dépendance est de retarder le processus d'entrée dans la dépendance des personnes âgées.

Pour cela, l'IHU souhaite développer une recherche fondamentale et clinique du meilleur niveau, alliée à une pratique médicale innovante et à une stratégie de formation de tous les acteurs qui côtoient les sujets âgés fragiles et pré fragiles. L'IHU de Toulouse s'est fixé cinq axes de travail:

- 1 Développer la plate forme ambulatoire, en centre ville, clef de voûte d'une organisation coordonnée des soins et de la recherche.
- 2 Réaliser de grands essais de prévention du déclin cognitif et physique, en collaboration avec des partenaires privés.
- 3 Promouvoir la recherche clinique, c'est-à-dire mieux exploiter les découvertes obtenues pour élaborer des essais et, lorsqu'il y a réussite, en faire bénéficier les personnes âgées.
- 4 Mettre en place un programme de prévention de la dépendance et de qualité des soins en Midi-Pyrénées. Ce programme s'adresse aux professionnels de santé et vise à promouvoir de nouvelles pratiques.
- 5 Créer une Ecole Doctorale sur les sciences du vieillissement regroupant l'ensemble des universités et des écoles doctorales toulousaines.

DES COMPÉTENCES TOULOUSAINES RECONNUES

S'inscrivant dans la légitimité du Gérontopôle de Toulouse, le projet IHU permettra une accélération très significative des travaux et des résultats, et concrétisera les innovations aux bénéfices des personnes âgées fragiles. Siège de la Société mondiale de Gériatrie et de Gérontologie présidée par le Pr Bruno Vellas, présente dans 70 pays et regroupant 50.000 membres, Toulouse et l'excellence mondiale de ses équipes feront de l'IHU un acteur de vastes programmes internationaux comme le programme mondial IAGG / W.H.O on Aging.



Sciences du vieillissement
Prévention de la dépendance

LES PARTENAIRES ET LES PILOTES DU PROJET IHU DE TOULOUSE

L'IHU Sciences du vieillissement et Prévention de la dépendance sera coordonné par une Fondation de coopération scientifique qui réunira le CHU de Toulouse, l'INSERM, le PRES Université de Toulouse, la CNSA et plusieurs grands groupes industriels et pharmaceutiques, d'ores et déjà engagés dans le projet. Le projet a également l'appui de toutes les collectivités locales.

LES PILOTES DU PROJET

Bruno Vellas - Président de la société mondiale de gériatrie et de gérontologie, Directeur de l'IHU

Françoise Forette - Présidente du Collectif Alzheimer, Présidente du comité scientifique de l'IHU

Paul Aisen - Directeur de l'Etude Coopérative sur la Maladie d'Alzheimer. Professeur de Neurosciences, Université de Californie à San Diego, co responsable de la partie des Essais cliniques au sein de l'IHU

Michael Weiner - Université de Californie à San Francisco, co responsable de la partie Imagerie au sein de l'IHU

Bengt Winblad - Directeur du Centre de Recherche sur la Maladie d'Alzheimer de l'Institut Karolinska de Stockholm, membre du comité scientifique de l'IHU

Angelo Parini - Directeur de l'Institut des Maladies Métaboliques et Cardiovasculaires

