



8<sup>ème</sup> colloque  
**Défi autonomie**  
8 et 9 décembre **2014**



Bien vieillir : un parcours à organiser

# LES ACTES



## 8<sup>ème</sup> COLLOQUE DEFI-AUTONOMIE 2014

En collaboration avec

L'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale de Saint-Etienne (EN3S)

L'Association d'Etude et de Recherche en Economie Sociale (AERES)

C.N.A.V.

CARSAT Rhône-Alpes

Ville de Saint-Etienne

Atouts Prévention Rhône-Alpes

CPAM de la Loire

Conseil Général de la Loire

CETAF Saint-Etienne

C.C.M.S.A.

M.S.A. Ardèche-Drôme-Loire

Mutualité Française Loire SSAM

Pôle Gérontologique et de l'Autonomie de Saint-Etienne

Ecole Nationale Supérieure des Mines de Saint-Etienne

En partenariat avec

KLESIA

OCIRP

AG2R LA MONDIALE

MALAKOFF/MEDERIC

MUTEX

INTERIALE MUTUELLE

INTER MUTUELLES ASSISTANCE

CAPSSA

REUNICA

CFDP ASSURANCES

INPC

HUMANIS

EOVI MCD Mutuelle

GROUPE CHEQUE DEJEUNER

PRO BTP

GROUPE APICIL

L'ESSOR

FRANCE BLEU SAINT-ETIENNE LOIRE

Avec l'aimable participation de :

Lycée Benoît Charvet - 30, avenue Benoît Charvet - 42000 Saint-Étienne

Institut de Formation Aide-Soignant LPP La Salésienne -35, rue Richelandière - 42100 Saint-Etienne

**DEFI-AUTONOMIE** s'est tenu à Saint-Etienne les 8 et 9 décembre 2014 autour d'un Colloque, d'un Salon, de différents ateliers de prévention à destination des seniors.

Présidés par Madame Laurence ROSSIGNOL, Secrétaire d'Etat chargée de la Famille, des Personnes Agées et de l'Autonomie, les travaux du Colloque ont permis de réaliser un point de situation sur les thèmes d'actualité liés à la perte d'autonomie et au premier chef sur l'état d'avancée du projet de Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement.

La synthèse des actes du Colloque –lesquels sont consultables dans leur intégralité sur le site [defi-autonomie.com](http://defi-autonomie.com)- doit permettre à la fois d'identifier l'essentiel des problématiques abordés à l'occasion des travaux qui ont été menés et de retenir également les diverses recommandations qui ont pu découler de ce moment de réflexion.

Par ailleurs, les ateliers de prévention ont permis d'identifier un certain nombre de bonnes pratiques qui vous sont livrées en conclusion de cette synthèse.

SENIORS-AUTONOMIE remercie tous les partenaires, tous les intervenants et les professionnels qui se sont associés à la réussite de DEFI-AUTONOMIE 2014 et donne rendez-vous aux uns et aux autres les 7 et 8 décembre 2015 pour la 9<sup>ème</sup> Edition de DEFI-AUTONOMIE.

**Patrick LAVAUD**

Président

**Alain POULET**

Secrétaire Général

# 8<sup>ème</sup> COLLOQUE DEFI-AUTONOMIE

## 8 ET 9 DECEMBRE 2014

### INDEX

#### **I – OUVERTURE DU 8EME COLLOQUE DEFI-AUTONOMIE – BIEN VIEILLIR : UN PARCOURS A ORGANISER**

1) Interventions

Alain POULET – Secrétaire Général DEFI-AUTONOMIE

Claude BOURDELLE – Vice-Président Conseil Général de la Loire

Gaël PERDRIAU – Maire de la Ville de Saint-Etienne

2) Rapport introductif des Elèves de l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale

3) Intervention de Laurence ROSSIGNOL, Secrétaire d'Etat chargée de la Famille, des Personnes Agées et de l'Autonomie

#### **II – LES PROCHES AIDANTS : UN PAS VERS UNE RECONNAISSANCE**

1) Rapport introductif des Elèves de l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale

2) La notion d'aidants

3) Le témoignage d'un aidant

4) Comment les Professionnels peuvent-ils aider les aidants à trouver leur juste place ?

5) Focus sur l'Association Française des aidants

6) Débat avec la salle

7) Prise en compte de la parole des aidants

8) Articulation entre vie professionnelle et vie d'aidant

9) Lutter contre l'infantilisation de l'aidé et de l'aidant

10) Repérer les aidants fragilisés

11) Présentation d'une plateforme de répit et d'accompagnement

## **PREVENTION**

### **III – LA FRAGILITE EST-ELLE UN CONCEPT UTILE POUR LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ?**

- 1) Rapport introductif des Elèves de l'Ecole Nationale de Sécurité Sociale
- 2) Concept de fragilité
- 3) Repérage des fragilités des personnes âgées et leur suivi
- 4) Quelle place pour les Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie ?

### **IV – LA PREVENTION INDIVIDUELLE ET L'EVALUATION AU SERVICE DE LA PREVENTION POULATIONNELLE**

- 1) Rapport introductif des Elèves de l'Ecole Nationale de Sécurité Sociale
- 2) Prévention bucco-dentaire des Seniors en Ehpad
- 3) ) Prévention de la iatrogénie médicamenteuse en Ehpad
- 4) Atouts Prévention Rhône-Alpes : l'engagement des Caisses de Retraite
- 5) Evaluation de l'impact de la prévention
- 6) Le programme Sécurité Logement des personnes âgées
- 7) Comment mieux faire partager les messages de prévention aux seniors
- 8) Débats avec la salle

### **SYNTHESE DE LA PREMIERE DEMI-JOURNEE**

## **UN PARCOURS A ORGANISER**

### **V- COMMENT METTRE EN PLACE UN VERITABLE PARCOURS ATTENTIONNE POUR LES PERSONNES AGEES ?**

- 1) Rapport introductif des Elèves de l'Ecole Nationale de Sécurité Sociale
- 2) Parcours de soins des personnes âgées
- 3) Notion de parcours dans les différentes tentatives de coordination en France
- 4) Où en est le PAERPA ?
- 5) Expérimentation sur les sorties d'hospitalisation
- 6) La place de l'hospitalisation à domicile (EHPAD)
- 7) Amélioration des parcours des personnes âgées en perte d'autonomie

### **VI – LES GERONTOPOLES AU CŒUR DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES**

- 1) Rapport introductif des Elèves de l'Ecole Nationale de Sécurité Sociale
- 2) Les gérontopôles
- 3) Améliorer la qualité et l'accès aux soins
- 4) Favoriser le maintien à domicile

## **CONCLUSION**

Alain GAUTRON, Directeur de l'ARS Bretagne et Président du conseil scientifique de Défi autonomie

Patrick LAVAUD, Président de Seniors autonomie

Georges ZIEGLER, Adjoint aux Affaires sociales de la Ville de Saint-Etienne, Premier Vice-Président du Conseil général de la Loire

# I – OUVERTURE DU 8<sup>ème</sup> COLLOQUE DEFI-AUTONOMIE – BIEN VIEILLIR : UN PARCOURS A ORGANISER

## 1) Interventions

### Alain POULET, Secrétaire Général Défi-Autonomie

Mesdames et Messieurs, je vous remercie d'être présents parmi nous aujourd'hui. Je tenais également à vous remercier, Madame la Ministre, d'être ici pour ouvrir le 8<sup>ème</sup> Colloque Défi-Autonomie. La loi que vous portez va s'efforcer de relever ce dernier. Attendue et espérée, vos collègues, qui se sont succédé à cette tribune au cours des huit dernières années en ont annoncé la parution. Vous êtes celle qui nous remplit le plus d'optimisme : en effet, il semble qu'elle finisse par aboutir. Grâce à vous, demain est devenu aujourd'hui, ce dont nous prenons acte.

Je tenais néanmoins à faire deux remarques. La première, c'est que les associations que je représente ici aspiraient à une inscription intégrale de la prise en charge de la perte d'autonomie dans les prestations définies par la Sécurité Sociale. Manifestement, ce ne serait pas le cas. Les orientations arrêtées il y a quelques années en ont décidé autrement. Aussi ne pouvons-nous que le regretter.

Le contexte économique contraint dans lequel s'inscrit la réforme ne rassure ni les collectivités locales, ni les professionnels, ni les aidés et leurs familles ; et je ne parlerai pas des difficultés afférentes à l'avenir de nos régimes de retraite.

Je reprendrai à mon compte, sans la permission de son auteur, le titre d'un article publié dans un journal local : « *Ce que veut le Sénior, ce que peut la Société* ». C'est, à l'évidence, de cela dont il s'agit aujourd'hui. C'est fort de la volonté de trouver des solutions pour nos aînés et leur entourage familial et médicosocial que nous avons conçu ce 8<sup>ème</sup> Colloque, tourné vers le soutien aux aidants :

- un chemin de découverte ;
- des haltes de repos ;
- un questionnaire sur les attentes ;
- des solutions innovantes en termes de perspectives.

Les ateliers de prévention s'inscrivent dans une aspiration partagée par tous : vieillir dans les meilleures conditions. En d'autres termes, leur objectif est d'anticiper les difficultés de l'âge, en matière d'équilibre, de mémoire, de stress, d'alimentation, de vision, d'hygiène des pieds, de risques routiers, d'hygiène buccodentaire. Ce sont autant de risques encourus par nos aînés.

Je m'arrêterai un instant sur les risques buccodentaires. Il y a 15 mois, nous avons créé l'Association de Prévention Bucco-Dentaire des Séniors. Demain, nous présenterons les résultats obtenus au sein des maisons de retraite déjà visitées. Nous avons la volonté de réaliser des dépistages chez nos aînés et le souci de leur offrir la possibilité d'accéder aux soins dont ils ont besoin et d'avoir une meilleure hygiène de vie. L'atteinte de ces objectifs exige la mise en œuvre de quelques décisions administratives. La volonté politique existe. De même, la volonté de nos partenaires dentistes de la Loire est réelle. Il reste toutefois à dépasser quelques clivages. J'espère qu'ils le seront rapidement.

Le présent Colloque sera l'occasion d'aborder les thèmes suivants :

- **soutenir les aidants**

On ne naît pas aidant. On le devient par hasard, au gré des aléas de la vie. Parfois, on ne se rend pas compte qu'on est devenu un aidant. A terme, ce rôle devient, au sein de nombre de familles, une activité quotidienne. Aussi doit-il être véritablement reconnu.

- **repérer pour prévenir les fragilités et s'interroger sur les convergences, entre prévention individuelle et prévention collective**
- **organiser la prise en charge des soins dispensés aux aînés, ainsi que leur prise en charge sociale, par la mise en place d'un véritable parcours attentionné**
- **affirmer notre volonté d'organiser les territoires, de fédérer les volontés et de mutualiser les moyens**

C'est tout l'enjeu du Pôle Gérontologique de la Loire, qui est en gestation.

Le programme de notre Colloque est très ambitieux. Cela étant, nous vous devons cette ambition, à vous qui êtes nos partenaires, à vous les associations et services qui animez les salons et les ateliers, à vous, Madame la Ministre, Messieurs les Présidents et à vous, Mesdames et Messieurs les élus.

Merci à tous pour votre fidélité et votre soutien à une action qui n'a de sens que parce qu'elle s'inscrit dans la volonté d'offrir à chacun la possibilité de choisir librement les conditions de sa vie, quel que soit son âge. Merci et bon travail à tous.

### **Claude BOURDELLE, Vice-Président du Conseil Général de la Loire**

Mesdames et Messieurs, bonjour. Au nom de mes collègues du Conseil Général de la Loire et de son Président, Bernard Bonne, permettez-moi, Madame la Ministre, de vous souhaiter la bienvenue dans notre département. Avant toute chose, je tenais à saluer et remercier Alain Poulet et, à travers lui, tous les membres de son association, pour le travail réalisé chaque année, lequel permet de faire de ce colloque une réussite.

Cette 8<sup>ème</sup> édition qui nous réunit aujourd'hui a pour objectif d'identifier les conditions à déployer pour que le défi de l'autonomie soit relevé. Il doit être une réalité plutôt qu'un mythe. Cela exige, de notre part à tous, un réel volontarisme. En effet, l'attention portée à nos aînés doit être une préoccupation de tous les instants des acteurs publics et des citoyens. Le Conseil Général de la Loire en est convaincu : il accompagne l'avancée en âge de ses séniors et fait reculer la perte d'autonomie des personnes âgées. L'humain constitue l'une de ses priorités : il a donc souhaité qu'il détermine le cadre de ses actions.

La Loire compte aujourd'hui plus de personnes âgées de plus de 60 ans que de jeunes de moins de 20 ans. Le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans devrait progresser de 113 % d'ici 2020. Fort de son passé industriel, ouvrier et minier, la Loire a vu se développer de nombreuses dynamiques associatives, territoriales et collectives. Elle consacre chaque année plus de 200 millions d'euros à la solidarité départementale, en faveur de l'accompagnement à domicile et de l'hébergement des personnes en perte d'autonomie. Aujourd'hui, plus de 20 000 liguriens bénéficient de l'APA.

Le défi du vieillissement présente une véritable opportunité de croissance, en offrant un gisement d'emplois et en exigeant le déploiement de nouveaux produits, de nouveaux services et de nouvelles technologies. Il nous amène à nous rassembler, comme en témoigne l'ambition du Pôle Gérontologique et de l'Autonomie de Saint-Etienne.

J'aborde ce colloque 2014 dédié à l'autonomie avec une tonalité particulière, dans une période marquée par deux débats, relatifs à la réforme territoriale et à la loi relative à l'adaptation de la Société au vieillissement.

Dans ce contexte, je tenais à vous faire part de réflexions qui sont, autant pour le Conseil Général que pour moi, également des convictions. Ainsi, il ne peut pas y avoir de prise en compte des besoins des personnes âgées sans véritable proximité. L'action sociale en faveur des personnes âgées est une activité spécifique, qui se trouve au cœur d'enjeux essentiels pour l'humanité : des enjeux de développement durable pour répondre aux besoins du présent, mais également des futures générations. De nouveaux modes d'exercice des compétences territoriales sont annoncés. Ils réinterrogent la place de l'échelon départemental. En dépit de ces turbulences, je reste convaincu que le

département est garant de la proximité, comme en témoigne sa capacité à se réinventer et à innover au cours des dernières années, au bénéfice de la solidarité en faveur des personnes âgées. Le département n'a cessé de s'adapter aux réformes successives, relatives :

- aux prestations sociales ;
- aux structures d'information et de coordination ;
- aux dispositifs d'accompagnement ;
- à la gouvernance.

Il a surtout su s'adapter à des besoins qui se sont élargis, autour de la professionnalisation de l'aide à domicile et de l'aménagement de l'habitat.

Le département n'a jamais manqué à l'appel pour assumer ses responsabilités. Au fil des ans, il a su être un acteur privilégié de la solidarité et de la proximité. Certes, il doit être le garant, aux côtés de l'Etat, de la régulation équilibrée de l'offre de services sur le territoire et du respect des deniers publics. Il est toutefois bien plus que cela, étant au service du public. Il délivre, avec l'appui de ses élus et de ses partenaires, des réponses et des accompagnements de proximité.

Je regrette que le caractère exemplaire des missions départementales de solidarité et l'investissement des élus et des agents départementaux ne soient ni évalués, ni valorisés, dans les textes en préparation. Ces derniers, une nouvelle fois, enferment les collectivités territoriales dans un simple rôle de financeur, n'en faisant que des opérateurs. Or les départements sont les mieux placés pour répondre aux besoins des populations.

Par ailleurs, le vieillissement nécessite une adaptation de la Société. En cela, le projet de loi relatif à l'adaptation de la Société au vieillissement fait naître de nombreux espoirs, concernant l'amélioration de la prise en compte des besoins des personnes âgées, des familles et des professionnels. L'ambition du gouvernement s'articule autour du triple A : anticipation, adaptation et accompagnement. Ce projet pourrait sonner comme une reconnaissance des efforts des personnes engagées sur le territoire de la Loire.

Au titre de l'anticipation, serait instituée, dans chaque département, une Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie. Elle réunirait le département, les organismes de retraite, la mutualité et l'Agence Nationale de l'Habitat. Dans la Loire, un lien historique est tissé entre le département et les caisses de retraite, autour de la prévention. Il repose notamment sur :

- des conventionnements passés avec le Groupement Inter-régimes Atout Prévention Rhône-Alpes ;
- la reconnaissance mutuelle des évaluations ;
- la recherche de mise en cohérence des actions individuelles et collectives, autour du Club Départemental Prévention Séniors.

En outre, la lutte contre l'isolement des personnes âgées fait partie des priorités du Conseil Général de la Loire, comme en témoigne son engagement dans la démarche Mona Lisa.

S'agissant de l'adaptation, je suis très sensible à l'amélioration de la lisibilité du parcours résidentiel des personnes âgées. L'aménagement du domicile et l'habitat collectif avec services ont fait l'objet d'une réflexion globale, qui a donné naissance à un cahier des charges, dénommé « Habitat Loire Autonomie ». Trois appels à projets ont été initiés sur le territoire de la Loire en 2014. Ils portent respectivement sur :

- la création de trois petites unités de vie ;
- la création de trois opérations de logements adaptés avec services ;
- la création de nouveaux produits et services innovants, dédiés aux séniors.

Enfin, au titre de l'accompagnement, j'ai bien noté la volonté du gouvernement de revaloriser et d'améliorer le dispositif APA, à travers :



- une augmentation des plafonds nationaux ;
- une baisse des taux de participation financière des bénéficiaires ;
- une solvabilisation des dépenses de prévention ;
- une refondation de la tarification de l'aide à domicile ;
- une reconnaissance du rôle du proche aidant.

Croyez bien, Madame la Ministre, que je souscris à ces objectifs. Qui pourrait être opposé au fait de faire de la prévention l'affaire de tous, de faire du logement un levier majeur des politiques d'autonomie et du mieux vieillir, de protéger les plus vulnérables ? Pour autant, je ne peux qu'être déçu quant au périmètre retenu. En effet, ce dernier se concentre sur le maintien à domicile, alors que les problématiques auxquelles les établissements sont confrontés demeurent criantes.

L'équilibre budgétaire du projet suscite également des inquiétudes. Lorsque le Ministère annonçait en 2002 une file active de 4 500 bénéficiaires de l'APA dans la Loire, ils sont aujourd'hui près de 11 500. Ainsi, la question qui se pose est celle des modalités pérennes de compensation, par l'Etat, des dépenses des départements en matière d'autonomie. Le taux de compensation afférent était supérieur à 50 % il y a 10 ans : il est aujourd'hui inférieur à 30 %. Le Président du Conseil Général de la Loire, Bernard Bonne, a d'ailleurs déjà eu l'occasion de s'exprimer sur le sujet, à l'occasion d'un précédent Colloque Défi-Autonomie.

Par exemple, comment absorber les dépenses liées à la professionnalisation des intervenants à domicile, les coûts engendrés par les démarches d'amélioration de la qualité, les temps de coordination des professionnels du social et de la santé ? La question du financement de la dépendance dans les 15 prochaines années est centrale.

Les chiffres de l'INSEE sont sans appel. D'ici 2020, le coût de la dépendance sera compris entre 30 et 32 milliards d'euros, alors qu'il oscille entre 22 et 25 milliards d'euros aujourd'hui. D'ici moins de dix ans en conséquence, il conviendra, chaque année, de trouver 10 milliards d'euros supplémentaires. Le triple A annoncé ne doit pas être utilisé comme un outil de notation de la dette des départements.

En conclusion et pour aborder les réformes en toute objectivité, je souhaiterais que le triple A soit complété par un triple R, comme :

- **réactivité**

Il s'agit de garantir que les politiques locales en faveur des personnes âgées continueront à être conduites dans la proximité, indispensable pour bien connaître la réalité du terrain et les besoins des habitants.

- **représentativité**

Toute réforme doit garantir la représentativité des territoires, notamment ruraux, et le bon exercice des missions de solidarité et de développement territorial, assumées par les départements.

- **responsabilité**

Les élus doivent être ancrés sur le territoire qu'ils représentent et se projeter durablement vers les générations futures et le doublement annoncé de la population en situation de grand âge.

Au terme de ces quelques propos qui, je l'espère, vous auront convaincue de notre volontarisme pour faire avancer la cause des aînés de la Loire, je vous invite, Madame la Ministre, à revenir à Saint-Etienne, pour approfondir les différents sujets exposés.

Je vous souhaite deux belles journées d'échanges à tous et je vous remercie.

### **Gaël PERDRIAU, Maire de la Ville de Saint-Etienne**

Mesdames et Messieurs, comme le rappelait avec justesse Sainte-Beuve, « vieillir est encore le seul moyen qu'on ait trouvé de vivre longtemps ». Avec les progrès constants de la médecine et l'amélioration continue de l'alimentation, le vieillissement devient un véritable enjeu de société. En première lecture le 17 septembre dernier, le gouvernement a adopté un projet de loi relatif à l'adaptation de la Société au vieillissement, avec, en toile de fond, un double-enjeu, à savoir le bien vieillir et la protection des personnes les plus vulnérables, autour de trois axes :

- l'anticipation pour repérer et combattre les facteurs de risque de la perte d'autonomie et les inégalités sociales de santé ;
- l'adaptation de toutes les politiques publiques dédiées au vieillissement (logement, urbanisme, transport) ;
- l'accompagnement, pour améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie (revalorisation de l'APA à domicile et droit au répit pour les aidants).

Comme de nombreuses villes de France, Saint-Etienne connaît déjà un phénomène de vieillissement de sa population, puisqu'un Stéphanois sur 4 est aujourd'hui âgé de plus de 60 ans aujourd'hui, soit 45 000 personnes environ. Du fait de l'allongement continu de l'espérance de vie, un Stéphanois sur trois devrait avoir plus de 60 ans en 2030.

Consciente de ces évolutions démographiques et de leurs conséquences sociales, la ville de Saint-Etienne s'est engagée à développer une politique gérontologique ambitieuse, afin de favoriser le « bien vieillir ». Ainsi, des objectifs prioritaires ont été inscrits dans le plan de mandat que j'ai l'honneur de conduire, comme :

- favoriser le maintien à domicile ;
- prévenir le risque d'isolement des personnes âgées ;
- améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Pour les atteindre, des actions existantes ont été ou vont être améliorées. Le portage de repas à domicile va être réorganisé, à travers :

- l'organisation de livraisons matinales ;
- l'intégration de composantes supplémentaires aux repas du soir ;
- la réduction des délais séparant la préparation de la consommation.

Chaque saison de plus, l'offre PASS Loisirs Séniors intègre des nouveautés. Elle est recentrée sur les plus faibles revenus et les personnes les plus éloignées de la culture, pour plus de justices sociales. Le nombre de personnes bénéficiant des actions de lutte contre l'isolement des aînés va progresser ; les concernant, des visites de convivialité seront organisées. Un réseau « de voisins bienveillants » sera constitué et des groupes de parole seront organisés. De nouveaux projets seront également initiés avec l'ensemble des services de la ville. Citons :

- le développement de logements adaptés, avec des services ;
- le déploiement d'une offre d'habitat intergénérationnel.

Le répit des aidants familiaux doit être une réalité, à travers l'accroissement des capacités d'hébergement temporaire et la création d'un nouvel accueil de jour. La ville va également mettre en place un Conseil Consultatif des Séniors. Instance de démocratie participative, celle-ci permettra aux personnes âgées de s'exprimer et de formuler des préconisations. Tous les domaines d'intérêt général en lien avec les séniors pourront être abordés, comme :

- la culture ;
- les activités physiques ;
- les liens intergénérationnels ;
- l'engagement bénévole ;

- la prévention santé ;
- le logement,
- l'accessibilité ;
- les transports.

La ville accompagnera également le grand âge et la perte d'autonomie par la construction d'un nouvel établissement pour personnes âgées dépendantes, en partenariat avec le secteur associatif.

Je souhaite également, avec Georges ZIEGLER porter une attention toute particulière au Pôle Gérontologique de Saint-Etienne, afin de lui donner un rayonnement régional et national, dans le but de développer de nouveaux produits et de nouveaux services. Par la contribution de chacun de ses membres et des partenaires associés, il a vocation à prendre en compte, de manière pluridisciplinaire, les évolutions démographiques et sociétales, induites par l'allongement continu de l'espérance de vie. Elles vont en effet modifier profondément notre Société, et ce dans tous les domaines. Demain se décidant aujourd'hui, c'est maintenant qu'il nous faut travailler ensemble sur cette révolution de l'âge, afin de mieux l'anticiper.

La ville de Saint-Etienne va donc se positionner, de manière très forte, sur trois champs fondamentaux :

- le repérage de la fragilité sociale ;
- le recueil des besoins ;
- le développement économique.

Le Pôle s'occupera de recherche et de formation des professionnels et des familles. Saint-Etienne est l'unique ville française labellisée Design Unesco. Elle entend s'appuyer sur le tissu de PME et de PMI et sur les startups présentes sur son territoire.

Les services municipaux seront associés au repérage des situations de fragilité des personnes âgées, afin de promouvoir une véritable démarche de prévention du vieillissement. Les perspectives de développement économique associées sont immenses et les forces présentes sur le territoire de Saint-Etienne sont indéniables.

La ville souhaite relever les différents défis exposés en faisant travailler ensemble les médecins, les gérontologues, les universitaires, les chercheurs, les designers, les architectes ou les chefs d'entreprise. Je suis d'ailleurs très heureux qu'il soit prévu d'évoquer, cet après-midi, ce que peut offrir, en matière de bien vieillir, la Cité du Design de Saint-Etienne.

Comme le rappelle le psychologue français Jacques Salomé enfin, « *vieillir ensemble, ce n'est pas ajouter des années à la vie, mais de la vie aux années* ». Je vous remercie pour votre attention.

### **Alain POULET**

Madame la Ministre, tous les travaux, dans le cadre de ce colloque, sont introduits par des élèves de l'EN3S. J'appelle Rémi FAU et Siam Alves Dos Santos à me rejoindre.

## **2) Rapport introductif des élèves de l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale**

*Rémi Fau et Siham Alves Dos Santos, élèves à l'EN3S, interprètent une saynète.*

*« Madame PRISENMAIN, député, arpente le marché de l'une des communes de sa circonscription, pour aller à la rencontre de ses électeurs. Monsieur Le Déclin l'interpelle...*

*Madame le député, bonjour.*

*Bonjour Monsieur. C'est Madame la députée.*

*Mais enfin depuis les Etats généraux réunis par Philippe le Bel, l'on dit un député et...*

*- Et vous aurez notez qu'il n'y ni Clergé ni Noblesse au Palais Bourbon; dans le même ordre d'idée veuillez prendre acte que l'on appelle les femmes élues à l'Assemblée Nationale une député*

*Et, bien soit, Madame la Député. Je souhaitais vous parler de la situation désastreuse dans laquelle sont empêtrées nos personnes âgées. Ouvrez vos yeux et vos oreilles, Madame, car c'est un bien sombre tableau. Primo, les ateliers de prévention qui ont été mis en place récemment ont été un échec. Quatre participants, dont un médecin à la retraite qui en savait plus que l'intervenant et un ancien professeur d'éducation physique triple champion du monde de marche nordique. Secundo, l'accès aux aides financières pour adapter son domicile relève du parcours kafkaïen, qui fait qu'en plus du risque de chute dans sa baignoire, le retraité court un risque d'accident cardiovasculaire en sollicitant les financements de ses travaux. Tertio, la liste d'attente des EHPAD est plus longue qu'un discours de Fidel Castro. En résumé tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes*

*Monsieur, j'entends bien vos constats mais ne partage pas votre catastrophisme. La loi relative à l'adaptation de la Société au vieillissement prend en compte toutes les dimensions de l'avancée en âge. D'abord, elle comporte des mesures d'ampleur, et notamment un ciblage renforcé des actions de prévention vers ceux qui en ont le plus besoin. Elle prévoit des circuits simplifiés pour bénéficier d'aides afin de permettre aux personnes âgées de faire évoluer leur logement, afin d'éviter des accidents domestiques, trop souvent à l'origine de la perte d'autonomie. Et puis, nous avons également la mobilisation des CCAS, des acteurs associatifs, des professionnels médicosociaux, ce qui permet de repérer ces personnes rapidement et de les sensibiliser à partir de programmes efficaces. Enfin, le troisième pilier sur l'accompagnement répond à une aspiration très répandue qui consiste à vieillir chez soi, c'est pourquoi il a été décidé de réduire le "reste à charge" pour les bénéficiaires de l'APA les plus fragiles.*

*Voilà de salutaires ambitions, Madame. Mais comment allez-vous financer ce que vous appelez vous-même « la révolution de l'âge » ? En négociant un délai avec Bruxelles peut-être ?*

*Notre choix a été de préserver un financement solidaire de l'autonomie des personnes âgées, en évitant une augmentation de prélèvements obligatoires. Il y a également la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, (CASA) qui couvrira la totalité des dépenses prévisionnelles résultant de l'application de la loi.*

*Soit. S'agissant de la gouvernance, vous admettez qu'on peut difficilement faire pire dans l'illisibilité et l'enchevêtrement des compétences. Les quelques tentatives de rationalisation se limitent à des sigles aussi abscons comme les MAIA. C'est quoi, les MAIA ? Quand les gens viennent me voir, ils me disent : « Késako, les MAIA » ? Tous ces acteurs sont en concurrence et n'ont aucun intérêt direct à s'allier et à travailler ensemble, sans compter que la future réforme territoriale risque de chambouler une organisation dont l'épicentre est peut-être voué à disparaître.*

*Sachez, Monsieur, que la loi tient compte de ces difficultés. Non seulement elle entend clarifier les compétences, mais surtout elle vise à définir les bonnes articulations, pour permettre aux personnes âgées et à leurs aidants d'être orientés selon leurs besoins. Quant aux MAIA, il s'agit de démarches d'intégration de services : les acteurs ont d'ailleurs pris conscience de la nécessité de conjuguer leurs efforts dans un souci de complémentarité. Enfin, pour répondre à votre inquiétude sur la réforme territoriale, soyez sans crainte : je veillerai personnellement à ce que le pilotage des acteurs soit en cohérence avec la future loi. Et le vieillissement finalement, c'est une chance. A nous de la*

*cultiver, pour les âgés et pour la Société toute entière, en développant de véritables filières économiques, qui permettront innovation et création d'emplois, afin de favoriser l'autonomie de chacun.*

*Je vois que vous ne lâchez rien. Je compte sur vous.*

*Et moi sur votre soutien.*

*Vous l'aurez ».*

### **3) Intervention de Laurence ROSSIGNOL, Secrétaire d'Etat chargée de la Famille, des Personnes Agées et de l'Autonomie**

#### **Alain POULET**

Encore une fois, je tenais à vous remercier, Madame la Ministre, pour votre présence parmi nous aujourd'hui.

#### **Laurence ROSSIGNOL**

Monsieur le Maire,  
Madame la Préfète,  
Monsieur le Conseiller Général,  
Monsieur le Député, cher Régis,  
Monsieur le Directeur de l'EN3S,  
Monsieur le Directeur du Défi Autonomie,  
Mesdames, Messieurs,

Je suis particulièrement heureuse d'être à vos côtés pour cette « 8<sup>ème</sup> édition du Colloque Défi autonomie. »

Depuis que je suis Ministre, vous vous en doutez, j'ai souvent eu l'occasion d'ouvrir de nouvelles éditions de rencontres, de colloques, de manifestations diverses, touchant d'ailleurs au vieillissement, à la famille ou à l'enfance.

Et pourtant peu d'entre elles ont eu cette faculté de nous délivrer autant de messages avec si peu de mots dans son intitulé. « 8e édition d'un colloque Défi autonomie ».

**8e édition**, c'est dire le nombre d'années depuis lesquelles vous vous êtes mobilisés pour faire exister ce débat, pour faire échanger les professionnels sur leurs pratiques. Le nombre d'années depuis lesquelles vous cherchez à susciter une véritable prise en compte de notre évolution démographique par les pouvoirs publics.

Je le sais, la question a d'ailleurs été particulièrement présente lors de vos récentes éditions, l'attente était grande d'en voir une traduction législative. La loi d'adaptation de la société au vieillissement, que j'ai porté devant la représentation nationale était attendue, de vous, professionnels, représentants des Caisses, mais aussi et surtout des familles et de leurs proches.

**Défi** : c'est le défi que nous devons relever, celui du vieillissement de notre population. Des chiffres que vous connaissez par cœur : en 2030, 20 millions de personnes auront plus de 60 ans. Une heureuse perspective que celle de l'allongement de l'espérance de vie, une heureuse perspective qui implique notre responsabilité collective. Car ce n'est pas à nos seniors de s'adapter à l'évolution de la société, mais bien à la société de s'adapter à l'évolution de sa population, en lui donnant toutes les chances de pouvoir profiter d'une vie longue, toute les chances de bien vieillir. Et bien vieillir, nous nous accordons tous, c'est préserver la dignité, l'autonomie.

**Autonomie** enfin : c'est un changement de paradigme que vient entériner la nouvelle loi. Celui qui consiste à ne plus appréhender le vieillissement par le prisme la dépendance,

du dénuement, qui connotait négativement l'avancée en âge. Cette approche là est dépassée. Elle ne correspond plus aux besoins de notre population.

Mais l'autonomie ce n'est pas que le pendant « positif » de la dépendance. Parler de l'autonomie des personnes âgées c'est aborder la question de la dignité des individus, des droits des personnes. Le projet de loi consacre que les droits de la personne sont intangibles et inaliénables dans un objectif de respect et de bienveillance des personnes âgées.

Changement de paradigme mais changement de regard également, c'est là, à mon sens le premier des enjeux. Elle ne transforme pas en clones des personnes qui hier étaient encore toutes différentes.

La vieillesse n'uniformise pas les individus pour les dépersonnaliser en une vaste tranche d'âge composée d'êtres humains qui auraient tous les mêmes désirs, les mêmes besoins, et aspireraient aux mêmes conditions de vie.

Pour porter ce changement de regard, nous avons besoin de l'adhésion, du soutien de tous les acteurs. Aussi je veux à cet instant saluer Seniors autonomie, les caisses de retraites, la sécurité sociale, les institutions de prévoyance, les collectivités qui portent, animent et soutiennent ce 8<sup>e</sup> colloque Défi autonomie.

Je veux saluer également le partenariat avec l'En3S, parce qu'elle forme les futurs cadres de la protection sociale collective bien sûr. Mais aussi parce que la réflexion sur le vieillissement de la population ne peut s'envisager sans notre jeunesse, sans envisager la solidarité, la cohésion intergénérationnelle.

La réponse au défi posé à notre société par le vieillissement de la population, trouve pour partie, sa traduction dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Il s'agit d'un texte infiniment contemporain, une véritable loi de programmation, une politique qui prend appui sur le parcours et non sur une conception abstraite de la vieillesse.

Ce texte développe une approche globale et transversale qui repose sur 3 piliers complémentaires :

- Anticiper/prévenir,
- Adapter la société,
- Accompagner la perte d'autonomie.

Ce texte marque une nouvelle étape dans l'appréhension de la vieillesse, il dessine l'action publique de demain en faveur des personnes âgées. A mon sens, les politiques publiques de demain en faveur des personnes âgées ne pourront plus s'envisager en dehors du triptyque : prévention, confort et transversalité.

L'adaptation de la société au vieillissement, c'est d'abord faire une plus grande place à la prévention. Régulièrement, nous constatons que notre système de prise en charge est d'abord producteur de soins sans être toujours producteur de santé au sens d'une amélioration de l'état de santé de ses bénéficiaires. Nous devons cesser de considérer le vieillissement uniquement sous l'angle des soins, sortir de fonctionnements et de financements en silo, encore trop frileux à prendre en compte les actions de prévention.

La prévention possède trois vertus :

- permettre aux personnes ainsi qu'à leurs familles de se préparer à des changements, en préservant leur capital santé ;
- limiter la perte d'autonomie par la mise en place de moyens adaptés ;
- et rendre plus efficace l'utilisation de l'argent public en limitant le recours à des soins lourds.

Dans le projet de loi, cet axe premier, Anticiper, se traduit par plusieurs mesures prioritaires parmi lesquelles :

- La création d'une aide publique permettant l'accès aux technologies nouvelles et

plus globalement aux aides techniques pour les personnes âgées à faible revenus qui souhaitent rester à domicile ;

- L'accès de tous les retraités à un dispositif individualisé de prévention auquel s'ajoutent des actions de prévention individuelles et collectives telles que des ateliers pour mieux prévenir les chutes, la dénutrition, la perte de mémoire ;

L'avancée d'importance qui les portera vous concerne au premier plan : les conférences des financeurs.

La conférence des financeurs est une instance de coordination des acteurs pour améliorer, au niveau départementale, les politiques de prévention de la perte d'autonomie et favoriser le soutien à domicile. Elle incarne cette volonté de ne plus réduire les politiques publiques à la prise en charge de la dépendance, mais à prévenir la perte d'autonomie par la prévention et le soutien à domicile.

Comme chacun sait, les aides techniques et les actions collectives de prévention ont un rôle primordial pour retarder la perte d'autonomie : elles induisent des évolutions dans les comportements et favorisent le soutien des personnes âgées à domicile.

La conférence des financeurs doit répondre au constat des besoins trop peu satisfaits, des actions de prévention nombreuses, mais peu lisibles.

- En permettant aux acteurs de poursuivre et de développer les actions de prévention qu'ils mènent déjà, en coordonnant leurs interventions et en tenant compte des besoins des territoires.
- En offrant de réels leviers d'actions supplémentaires aux différents partenaires en matière de prévention.
- En permettant une simplification et une amélioration pour les usagers, grâce au lieu d'échange que constituera cette conférence pour l'ensemble des parties prenantes.

Accorder une plus grande place à la prévention, penser confort de vie et plus uniquement bonne santé, envisager l'action dans la **transversalité** : une réponse apportée par la conférence des financeurs. Une réponse que certains d'entre vous ont déjà mise en œuvre dans leurs pratiques.

Je me trouvais mercredi dernier au comité de pilotage inter-régimes, réunissant la CNAV, la MSA, le RSI et bientôt la CNRACL. Les conférences des financeurs s'appuieront sur le travail engagé par les caisses en inter-régimes, caisses qui font preuve d'une maturité remarquable, notamment sur les actions de prévention qui concernent les personnes les plus autonomes : les GIR 5 et 6 pour lesquelles les caisses de retraites ont développé un véritable savoir-faire.

Je pense au déploiement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, les SPASAD qui répondent à l'équation : maintien à domicile par une approche décloisonnée. Le projet de loi fixe le cap d'un fonctionnement de tous les SSIAD et de tous les SAAD intervenant auprès des publics fragiles en configuration SPASAD dans un délai de 5 ans. Ces rapprochements devront s'opérer en bonne articulation avec les autres acteurs du parcours de soin et de vie des personnes âgées : les EHPAD, les HAD, les centres de santé infirmiers, l'hôpital, les médecins traitants et les autres professionnels de santé libéraux...

J'ai bien conscience que cette nouvelle approche bouscule un peu les codes de ce que notre pays met en œuvre en matière de protection sociale. Mais j'ai la conviction, qu'au travers de cette démarche nous sommes en train de dessiner le modèle de la protection

sociale au 21<sup>e</sup> siècle. Je le dis humblement, car nous n'en sommes qu'aux prémices, à l'ébauche.

Un modèle de protection sociale qui conservera ses fondamentaux : ceux de la solidarité et la protection des plus fragiles. La réforme de l'APA présente dans le projet l'affirme. En effet, grâce à cette réforme, et grâce aux moyens mis pour la soutenir, ce sera plus d'heures d'aides à domicile, des réponses mieux adaptées au besoin, pour un « reste à charge » moindre. Avec une attention particulière et des moyens renforcés pour les plus vulnérables, les personnes en GIR 1.

Mais un modèle de protection sociale qui doit répondre aussi au défi démographique posé, s'adapter aux nouveaux besoins qui émergent, ceux d'une population qui vieillit plus et qui surtout doit vieillir mieux.

Je vous remercie.

### **Alain POULET**

J'invite donc Dominique Libault à nous communiquer les dates de notre prochain Colloque. Elles vous seront transmises dès que possible. Au regard de l'heure, je me dois, Madame la Ministre, de vous libérer, afin que vous puissiez échanger avec les journalistes et les fédérations de retraités.



## II - LES PROCHES AIDANTS : UN PAS VERS UNE RECONNAISSANCE

Participent à cette table ronde :

*Elodie JUNG, Directrice de l'Association Française des Aidants*

*Andrée CANALE, membre du CODERPA Loire ;*

*Bruno LACHESNAIE, Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale et des services aux personnes, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole*

*Cyril DESJEUX, Responsable de projet, de recommandation, ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médicosociaux)*

*Elisabeth ALVES, Directrice des Relations Sociales adjointe, Directrice Santé et Sécurité au Travail et Handipacte, Groupe Casino*

*Marie MOULIN, psychologue*

*Emilie DELPIT, Directrice Prévention et Innovations Sociales, Groupe Klesia*

*Jérôme REYNE, Directeur de l'Autonomie au sein du Conseil Général de la Loire, assurait le rôle de modérateur.*

### 1) Rapport introductif

*Hélène Stackler et Thibault Lapeyre, élèves à l'EN3S, interprètent une saynète.*

*Ignace et Ginette sont mariés depuis 53 ans. Ginette est aujourd'hui sous aide respiratoire à domicile. Son mari l'aide au quotidien dans tous les actes de la vie. Aujourd'hui, une petite scène de ménage va mettre en lumière la beauté et les difficultés de la vie.*

*Ignace est en train de préparer à manger. Ginette entre avec difficulté dans la cuisine. Elle s'assoit.*

*Ginette : « Ah, il manque le sel » Elle essaie de le relever.*

*Ignace : « Chérie, tu ne bouges pas ! Reste assise. Tu vas te fatiguer. Tu n'as pas l'air bien aujourd'hui ? »*

*Ginette : « Ah, tu m'agaces »*

*Ignace : « C'est toi qui m'agaces »*

*Ginette : « Arrête de t'énerver. Tu vois bien que tu es tout le temps sous tension »*

*Ignace : « Mais je ne m'énerve pas ! Je suis calme, c'est toi qui fais tout pour m'énerver ! Reste assise sur ta chaise »*

*Ginette : « Mais je n'ai pas besoin que tu me serves tout le temps ! Je peux faire des choses par moi-même »*

**Le téléphone sonne. C'est Alain, leur fils qui appelle pour prendre des nouvelles de sa mère.**

*Ignace : « Bonjour, mon fils, comment vas-tu ? Oui, maman va bien, elle est avec moi dans la cuisine. Oui, oui, je l'ai bien aidé à faire ses soins (pause, Ginette veut parler à son fils). Non, le rendez-vous chez le médecin est prévu la semaine prochaine. D'accord, si tu es pressé. Et moi, tu ne me demandes pas de mes nouvelles ? D'accord, bonne réunion ! »*

*Ginette : « Ignace, Tu exagères une fois de plus. Je suis capable de répondre aux questions qui me concernent, toute seule. Tu m'agaces à me couvrir. Heureusement que tu vas au bridge cet après-midi »*

*Ignace : « Je ne suis pas sûre d'y aller, tu n'es pas assez bien aujourd'hui. Je te l'ai dit ».*

*Ginette : « Mais, je ne vais pas plus mal que d'habitude. Au contraire, je me sens même mieux aujourd'hui qu'hier »*

*Ignace : « Mais, si, mais si ! J'ai peur que tu tombes, que tu te fasses mal et que tu ne te relèves pas. Après, je vais m'en vouloir. Je n'ai pas envie que ce qui s'est passé la dernière fois se reproduise. Ton fils va encore m'appeler pour faire des reproches alors que je n'y serai pour rien »*

*Ginette : « Mais, profite du fait que Berthe et Léonie viennent me voir pour aller jouer aux cartes. C'est si rare. Et puis, je ne serai pas seule, je ne crains rien. Cen n'est pas parce que je suis malade qu'il faut que tu arrêtes de voir du monde. Si tu t'occupais un peu plus de toi, tu serais moins sur mon dos et on se disputerait moins »*

*Ignace : « Peut-être que si je ne vais plus au bridge, c'est parce que je suis fatigué de cette situation. Je dois tout gérer sans cesse et personne ne me demande comment je vais. Quand Alain appelle, il n'y en que pour toi. Hier, j'ai croisé nos voisins, les Michon, et bien sûr, ils m'ont demandé de tes nouvelles, pas les miennes. Il n'y en a que pour toi, Ginette ! »*

*Ginette : « Tu vas aux cartes, ça va te faire du bien. Tu es tout pâle. Tu en as besoin. Et moi aussi. Tout ça me fatigue. Avant, on avait une vraie relation de couple dans laquelle tu me considérais comme ton égal, comme ta femme et pas simplement comme une malade. Comme ta malade. J'ai besoin de mon mari, de l'amour physique de mon mari et pas simplement d'une personne qui me soigne. Tu es mon mari, pas mon infirmier »*

*Ignace : « Aujourd'hui, je ne suis pas sûr que ça fasse une grande différence. Sauf que moi, je ne suis pas payé pour ça ».*

## **2) La notion d'aidants**

**Jérôme REYNE**

Bonjour à toutes et à tous. Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement définit le proche aidant d'une personne âgée comme « *son conjoint, son concubin, son partenaire, un parent ou un allié défini comme aidant familial, une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide de manière régulière ou fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne* ».

Cette année, l'IREIS (Institut Régional et Européen de l'Intervention Sociale) a conduit, dans la Loire, une étude qualitative sur la base d'entretiens, faisant suite à une enquête menée au sein du département en lien avec le Comité Départemental pour les Retraités et les Personnes Agées en 2013. Ce dernier s'était intéressé à 1 000 bénéficiaires de l'APA relevant des GIR 1 à 3. 500 aidants y avaient répondu.

Etre aidant, c'est souvent une évidence, un devoir d'accompagnement, une vie commune alternative pour le conjoint ou un juste retour des choses pour l'enfant. C'est aussi l'absence de choix, face à la charge financière d'une admission en établissement, face à des aides à domicile professionnelles, souvent partielles, en complément. Il faut devenir seul acteur et responsable de tout ce qui fait l'ordinaire. Il faut savoir faire appel à une aide extérieure indispensable.

L'aidant doit parfois s'organiser entre deux vies, jongler entre sa vie quotidienne et celle de ses parents. Etre aidant, c'est s'inscrire dans une famille organisée, avec ses dynamiques propres, rendre des comptes et subir des pressions. Ce n'est pas tant l'aide qui représente une charge que ses répercussions : le réaménagement du logement, pour permettre la prise du repas avec le conjoint au rez-de-chaussée.

Etre aidant, c'est du temps, une préoccupation de chaque instant, une implication totale. C'est le recours à l'improvisation, à des savoirs acquis avec l'expérience. Une relation d'aide peut apporter une gratification morale. Est toutefois à considérer la grande variabilité des ressources de chacun, qu'elles soient psychologiques ou sociales.

L'aidant doit faire preuve d'altruisme, sans s'oublier pour autant. Il doit prendre conscience de son rôle de soutien, tout en acceptant les soutiens extérieurs. Il doit se faire connaître et mieux se faire reconnaître. La reconnaissance des aidants serait-elle en marche ? Pour en parler, sept intervenants ont accepté de témoigner.

**Jérôme REYNE**

Au préalable, je demande aux participants à la présente table-ronde de se présenter et de me donner les deux mots qui, selon eux, qualifient le mieux le rôle des aidants.

**Elodie JUNG**

Je suis Directrice de l'Association Française des Aidants. A mon sens, le rôle d'aidant peut être décrit à l'aide des termes suivants : contribution à l'humanité et bienveillance.

**Andrée CANALE**

Je suis présente en tant qu'aidante, puisque mon mari souffre de la maladie de Parkinson. L'aidant joue un rôle de soutien moral et matériel et un rôle d'organisation.

**Bruno LACHESNAIE**

Je suis Directeur de l'Action Sociale de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. La notion d'aidant renvoie à deux mots, à savoir chaîne de solidarité et proximité. L'aidant, c'est en effet avant tout quelqu'un qui vit au quotidien au sein d'un territoire donné.

**Cyril DESJEUX**

Je suis responsable de projet au sein de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médicosociaux). La notion d'aidant renvoie aux termes don de soi et reconnaissance.

**Marie MOULIN**

Je suis coordinatrice d'une plateforme de répit et d'accompagnement, située au Chambon-Feugerolles. Le terme d'aidant me fait penser aux termes « dévoué » et « culpabilisé ».

**Emilie DELPIT**

Je suis Directrice Prévention et Innovation Sociale du Groupe Klesia. La notion d'aidant me fait penser aux termes d'accompagnement et de lien social. En effet, l'aidant doit pouvoir conserver une vie sociale.

**Elisabeth ALVES**

Je suis directrice des Relations Sociales adjointe, Directrice Santé et Sécurité au Travail au sein du groupe Casino. En répondant à votre question du point de vue d'une entreprise, un aidant est à la fois « ultra organisé » et « multi casquettes ».

**Jérôme REYNE**

Je vous remercie. Puisqu'il m'a été demandé de veiller à l'interactivité des débats, je vous demande de bien vouloir applaudir nos participants.

*Les participants à la table-ronde reçoivent une salve d'applaudissements.*

**Jérôme REYNE**

Vous remarquerez que nous avons joué le jeu de la parité. Nous sommes même allés au-delà.

**3) Le témoignage d'un aidant****Jérôme REYNE**

Andrée Canale, vous êtes membre du CODERPA. Vous retrouvez-vous dans les mots qui viennent d'être énoncés par les différents participants, qui ont cité le don de soi, l'humanité, l'accompagnement, la proximité, le dévouement ou encore la culpabilité ? Enfin, pourriez-vous nous raconter votre quotidien d'aidant ?

**Andrée CANALE**

Je me retrouve dans nombre de termes utilisés. En revanche, je ne me sens pas concernée par la notion de culpabilité.

La pathologie dont mon époux souffre est évolutive. Au départ, il me fallait simplement l'aider un peu. Il nous a ensuite fallu apprendre à nous organiser. Depuis un an, il nous est nécessaire de faire encore plus. Désormais, je ne peux plus m'absenter de mon domicile deux jours de suite. En effet, il me faut assumer, seule, l'organisation de la maison (jardin, tâches administratives, cuisine, etc.). Depuis le mois de septembre, mon époux ne peut plus conduire, puisque ses réactions ne sont plus suffisamment vives. Aussi dois-je lui servir de chauffeur. Deux fois par semaine ainsi, je l'amène chez le kiné et l'orthophoniste.

**Jérôme REYNE**

Arrivez-vous à vous organiser et à bien délimiter, votre époux et vous, vos rôles respectifs ?

**Andrée CANALE**

Oui. Au quotidien, il est indispensable de déployer une réelle organisation. Le matin, je prépare les vêtements et le petit-déjeuner de mon mari. Ce dernier doit prendre des cachets toutes les quatre heures. Il dispose d'une montre qui sonne et qui vibre pour le lui rappeler, à 7 heures, 11 heures, 15 heures et 19 heures. Par le passé, ce dispositif fonctionnait de manière efficace : désormais, mon époux n'y réagit pas toujours. Lorsque je m'absente en conséquence, il est souvent accompagné. A défaut, je m'arrange pour l'appeler pour lui rappeler de prendre ses médicaments. Je les range dans des verrines fermées, sur lesquelles sont affichées les heures auxquelles il doit les prendre.

**Jérôme REYNE**

En préparant cette table ronde, vous m'aviez dit vouloir faire ressortir ce qui était positif dans votre relation.

**Andrée CANALE**

Absolument. Mon époux et moi-même, comme nous l'avons toujours fait, discutons beaucoup. Nous essayons de positiver notre quotidien. Il a toujours été passionné par la musique. Par le passé, il était ainsi chef de chœur. S'il ne peut plus l'être aujourd'hui, il continue à participer à une chorale.

Nous avons très bien vécu ensemble durant 45 ans. Nous essayons de poursuivre notre aventure commune, dans de nouvelles conditions. Nous continuons à entretenir du lien social. Pour ma part, je conserve des activités de loisirs. Enfin, nous continuons à inviter des personnes ou à nous rendre chez des amis une fois par semaine.

**Jérôme REYNE**

Vous êtes membre du CODERPA Loire. Vous siégez également au sein de l'ARS, où vous représentez les usagers. A quel moment avez-vous réalisé que vous étiez aidant ?

**Andrée CANALE**

Depuis plus d'un an. Avant cela, comme me l'a indiqué Christine un jour, je faisais simplement les choses, sans m'interroger outre mesure. Quoi qu'il en soit enfin, je n'éprouve aucun sentiment de culpabilité.

**4) Comment les professionnels peuvent-ils aider les aidants à trouver leur juste place ?****Jérôme REYNE**

Cyril Desjeux, l'aide apportée aux personnes dépendantes par leurs proches est essentielle. Elle constitue même, en termes de temps, la principale des aides. Cela étant, les aidants revendiquent une aide extérieure.

Les interventions croisées des aidants non professionnels et des aidants professionnels soulèvent parfois certaines critiques. Pratiquement 90 % des personnes aidées le sont *a minima* par leur entourage. Dans 25 % des cas, l'aide apportée aux personnes dépendantes est mixte, venant de leurs proches et de professionnels de l'accompagnement à domicile. Comment les professionnels peuvent-ils aider les aidants à trouver leur juste place ?

**Cyril DESJEUX**

Au préalable, il me semble important de rappeler que les personnes aidées peuvent présenter des profils variés : personnes âgées, personnes souffrant d'un handicap ou personnes souffrant de maladies chroniques.

Avant toute chose, les aidants ont besoin que les personnes qu'ils aident bénéficient, de la part des professionnels, d'un accompagnement de qualité. Quelles que soient les compétences et les qualités des professionnels, les aidants ont des besoins et des attentes au quotidien. Lorsque les professionnels arrivent au domicile d'une personne dépendante, ils doivent identifier les besoins et les attentes de celle-ci, ainsi que la place que les aidants souhaitent occuper dans la démarche.

A l'évidence, nombre d'aidants souhaiteraient une présence renforcée de professionnels auprès des personnes dépendantes : ils doivent toutefois composer avec des contraintes économiques, leur réalité propre et les contraintes desdits professionnels. Lorsqu'un enfant aide l'un de ses parents et est amené à le changer, il ne peut par exemple pas attendre plusieurs heures l'arrivée d'un professionnel. De fait, il doit réaliser, au regard de contraintes quotidiennes, des actes professionnels. En effet, un professionnel de l'aide à domicile ne peut pas être présent 24 heures sur 24.

**Jérôme REYNE**

Selon vous, l'aidant peut-il se positionner en qualité de formateur de l'aidant professionnel ?

**Cyril DESJEUX**

Pourriez-vous préciser votre question ?

**Jérôme REYNE**

Oui. Le proche aidant et la personne aidée peuvent-ils contribuer à l'organisation du plan d'aide et de soin à domicile ?

**Cyril DESJEUX**

Absolument. Il n'est pas recommandé que le professionnel donne le tempo de l'accompagnement. L'idéal est de s'appuyer sur les expertises de chacun. Au-delà de celle du professionnel, l'aidant et l'aidé en ont également, à d'autres niveaux. Existe donc une forme d'asymétrie dans l'expertise. A titre d'illustration, certaines personnes en situation de handicap bénéficient de l'accompagnement d'un proche depuis 10, 15 ou 20 ans : dans ce cas, les aidants connaissent très bien le quotidien des personnes dépendantes et de leurs troubles. Les professionnels doivent donc s'appuyer sur cette expertise, pour déployer un accompagnement de qualité. La personne aidée, elle-même, ne doit pas être oubliée : en effet, elle a, sauf si elle souffre de pathologies cognitives avancées de type maladie d'Alzheimer, une bonne connaissance d'elle-même. Elle doit pouvoir faire valoir ses attentes, son quotidien et ses besoins.

**Jérôme REYNE**

Je vous remercie. Le projet de loi de l'adaptation de la Société au vieillissement prévoit le renforcement de la vigilance, concernant le besoin de soutien des aidants et la prise en compte de la fragilité de ces derniers. La recommandation produite par l'ANESM forme-t-elle, sur ces points, des préconisations ?

**Cyril DESJEUX**

Schématiquement, la plupart des dispositifs de soutien aux aidants ne sont pas médicosociaux ou sociaux. Pour autant, l'ANESM ne propose pas de nouveaux dispositifs.

Elle suggère aux professionnels des mondes sociaux et médicosociaux de s'appuyer sur les dispositifs existants.

Cela étant, les aidants peuvent ne pas recourir à certains dispositifs existants, comme les plateformes de répit, les ateliers ou les accueils de jour, ne serait-ce que par manque d'information. Parfois, ils n'ont simplement pas enregistré les informations leur ayant été apportées, du fait de la multiplicité de ces dernières. Aussi est-il indispensable d'insister, en faisant œuvre de répétition, sur les dispositifs qui existent.

Au-delà des problèmes d'informations, certains dispositifs peuvent être trop coûteux ou trop éloignés. Certains aidants ont pu avoir de mauvaises expériences des plateformes d'accueil de jour, ne souhaitant plus y recourir. D'autres ont peur de l'inconnu ou peur de déléguer leurs tâches à des personnes extérieures à leur famille.

L'ANESM recommande aux professionnels de travailler sur les différentes résistances qui peuvent être rencontrées, en concertation avec les aidants et les aidés. En effet, la personne aidée peut également être opposée à certains dispositifs, refusant par exemple de quitter son domicile durant quelque temps.

### **Jérôme REYNE**

Vous avez notamment insisté sur la nécessaire levée des résistances et les difficultés posées par l'afflux d'informations auxquelles les aidants étaient parfois confrontés.

## **5) Focus sur l'association Française des Aidants**

### **Jérôme REYNE**

Je vais à présent m'adresser à Elodie Jung, Directrice de L'Association Française des Aidants, dont nous avons accueilli la Présidente, Florence Leduc, à l'occasion d'une précédente édition. Il est très difficile de délimiter les fonctions des aidants, qui doivent jouer un rôle de conjoint ou d'enfant et un rôle de soutien. Comment votre association milite-t-elle pour que la Société change de regard sur les aidants ?

### **Elodie JUNG**

L'Association Française des Aidants a pour objectif de faire reconnaître le rôle et la place des aidants. Elle souhaite que cette problématique soit considérée comme une véritable question de société, puisqu'elle concerne près de 8,3 millions de personnes en France. Elle essaie aussi d'être aux côtés des aidants, à travers l'organisation de moments de rencontre ou la dispense d'informations. Elle a vocation à s'inscrire dans une démarche partenariale.

La problématique liée à la relation à l'autre pose la question de la reconnaissance. Dans le dictionnaire, le verbe reconnaître est défini comme suit : « *juger, identifier quelqu'un en fonction d'un caractère ou d'un nom* ». Avant toute chose, il faut donc d'abord se connaître. Or les aidants ne se reconnaissent parfois pas en tant que tels, mais en tant que fils, fille, épouse, époux, ami, voisin, citoyen, travailleur, etc. Ils doivent pouvoir conserver ce lien initial avec la personne aidée, ainsi qu'un lien avec la Société. Certains des 8,3 millions d'aidants recensés en France sont en situation de souffrance. A titre d'illustration, le père de Vanessa, qui participe au Téléthon chaque année, doit aller la « retourner » trois fois par nuit, ce qui le place dans une grande situation de fatigue. Il est difficile, pour une personne, d'être réduite, vis-à-vis de la Société, à un rôle d'aidant. Parfois d'ailleurs, des proches aidants finissent par décéder avant la personne qu'ils accompagnaient.

L'Association entend changer le regard porté sur les aidants, qui est socialement lourd aujourd'hui. En préparant mon intervention du jour, je me suis rappelé ces mots d'Alexandre Julien : « *Le proche aidant n'est pas le proche aidant : c'est pourquoi je l'appelle le proche aidant* ». Je laisse cette phrase à votre réflexion.

Si les étiquettes peuvent rassurer, elles peuvent également créer des blessures. L'Association avait mené une enquête auprès de 1 000 aidants : ceux-ci avaient indiqué trouver normal d'assumer cette responsabilité. Il doit pouvoir en être autrement, notamment lorsque ceux qui portent l'étiquette de proche aidant en souffrent. Pour changer le regard de la Société en conséquence, il convient de mener un travail sur le vocabulaire.

Etre aidant, ça peut également être une belle histoire. L'aidant dispose d'une expertise, qu'il peut développer au fil des années. Il se découvre des ressources insoupçonnées et développe une relation à l'autre différente de celle qui préexistait.

Pour que ces belles histoires puissent voir le jour, il convient toutefois de remplir certaines conditions. Ainsi, il faut lutter contre l'isolement, contribuer à faire changer le regard porté sur les aidants et veiller à ce que les personnes aidées bénéficient des aides requises par leur état de santé.

### **Jérôme REYNE**

Le fait de « coller une étiquette » sur les proches aidants ne fait-il pas courir le risque de normer trop fortement les choses ?

### **Cyril DESJEUX**

Bien évidemment, les recommandations ne doivent pas être appliquées sans discernement. Elles ne sont en aucun cas une bible. Elles ont pour principal objectif d'amener les différentes parties à se questionner.

Nos recommandations ont été rédigées suite aux préconisations de groupes de travail, auxquels des représentants de l'Association Française des Aidants ont participé. Cela explique d'ailleurs la proximité de l'intervention d'Elodie Jung vis-à-vis de mon exposé.

Comment nommer l'aidant ? Convient-il de faire référence à un aidant naturel, à un aidant familial, à un aidant proche ou simplement à un proche ? En effet, certains proches ne souhaitent pas avoir une étiquette d'aidant. Ces différentes questions ont été étudiées. Enfin, les aidants ne doivent pas être résumés à leur rôle d'aidants. Ils sont également des fils, filles, époux, épouses ou amis.

## **6) Débats avec la salle**

### **Jérôme REYNE**

J'invite les personnes présentes dans la salle qui jouent un rôle d'aidant à lever la main.

*Les présents dans la salle en situation d'aidant s'exécutent.*

### **Jérôme REYNE**

Monsieur, souhaitez-vous intervenir ?

### **De la salle**

Oui. Je suis issu du monde de la Sécurité Sociale. J'ai aidé mon épouse durant 10 ans, alors qu'elle luttait contre une longue maladie. Je ne me suis pas aperçu que j'étais un aidant : je le suis simplement devenu, de plus en plus.

Nombre de médecins et de professeurs s'étaient succédé au chevet de mon épouse, pour constater l'évolution douloureuse de son état. C'est seulement lorsqu'elle a été proche de la fin qu'un professeur a exigé qu'elle bénéficie d'une aide à la toilette. Mon épouse, initialement, ne voulait pas de cette aide. Elle était infirmière de formation : elle estimait que les personnes venant pour la laver le faisaient mal. Aussi les rejetait-elle.



Les personnes aidées, souvent, ne veulent pas être aidées. L'une des difficultés est donc de les faire adhérer au bien-fondé de cette aide. Nos enfants étaient parvenus à convaincre mon épouse d'accepter une aide extérieure, au motif que j'étais moi-même très fatigué.

### **Jérôme REYNE**

Je vous remercie pour ce témoignage, qui a fait apparaître la nécessaire amélioration de la communication en amont, entre les différents acteurs du monde médical et les familles.

### **Professeur GONTHIER**

Il n'est pas si facile que cela de faire accepter à une personne aidée une aide extérieure. Il convient d'habituer peu à peu, le plus en amont possible, le couple aidant / aidé à accepter l'aide d'une tierce personne, dont la présence se renforce au fil du temps. Une fois que la perte d'autonomie s'est installée et que l'aidé compte sur son conjoint, il est plus difficile de faire accepter l'intervention d'une tierce personne.

## **7) Prise en compte de la parole des aidants**

### **Jérôme REYNE**

Les professionnels ont parfois tendance à parler à la place des aidés, mais également des aidants. Je vais demander à Bruno Lachesnaie, Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale et des services aux personnes au sein de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, de se positionner sur la question de la prise en compte de la parole des aidants. Depuis quelques années, l'Etat, les collectivités territoriales et les associations se positionnent sur ce terrain. Comment associer les aidants à ce changement de regard que nous appelons tous de nos vœux ?

### **Bruno LACHESNAIE**

Au préalable, je tenais à préciser que je m'exprime en qualité de responsable au sein de la MSA. Avant même que soit évoquée la question de l'aide aux aidants, quelques expériences avaient été menées il y a dix ou 15 ans. Au sein des familles agricoles, la cohabitation des familles a duré plus longtemps que dans le reste de la Société. La « décohabitation » qui a suivi s'est faite dans une relative proximité, avec une vraie solidarité familiale.

Lorsqu'ont émergé les questions relatives à la perte d'autonomie ou à la dépendance, la MSA a lancé des actions ponctuelles. Elle a créé des conférences et des débats dédiés à la perte d'autonomie ou au rôle des familles. Elle a ensuite élaboré des prestations financières d'aide à domicile. Les bilans de ces différentes actions étaient souvent mitigés. Les personnes qui en bénéficiaient se disaient satisfaites : néanmoins, les prestations extralégales n'étaient pas consommées et l'organisation des actions locales demeurait difficile.

En conséquence, la MSA, pour améliorer les choses, a déployé une démarche de développement social local. Le travail social peut reposer sur trois grandes approches. La première, individuelle, se caractérise par une relation dissymétrique. La deuxième, collective, s'appuie sur des groupes de pairs qui s'apportent une assistance mutuelle. La troisième, qui renvoie au développement social local, a pour objectif de démultiplier les réseaux de solidarité.

C'est cette dernière voie que la MSA a essayé de suivre, dans le cadre de l'aide aux aidants. En 2009, elle a lancé le contrat d'action territoriale d'aide aux aidants, avec les partenaires locaux. Cette expérience a été menée au sein de 100 territoires environ. Trois enseignements peuvent en être retirés.

Premièrement, notre connaissance de la situation et des besoins des aidants est égale à zéro. A titre d'illustration, j'ai toujours l'impression qu'il existe, dans la relation aidant / aidé, un sentiment de culpabilité. Or l'un des témoins ici présents a souligné que ce n'était pas le cas. S'il est nécessaire de disposer d'études sur les aidants, il convient également de se départir de la posture de l'expert. En effet, ce sont les aidants qui sont les premiers experts, puisque la relation aidant / aidé est avant tout de l'ordre de l'intime. Elle est également extrêmement hétérogène, s'appliquant à une sociologie familiale en profonde évolution. Les connaissances étant très insuffisantes, il convient de donner la parole aux intéressés et de favoriser l'expression des témoignages sur un territoire donné.

Deuxièmement, il est indispensable de mettre en place une stratégie partenariale d'action coopérative. L'objectif est de créer un système qui soit plus que la somme de ses parties. Si l'ensemble de l'offre doit être immédiatement accessible aux aidants, ces derniers ont, en parallèle, besoin de temps pour s'approprier, le moment venu, les services associés. Cela leur permettra de les mobiliser au moment le plus opportun. De surcroît, il convient d'inventer de nouvelles manières de faire. Je pense notamment à l'assistance administrative. En effet, rien n'est plus stressant, pour un aidant, que d'être confronté à une charge de travail administrative intense, liée à la constitution de dossiers très complexes.

### **Jérôme REYNE**

Je me permets de vous interrompre, puisqu'une question en lien avec la connaissance des dispositifs vient de m'être transmise. « *Quid des dispositifs qui existent déjà ? Pourquoi les aidants ne les utilisent-ils pas assez* » ? Il me semble que les exposants présents sur le salon pourront répondre à la première question. Pouvez-vous répondre à la seconde ? Pourquoi les aidants n'ont-ils pas accès à l'information au bon moment ?

### **Bruno LACHESNAIE**

Dans les faits, l'information est accessible. Néanmoins, elle n'est pas toujours « perçue ». Ainsi, elle n'est parfois pas délivrée au bon moment. Elle est parfois trop difficile à appréhender. A mon sens, une information sera d'autant mieux diffusée qu'elle sera relayée par les aidants eux-mêmes.

### **Andrée CANALE**

Comment apporter aux aidants des informations sur les matériels et aides disponibles ? Il y a quelques jours à Lyon, j'ai visité des appartements adaptés donnant accès à des matériels très utiles, à des coûts relativement limités. Ni mon médecin, ni mon pharmacien ne connaissaient ces derniers, alors qu'ils sont extrêmement pratiques. Je pense notamment à un petit équipement permettant à une personne peinant à se déplacer de se lever seule de son lit.

### **Bruno LACHESNAIE**

C'est une question centrale, qui vaut pour l'ensemble des dispositifs médicosociaux. Les personnes aidées et les aidants peuvent parfois se perdre dans un certain nombre de circuits administratifs. Il en va de même des professionnels. Aujourd'hui toutefois, Internet constitue une mine d'informations, à travers, par exemple, des réseaux d'aidants. Enfin, les plateformes de répit, depuis 2012, montent en puissance : outil territorial, elles répondent à un certain nombre des problématiques que j'ai soulevées.

### **Jérôme REYNE**

L'une des questions m'ayant été transmises est la suivante : *quid* de la création, au sein de chaque territoire, d'un guichet unique et physique à destination des aidants ? Son rédacteur suggère également la constitution d'une plateforme numérique centralisant un certain nombre d'informations.

Même si je suis le modérateur de la présente session, je tiens à signaler que la Maison Loire Autonomie a vocation à jouer le rôle de guichet unique, à destination des personnes en perte d'autonomie et de leurs familles. Le fait est que beaucoup de guichets uniques sont disponibles, ce qui complexifie probablement la diffusion de l'information.

De surcroît, l'aide aux aidants ne se limite pas au médical ; elle peut également prendre la forme d'un soutien psychologique ou reposer sur des associations présentes aux côtés des familles et des malades.

Par ailleurs, il serait utile de revenir sur le réseau professionnel. L'enquête menée dans la Loire auprès de 1 000 bénéficiaires aidés avait mis en évidence le fait que 24 % des aidants de la Loire exerçaient encore une activité professionnelle et que 12 % d'entre eux avaient dû réduire leur temps de travail. Elisabeth Alves, vous représentez le Groupe Casino, qui a mis en évidence le problème de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie d'aidant.

## **8) Articulation entre vie professionnelle et vie d'aidant**

### **Elisabeth ALVES**

Lors des renégociations du 5<sup>ème</sup> accord sur le handicap du Groupe Casino, les organisations syndicales avaient demandé le déploiement de mesures à disposition des aidants. Puisque l'accord était agréé par la DIRECCTE, les marges de manœuvre étaient limitées. Néanmoins, la Direction du Groupe avait accepté de participer à la prise en charge, dans la limite de 1 000 euros, d'un véhicule adapté à l'accompagnement d'un enfant ou d'un conjoint handicapé.

L'AG2R, organisme de prévoyance, nous avait sollicités pour nous faire part de son souhait de participer à nos réflexions sur l'aidant familial, avec certains interlocuteurs locaux privilégiés. Après plusieurs réunions, il avait été décidé d'organiser une mini-conférence au sein du Siège Social du Groupe, en octobre 2011. Un peu plus de 100 salariés y avaient participé, à l'heure du déjeuner.

A l'issue de cette conférence, jugée extrêmement réussie, le Groupe avait remis un questionnaire aux salariés y ayant participé, afin de savoir s'ils seraient intéressés par l'organisation d'ateliers mensuels d'information dédiés au handicap ou à la dépendance et la participation à des groupes d'expression animés par une psychologue. Les retours avaient été très positifs. En conséquence, des réunions mensuelles d'information avaient été organisées de janvier à juin 2012. De surcroît, un groupe de parole avait été constitué. Chaque salarié était libre de s'y inscrire, sachant que les thèmes abordés étaient très variés, portant sur la scolarisation des enfants handicapés, l'entrée en maison de retraite ou encore les aides à destination des personnes dépendantes. En effet, nous avons constaté que nos aidants salariés souffraient d'un cruel manque d'informations, qu'il était difficile de trouver en dehors du temps de travail. Ces ateliers avaient bien fonctionné.

En octobre 2012, une nouvelle conférence avait été organisée. Elle portait sur le rôle de l'aidant face à la maladie d'Alzheimer et à l'autisme. De 60 à 100 personnes y avaient assisté et il avait été décidé de poursuivre les ateliers d'informations. Ces derniers avaient rencontré un certain succès. Toutefois, ils présentaient la limite d'être systématiquement organisés au Siège Social. Or le Groupe Casino dispose de plus de 1 000 établissements en France.

En conséquence, il avait été décidé, par la voie d'un accord collectif signé en décembre 2012, de créer le congé d'aidant familial. Ce dernier permet à chaque salarié de placer, dans un pot commun, des jours de RTT et des jours de congés, pour permettre à un salarié parent d'un enfant dépendant de moins de 21 ans (plus de 21 ans s'il est rattaché au domicile de son parent) ou à un salarié aidant l'un de ses ascendants ou son conjoint de s'absenter 12 jours ouvrables par année civile, sans perte de rémunération. En

2013, 128 jours ont été donnés, sans aucune contrepartie. Dans le même temps, 21 demandes de congés d'aidant familial ont été formulées.

Le plus dur, c'est de permettre aux aidants salariés d'être reconnus comme tels. En effet, d'aucuns éprouvent de la honte, quand d'autres se sentent coupables, ne souhaitant pas que leur charge de travail se déverse sur leurs collègues. D'autres refusent d'évoquer leurs difficultés personnelles au travail.

Quoi qu'il en soit, la politique décrite a peu à peu fait son chemin. Elle est connue sous le slogan suivant : « *Aidons les aidants* ». En 2014 ainsi, 240 jours ont été donnés et 30 demandes ont d'ores et déjà été recensées.

En parallèle, le Groupe a décidé de déployer une plateforme d'assistance administrative, que les salariés peuvent appeler du lundi au vendredi, de 9 heures à 18 heures. Elle traite une centaine d'appels chaque année.

Enfin, la communication constitue une difficulté. Ainsi, un individu ne voit pas ce qu'il n'a pas envie de voir. Nos organisations syndicales, qui sont un vecteur de communication, essaient de sensibiliser nos salariés à la problématique soulevée.

### **Jérôme REYNE**

Je vous remercie pour votre intervention qui renvoie à la mobilisation des acteurs économiques. Il apparaît nécessaire de tenir compte des aidants salariés : en effet, ce « statut » peut être une cause d'absentéisme, d'interruption momentanée ou définitive du travail ou de conflits internes.

Le Groupe Casino emploie 70 000 collaborateurs à travers le monde. L'action que vous avez présentée a-t-elle inspiré d'autres pays ?

### **Elisabeth ALVES**

L'action que j'ai évoquée ne concerne pas les enseignes Monoprix, Franprix et Leader Price, qui ont leur propre statut social. Le Groupe Casino emploie 70 000 personnes en France et près de 340 000 salariés dans le monde.

Concernant la notion d'aidant familial, l'Amérique Latine n'a pas notre culture : il y est encore normal de voir cohabiter, sous un même toit, plusieurs générations. L'action menée, de fait, a été limitée à la France : elle n'aurait pas pu être lancée sans plusieurs partenaires et sans la mobilisation de l'AG2R.

### **Jérôme REYNE**

Avez-vous rencontré des difficultés ? Le projet s'essouffle-t-il, après 3 ou 4 ans ?

### **Elisabeth ALVES**

Oui. Le groupe de parole en présence d'un psychologue a été arrêté, faute de participants. N'y prenaient plus part que deux personnes. Les ateliers d'information organisés au Siège ont également pris fin, par manque d'audience.

Chaque mois, la permanence téléphonique évoquée dans mon exposé est organisée physiquement au Siège : les collaborateurs ont accès à sept créneaux de 45 minutes, qui leur permettent d'échanger en face-à-face. Cette opération a montré des résultats corrects, mais insuffisants. Il a donc été décidé de la délocaliser à titre de test sur le site de Verpillieux où elle a très bien fonctionné.

### **Jérôme REYNE**

Je précise qu'une représentante de l'ARS Rhône-Alpes est présente dans la salle. Elle a participé, le mois dernier, à un colloque organisé autour de la question des aidants en entreprise.

## 9) Lutter contre l'infantilisation de l'aidé et de l'aidant

### Jérôme REYNE

Plusieurs questions m'ont été transmises. L'une d'elles est rédigée comme suit :  
« Comment éviter de « débiliser » la personne aidée et l'aidant » ?

### Elodie JUNG

Pour cela, il est nécessaire de réfléchir à la place de chacun et de laisser à chacun la place qui a été, le concernant, « négociée ». Il m'apparaît également indispensable de faire évoluer les regards et de sensibiliser l'ensemble des acteurs. Enfin, les aidants et les aidés doivent être reconnus pour ce qu'ils sont : cette situation « d'entre-deux » peut conduire à des actes de maltraitance, à travers la confiscation de la parole de l'aidé par l'aidant ou certaines injonctions.

### Marie MOULIN

Beaucoup d'aidants se sentent, pour diverses raisons, coupables. Les personnes aidées doivent être considérées comme des personnes à part entière. Les malades d'Alzheimer perdent la mémoire, mais pas la tête. Les aidants et les aidés ne doivent pas être infantilisés. Enfin, les professionnels doivent faire attention aux termes qu'ils emploient, dans le respect des personnes qu'ils rencontrent.

### Jérôme REYNE

L'une des questions posées par la salle revient sur la nécessaire préparation en amont des évolutions de l'accompagnement requises par un changement d'état de santé. Le retour à domicile doit être préparé : l'aidant doit, dans ce cadre, bénéficier d'un accompagnement. Sur ce plan, de nombreux progrès ont été réalisés au cours des dernières années, avec des dispositions de préparation du retour à domicile. Pour respecter l'aidant et son proche quoi qu'il en soit, il apparaît primordial de mieux anticiper, durant l'hospitalisation, de mieux anticiper le retour à domicile.

## 10) Repérer les aidants fragilisés

### Jérôme REYNE

Comment prévenir les signes d'épuisements ? En la matière, de quels leviers d'action les professionnels disposent-ils ?

### Cyril DESJEUX

Les professionnels doivent être formés et sensibilisés à la communication. Ils doivent adopter un discours adapté à leurs interlocuteurs. Les professionnels doivent également être sensibilisés à l'identification des signes d'épuisement et d'entrée dans la dépendance des aidants. Cette démarche doit être déroulée, au domicile des personnes aidées, mais également lors de réunions d'équipe.

En pratique, il est toujours difficile d'identifier les signes d'épuisement à domicile, puisque les temps d'aide sont toujours restreints. Ils excèdent rarement une heure par jour, ce qui est déjà conséquent. De surcroît, un aide-soignant en charge de la toilette d'une personne dépendante n'a pas pour rôle d'ouvrir des échanges avec les aidants.

Les signes, enfin, ne passent pas uniquement par la communication. Ainsi, un professionnel peut identifier un aidant dont la santé se dégrade ou dont l'état devient mutique.

**Jérôme REYNE**

Emilie Delpit, quel type d'accompagnement proposez-vous aux aidants ?

**Emilie DELPIT**

Avant de répondre à votre question, il me semble utile de rappeler ce qu'est Klesia. Klesia est une caisse de retraite complémentaire et une institution de prévoyance. A cette aune, elle essaie d'apporter des services à ses adhérents. Elle peut donc intervenir en tant que financeur complémentaire d'un certain nombre de solutions. A titre d'exemple, elle a déployé des formations à destination des accompagnateurs de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, avec le soutien de l'association France Alzheimer. La limite de ce dispositif est qu'il ne touche finalement que les personnes qui se reconnaissent déjà en tant qu'aidants.

**Jérôme REYNE**

Par ailleurs, *quid* du repérage des aidants fragilisés ? L'Association Française des Aidants forme-t-elle, sur ce plan, des recommandations ?

**Elodie JUNG**

Concernant le repérage des aidants, deux éléments fondamentaux doivent être mis en avant. Premièrement, une structure souhaitant mettre en place une action d'accompagnement des aidants doit s'inscrire dans un réseau de partenaires. Deuxièmement, il convient de considérer la communication à destination des aidants de manière transversale. En effet, ladite communication doit être adaptée aux profils visés. L'idéal est qu'elle touche les aidants avant qu'ils tombent dans la fragilité. Les réponses doivent être construites avec le soutien de ces derniers, afin de donner naissance à un véritable parcours.

**Jérôme REYNE**

Andrée Canale, vous avez défini votre rôle comme étant naturel et dénué de toute culpabilité. Selon l'enquête menée au sein du département de la Loire, 63 % des conjoints et 44 % des enfants ressentent l'aide apportée à la personne accompagnée comme une charge lourde. Quel est, sur ce plan, votre sentiment ?

**Andrée CANALE**

L'accompagnement d'une personne dépendante représente, effectivement, une charge importante. L'aidant est exposé, dans ce cadre, à plusieurs types de fatigue. La fatigue physique n'est pas la plus difficile à affronter, puisqu'il est possible d'obtenir une aide qui permet de la contenir. S'y ajoute une fatigue intellectuelle, qui résulte de la nécessité de penser à tout, ainsi qu'une fatigue morale. C'est cette dernière qui est la plus difficile à gérer. L'aidant doit tenir le coup et faire face aux accidents de la vie quotidienne. Dans ce cadre, je m'efforce de ne pas montrer mon angoisse vis-à-vis de l'avenir qui est, assurément, sombre. Je ressens également parfois un sentiment de solitude. J'essaie toutefois de garder le sourire. Il n'en demeure pas moins que je ne dors pas très bien.

Lorsque je suis seule, je ressens même parfois un peu de désespoir. Cela étant, il est possible de composer avec les difficultés susmentionnées. Il convient de prendre soin de soi. Mon époux et moi-même, parfois, nous rendons dans un centre de relaxation.

S'il convient de préparer l'avenir enfin, il faut également essayer de ne pas y penser en permanence.

**Jérôme REYNE**

Je vous remercie pour ce témoignage. Vous êtes également très impliquée dans le monde associatif. Vous êtes ainsi membre du CODERPA Loire.

**Andrée CANALE**

Ces réunions me font beaucoup de bien. Elles me permettent de rencontrer d'autres personnes et de penser à autre chose.

**11) Présentation d'une plateforme de répit et d'accompagnement****Jérôme REYNE**

L'heure est venue de vous présenter une plateforme de répit et d'accompagnement. Plusieurs questions m'ont été transmises. L'une d'elles est rédigée comme suit : « *Un rôle qui peut être bien différent, lorsque l'aidant est l'époux, l'épouse ou un enfant, avec une pathologie qui s'ajoute et qui complique les relations* ». Une autre question porte sur le difficile accès à des structures temporaires de répit. Elle précise que seul un des 500 lits y est dédié, au sein de la maison de retraite de Saint-Just-Saint-Rambert.

**Marie MOULIN**

La plateforme de répit est un « lieu ressource », qui donne accès à différentes palettes d'activité. Elle constitue la première mesure du plan national associé, qui stipule qu'il convient, sur chaque territoire, « *d'offrir une palette diversifiée de dispositifs de répit, correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, garantissant l'accessibilité à ces structures* ». En pratique, la plateforme s'adresse aux aidants et au binôme aidant / aidé.

La plateforme a pour objectifs de proposer différentes solutions de répits et de permettre aux aidants de retrouver une vie sociale. En effet, certains d'entre eux rompent tout lien avec la Société, ce qui les épuise. La plateforme est également un lieu d'écoute et de dialogue. Elle offre accès à des solutions de « relayage ». Elle s'appuie sur trois axes. Le premier renvoie à des animations culturelles et aux loisirs, le deuxième au soutien psychologique et le troisième à l'intervention à domicile.

Les animations culturelles et de loisir ont pour objectif de recréer du lien social et de valoriser l'identité du binôme aidant / aidé. Trop souvent en effet, la personne aidée n'est perçue que comme un malade. Chaque mois, un Café des Aidants est organisé dans un lieu neutre (café) : l'aidant peut y venir seul ou avec la personne qu'il aide. Ce lieu, au cœur de la ville, présente l'intérêt de ne pas être un espace de soin. Il n'a pas vocation à évoquer la maladie : il permet surtout de boire un café et de passer un bon moment. Des sorties culturelles et des activités sont également organisées (couture, tricot, conférence, belote, jardinage, pétanque, aquagym, musée, spectacle, etc.). Enfin, nous travaillons avec de très nombreux partenaires.

**Jérôme REYNE**

Je me permets de vous demander d'accélérer un peu votre présentation, le temps étant contraint. Avez-vous mesuré les bénéfices des opérations susmentionnées ? Avez-vous évalué le degré de satisfaction des participants ?

**Marie MOULIN**

Une enquête de satisfaction a été menée en 2013, après une année de fonctionnement. Environ 80 personnes ont participé à au moins une action mise en place au sein de la plateforme. Par ordre d'importance, leurs objectifs étaient de rencontrer d'autres aidants, de bénéficier de l'écoute de professionnels, de rompre avec l'isolement et la solitude, d'apprendre à mieux s'occuper de la personne aidée, de passer un moment agréable avec cette dernière et de disposer de temps libre.

Au plan psychologique, un groupe de parole est organisé. Aujourd'hui, de 15 à 19 personnes y participent régulièrement : aussi vais-je le scinder en deux, face au succès rencontré. Un groupe dédié aux aidants qui travaillent devrait être instauré en soirée.

Concernant le relayage enfin, un aidant peut solliciter, en cas de difficulté, une intervention à domicile, à concurrence d'un, deux ou trois jours au maximum. Le tarif afférent est extrêmement avantageux.

**Jérôme REYNE**

Je vous remercie pour vos différentes interventions. Elles ont mis en évidence la richesse des propositions disponibles, parfois méconnues, la difficile mise en réseau des opérateurs, les difficultés rencontrées en matière de communication et de repérage des aidants fragilisés. Enfin, l'un des membres de l'assistance m'a transmis une question, dans laquelle il fait référence aux difficultés qui peuvent apparaître au sein des fratries, où les choix de l'aidant principal peuvent être contestés. Pour lever cette difficulté, il préconise l'organisation d'un conseil de famille.

**Alain POULET**

J'ai promis à la Présidente de l'Association Les Voisines, qui offre la possibilité de prendre en charge des personnes peinant à s'exprimer en français, de parler de son association, ce qui est fait. L'année prochaine, elle disposera d'un stand et pourra nous présenter l'action que cette association mène sur notre Ville.

Merci à tous pour votre implication et bonne soirée à tous.



## PREVENTION

### III - LA FRAGILITE EST-ELLE UN CONCEPT UTILE POUR LA PREVENTION DE LA PERTE DE L'AUTONOMIE ?

*Participent à cette table ronde :*

*Nicolas SIRVEN, chercheur au LIRAES, maître de conférences*

*Elodie ALBEROLA, directrice par intérim du département Evaluation des politiques sociales au CREDOC*

*Michel NOGUES, directeur adjoint de la CARSAT Languedoc-Roussillon*

*Antonin BLANCKAERT, directeur de l'Action Sociale Nationale à la CNAV*

*Pauline GERMAINE, élève de l'EN3S*

*Norbert DEVILLE, directeur du CETAF*

*Jean-Pierre AQUINO, Président du comité Avancée en âge, assurait le rôle de modérateur*

#### **1) Rapport introductif des Elèves de l'Ecole Nationale de Sécurité Sociale**

*Pauline SIRE et Frédéric BRIGAUD, élèves de l'EN3S,*

*Bonjour Mesdames, Bonjour Messieurs,*

*Lorsque M. POULET nous a demandé d'introduire cette table ronde, nous étions bien embêtés. Nous ne connaissions pas grand-chose au concept de fragilité. Pour remédier à ce problème, nous avons interrogé les professionnels de la fragilité Anatole et Frantz qui détectent la fragilité et proposent des offres de prévention aux personnes âgées en perte d'autonomie.*

*Nous savons qu'aujourd'hui, nous avons beaucoup de personnalités qui vous vont parler de la fragilité, mais la petite plus-value de notre documentaire, c'est que nous allons vous les présenter en pleine action. Nous les avons suivis dans leur quotidien.*

*Un documentaire est projeté à l'écran. (cf Defi-autonomie.com)*

*Vous imaginez bien que lorsque nous avons vu Anatole, nous avons voulu faire la même chose, nous voulions en faire notre métier. Ce n'est pas simple, parce que nous ne sommes pas sûrs de tout connaître encore.*

*Pour pouvoir devenir agents de prévention, nous ne savions pas comment faire, donc nous nous sommes dit que peut-être on pourrait s'entraîner pour voir si nous maîtrisons toutes les données que nous aurons à présenter.*

*Alors, la fragilité c'est une notion polymorphe et la définition de Fried, de la fragilité, c'est un syndrome biologique qui résulte du déclin cumulatif de plusieurs systèmes physiologiques.*

*Concrètement, cela veut dire qu'il existe plusieurs critères : quand on est fragile, quand on ne l'est pas, quand on va le devenir ... et il faut identifier si on y répond ou pas.*

*5 critères : à partir de 3, on est considéré comme une personne fragile.*

*La fragilité a également d'autres interprétations dont celle de Rockwood qui considère qu'il faut y ajouter d'autres éléments comme le contexte social ou des critères environnementaux.*

*Finalement, nous pensons que nous allons quand même aller au Colloque Défi-Autonomie, et participer à la table ronde sur la fragilité.*

### **Jean-Pierre AQUINO**

Merci pour cette introduction qui pose la problématique de la fragilité. C'est un mot dont tous les professionnels se sont emparés, qu'il s'agisse des médecins, des acteurs du secteur social ou médico-social. Il existe une dynamique nationale et internationale forte sur le sujet. La question posée est la suivante : si nous repérons des personnes en situation de pré-fragilité, est-il possible d'expliquer la bascule, à un moment donné, vers une perte d'autonomie avérée ? Il semblerait, d'après les études internationales, que ce soit le cas. Si la réponse est oui, nous devons nous engager dans ce repérage. Mais qui fait le repérage ? Comment le faire ? Que disent les études ? Nous avons là, devant nous, un certain nombre de spécialistes vont nous éclairer en nous aidant à comprendre ce mécanisme. Je laisse la parole à Nicolas Sirven, chercheur au LIRAES et maître de conférences.

## **2) Concept de fragilité**

### **Nicolas SIRVEN**

Merci beaucoup, Monsieur Aquino. Je précise que je suis économiste. Je n'ai pas de bagage médical et je ne suis pas médecin. Je m'intéresse à la fragilité du point de vue de l'efficacité du système de santé, notamment la soutenabilité de la dépense pour l'assurance maladie, liée à l'efficacité de la prise en charge du public cible.

Le contexte dans lequel j'étudie ces questions est celui de l'espérance de vie sans incapacité. Il s'agit du nombre d'années durant lequel vous pouvez vivre sans être dépendant, c'est-à-dire sans être en incapacité. Les études actuelles ne montrent aucune évidence sur cette avancée en âge sans dépendance. Au niveau européen, comme aux Etats-Unis ou au Japon, l'espérance de vie augmente mais chaque année supplémentaire ajoute du temps à l'incapacité. Ainsi le temps que nous passons à être dépendants augmente. Cela vient contredire les résultats obtenus jusqu'aux années 2000. Nous constatons alors une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Jusqu'aux années 2000, nous ajoutions tous les ans de la vie aux années. C'était essentiellement le résultat de trente ans de travail acharné pour réduire la prévalence des maladies chroniques : le diabète, le cancer, etc. Des travaux considérables ont été faits sur le sujet. Nous savons que les maladies chroniques sont le premier facteur de la perte d'autonomie. Dans ce nouveau contexte, où l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité semble stagner, les chercheurs se sont demandé quels étaient les autres déterminants de la perte d'autonomie. C'est là que les travaux mentionnés précédemment, ceux de Linda Fried et de Rockwood, apparaissent dans la littérature internationale.

Le véritable intérêt de ces travaux est de pouvoir prédire la perte d'autonomie, pour trouver de nouvelles mesures de prévention qui n'existaient pas encore jusqu'à présent. De mon point de vue, et les gériatres ont peut-être un avis différent, Rockwood a une façon de mesurer la fragilité qui considère tous les facteurs possibles : la santé, le social, l'économique, etc. Dans le domaine de la santé, il va considérer les problèmes non seulement fonctionnels, mais aussi cognitifs, etc. Le travail de Linda Fried est beaucoup plus réduit. Son travail porte sur seulement cinq privations, qui sont des éléments physiologiques. Son travail est inspiré de la sarcopénie. Il s'agit de l'état du corps ayant perdu ses capacités musculaires et métaboliques. Le véritable intérêt de ses travaux est qu'elle laisse de côté la dimension cognitive. Ainsi, nous n'allons donc par exemple pas prendre en charge une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Nous nous intéresserons seulement aux troubles musculaires et physiologiques. Même en limitant le modèle théorique au champ de la sarcopénie, l'outil que Fried nous donne est relativement intéressant. En effet, il nous permet d'identifier des personnes qui n'ont ni limitation fonctionnelle avérée, ni maladie chronique, c'est-à-dire des personnes qui jusqu'à présent

n'étaient pas identifiées par les médecins comme personnes à risque, pouvant perdre leur autonomie. Depuis que cet outil existe, on peut identifier des individus risquant de perdre leur autonomie alors qu'ils n'étaient pas identifiés jusqu'à présent. C'est sa véritable valeur ajoutée.

L'intérêt est double. Le premier est clinique, d'ordre médical. Avant d'hospitaliser une personne, le passage du test de fragilité permet de savoir si elle présente des risques particuliers, peut avoir des complications durant l'opération ou après sa sortie d'hôpital. Les seuils de fragilité servent ainsi à fixer une règle de décision clinique. Le second intérêt me semble plus fondamental. Avec cet outil, nous pouvons détecter et cibler un certain nombre de personnes en communauté. A l'Université Paris Descartes, nous avons mené un certain nombre de travaux sur la détection des personnes fragiles dans la population générale. Grâce à toute la littérature existant sur le thème, nous savons que ces personnes fragiles sont des individus qui ont des difficultés socio-économiques. Les personnes fragiles sur le plan de la santé sont aussi vulnérables socialement. La bonne piste consiste à considérer que les personnes fragiles n'ont pas uniquement des besoins médicaux. Certes, l'action médicale et gériatrique est utile. Le gérontopôle de Toulouse est d'ailleurs pionnier sur ces questions. Cependant, il faut aussi prendre en compte l'action économique et sociale que certains autour de cette table présenteront peut-être mieux que moi. Des actions d'aide sociale peuvent être utilisées pour accompagner, voire prévenir, les états de fragilité.

Nous pensons que cela peut jouer mais, pour l'instant, nous n'avons pas véritablement d'étude sur l'efficacité de ces actions. Elles n'ont pas encore été évaluées de façon satisfaisante.

#### **Jean-Pierre AQUINO**

Je formulerai un commentaire et deux questions. Votre présentation est très pédagogique. Le médecin que je suis ne peut qu'être flatté d'entendre dire qu'il existe des critères médicaux. Cependant, je pense qu'il serait mauvais que les médecins travaillent sur la fragilité avec une vision purement médicale d'un côté, et que les acteurs du social et du médico-social travaillent sur la même problématique d'un autre côté, sans qu'il y ait de croisement entre les deux approches. Ensuite, je voudrais vous demander s'il n'y a pas des informations contributives dans les études que vous conduisez.

#### **Nicolas SIRVEN**

Sur le premier point, je vous rejoins. Quant aux travaux que nous sommes en train de réaliser, l'idée est justement d'examiner si nous pouvons identifier des personnes fragiles dans la population en général et à l'intérieur du parcours de soin. Nous souhaitons ainsi lier davantage les aspects médicaux et sociaux dans la prise en charge des personnes fragiles.

Nous constatons que les personnes fragiles ont certes des problèmes socio-économiques de santé. Nombre d'entre elles appellent à l'aide pour améliorer leur logement. Il y a des problèmes de mobilité et de déplacements au sein des logements. Nous examinons s'il est possible de mieux détecter la fragilité lors des soins primaires afin de réduire, par exemple, les hospitalisations des personnes fragiles. Au niveau européen, nous voyons que dans les pays avec des soins intégrés, c'est-à-dire ceux où le passage chez le médecin généraliste est obligatoire avant d'entrer à l'hôpital, le taux de personnes fragiles à l'hôpital est nettement plus faible que dans les autres pays. Nous pensons ainsi qu'un mode d'adressage fort permet de réduire la présence de personnes fragiles à l'hôpital, ce qui permettra de mieux les opérer. Concernant le cas français, nous avons cherché à savoir si le fait de déclarer un médecin traitant ou pas est un indicateur de fragilité. Nous avons examiné si les personnes fragiles étaient mieux suivies par leur médecin traitant, ou pas. Nous n'avons pas trouvé que les personnes fragiles étaient mieux suivies que les autres par les médecins traitants. La population de personnes fragiles n'est pas mieux ni moins bien prise en charge que les autres populations.

**Jean-Pierre AQUINO**

Si vous deviez donner un pourcentage des personnes âgées fragiles dans la population générale, quel chiffre avanceriez-vous ?

**Nicolas SIRVEN**

Les études convergent à partir de 65 ans. Nous notons environ 15 % de personnes fragiles en France à partir de cet âge.

**Jean-Pierre AQUINO**

Le pourcentage augmente-t-il lorsqu'on avance en âge ?

**Nicolas SIRVEN**

Oui, c'est exponentiel.

**Jean-Pierre AQUINO**

Bien. Je vous transmets le commentaire d'un médecin généraliste avec lequel j'évoquais ces problématiques de la fragilité. Selon lui, la personne fragile est celle qui tous les mois vient faire vérifier sa tension artérielle au cabinet et qui, un jour, lui demande s'il ne peut pas venir lui rendre visite à domicile alors qu'aucune pathologie nouvelle ne se manifeste, ou qui, pour la première fois, vient accompagnée d'un aidant. Ce sont deux situations moins scientifiques que les données de la littérature mais qui doivent attirer l'attention. Merci pour votre contribution. Madame Alberola, quel éclairage le CREDOC peut-il nous apporter ?

**3) Repérage des fragilités des personnes âgées et leur suivi****Elodie ALBEROLA**

Le CREDOC peut apporter un éclairage de terrain. Je suis sociologue, ce qui ne veut pas dire grand-chose, et je vais vous parler d'une action que nous avons entreprise en 2009, avec une entrée pragmatique : il s'agissait de consulter les acteurs médico-sociaux pour aborder la notion de fragilité. Nous tâcherons de replacer ces constats dans un contexte théorique.

Nous avons perçu que les acteurs convergeaient vers l'idée que la fragilité est un état d'équilibre très précaire. L'enjeu est d'essayer d'établir des critères pragmatiques pour prévenir cette bascule vers la rupture de l'équilibre qui est très préjudiciable à la santé et à l'autonomie des personnes âgées. Tout le monde s'est trouvé d'accord pour dire qu'il faut prendre en considération la fragilité dans son ensemble, et pour dire que cette notion est propre à chaque personne. Définir cette notion de fragilité s'est donc avéré particulièrement complexe, chaque personne étant fragile avec des points particuliers de fragilité. Nous avons essayé d'objectiver ce discours, en regardant de plus près sur un échantillon de la CNAV ce qu'on pouvait trouver comme indicateur de fragilité. Nous sommes arrivés à isoler un certain nombre de facteurs, par exemple le fait d'avoir des difficultés à sortir de chez soi ou d'avoir besoin d'une canne. Le point le plus intéressant était que cette notion de fragilité était très liée à la perception que les personnes âgées avaient d'elles-mêmes. Nous étions donc loin des critères objectifs dont vous avez parlé, car nous trouvions cette notion de subjectivité. La difficulté tient aussi au fait que tous ces critères sont peu prédictifs puisqu'ils se rattachent à un cas personnel. Votre témoignage de médecin traitant est éclairant sur le fait qu'il est difficile d'identifier ce qui fait fragilité chez les personnes. Au-delà des critères objectifs, ce qui a retenu notre attention est que les principaux facteurs de fragilité sont liés au vécu et au ressenti de chaque personne. Par exemple, une sortie d'hospitalisation peut être liée à la fragilité mais ne peut avoir un caractère prédictif sur la perte d'autonomie. Cela vient davantage du ressenti de la

personne sur son état de santé. Elle peut se sentir plus précaire par rapport à certains éléments de sa vie. Cette étude, qui date un peu, a permis de dégager ces critères subjectifs de fragilité propres à chaque personne âgée.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Merci pour cette contribution. Quelles autres contributions ou études peut-on citer pour approfondir la notion de fragilité ?

### **Elodie ALBEROLA**

L'idée est bien sûr d'examiner la santé par rapport à un ensemble de statistiques. C'est un raccourci et je ne suis pas experte en ce domaine. Je peux dire que l'enjeu est de pouvoir recréer des parcours. C'est une autre notion spécifique qui couvre aussi une problématique importante. Nous souhaitons appréhender la prévalence des événements qui font sens dans des parcours qui sont parfois très différents. L'idée serait d'inclure ces indicateurs dans un temps plus long, et de suivre des cohortes plus longtemps dans le temps. A charge de mettre en œuvre cette idée.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Belle perspective. Merci d'avoir insisté sur l'importance du vécu individuel, qui contraste parfois avec l'analyse objective des techniciens. Cette différence d'analyse explique parfois les difficultés que nous avons pour avancer. Monsieur Noguès, vous avez la parole.

### **Michel NOGUES**

Merci beaucoup. Je vais remonter d'un cran pour tenter d'aborder la question du repérage de la fragilité. Pour ce faire, nous devons aborder la notion de risque. Nous développons la notion de risque de fragilité conjointement avec l'Assurance maladie et la branche retraite dans le cadre d'un plan de proximité.

Je fais un petit retour sémantique car nous utilisons différents termes. Nous parlons par exemple de vulnérabilité : il s'agit d'une capacité à recevoir des atteintes. La fragilité est un état, une situation, et le risque de fragilité est un facteur qui prédispose à la fragilité. Nous voyons par exemple apparaître le terme de vulnérabilité dans la littérature. J'ai coutume de dire qu'Achille, dans la mythologie grecque, était vulnérable mais certainement pas fragile. Lorsque nous, institutions de santé, voulons nous occuper des personnes fragiles, c'est qu'il est trop tard. Le repérage des différents risques de fragilité qui ont pu entraîner cette situation est primordial : perte de voix, stress, etc. C'est là, en amont, qu'il faut agir. C'est ainsi que nous avons pu construire ce que j'appelle la prévention sociale ou la prévention santé sociale.

Il ne s'agit pas de dissocier ou de donner une plus-value au social par rapport au médical. Il s'agit essentiellement de conjuguer ces différents champs. Cette vision est importante pour ne pas trop médicaliser la fragilité ni trop la socialiser en quelque sorte. Certaines composantes concernant la motricité ou les aspects cognitifs sont principalement médicales. D'autres composantes sont sociales, en particulier concernant la précarité, mais aussi environnementales. C'est cette situation qui nous conduit à travailler pour améliorer notre vision des risques de fragilité. Nous le faisons, dans notre institution, par la mise en place des observatoires de la fragilité. Je rappelle qu'aujourd'hui nous avons couvert le territoire, et que l'ensemble des agences s'est regroupé pour avoir une vue plus dynamique et géographique grâce au système d'information. Dans les différentes études conduites dans ces observatoires, lesquelles ont associé différents chercheurs, nous avons tenté de repérer les déterminants principaux de ces facteurs de risque de fragilité. En faisant tourner les données, nous trouvons bien souvent la notion de précarité. Cette notion ressort à tout moment. Nous trouvons aussi la solitude et l'isolement

comme facteurs très déterminants. Vous évoquiez également tout à l'heure le rôle du médecin traitant. Nous avons effectivement trouvé un certain niveau de corrélation entre l'absence de soins, l'absence d'attention qu'on peut donner à quelqu'un sur le plan médical et la fragilité. Quand une personne d'un certain âge n'a pas consulté son médecin traitant depuis plus d'un an, ou qu'elle n'a pas reçu de soins hospitaliers, le risque de fragilité augmente. Ces données-là permettent un repérage territorial, lequel nous aide à cibler nos actions.

J'ajouterai simplement un chiffre. Vous parliez tout à l'heure de 15 % environ de personnes fragiles. Pour le risque de fragilité, le chiffre atteint 35 % sur la France entière. Cela montre l'importance du sujet.

### **Jean-Pierre AQUINO**

La différence de pourcentage est probablement liée à la différence de définition ou du moins d'indicateurs. Comment peut-on avoir accès aux données CARSAT sur les Observatoires des fragilités ? A qui est destinée cette approche populationnelle ?

### **Michel NOGUES**

Elle s'adresse à vous tous et peut être consultée sans problème. Sur les sites web des CARSAT, vous trouvez les références et les données des observatoires. Vous pouvez travailler sur telle ou telle zone, tel bassin d'emploi, etc.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Ce n'est donc pas seulement accessible aux chercheurs, mais aussi aux professionnels de terrain qui vont trouver là des données concrètes pour construire leurs actions.

### **Michel NOGUES**

Absolument. C'est le sens que nous avons voulu donner à notre travail. Ce sujet nous concerne tous, les acteurs du social autant que les acteurs médicaux. La fragilité est transverse. Aujourd'hui, vouloir identifier les risques de fragilité dans un seul de ces domaines serait une aberration. Cette approche ne permettrait pas de concevoir la bonne prévention de ces risques de vieillissement ni de les accompagner.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Suite à cette intervention, je fais le lien avec la table ronde de cet après-midi en vous informant que les huit territoires choisis doivent être en situation de connexion étroite avec les observatoires de la fragilité pour enrichir leurs réflexions. J'imagine que l'organisation s'est ainsi structurée ou qu'elle est en cours de structuration.

### **Michel NOGUES**

C'est en cours de structuration. Nous avons naturellement défini certaines priorités. Pour l'aide à la vie et l'accompagnement, nous employons bien la même méthode que celle employée pour ces repérages.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Merci pour ces informations. Nous passons à l'intervention de Monsieur Blanckaert.

### **Antonin BLANCKAERT**

Nous voyons que la question de fond est toujours la même. Elle avait été évoquée lors du rapport TRILLARD de 2011, par exemple. Nous nous demandons comment repérer les personnes au bon moment pour leur délivrer les bons messages et les bonnes interventions. Cela paraît aisé, et pourtant nous voyons que 35 % des personnes sont

confrontées au risque de fragilité, 15 % de la population de plus de 65 ans est en situation de fragilité et 8 % de la population en est situation de dépendance. Nous voyons là l'ampleur du sujet sur la population cible.

Les caisses de retraite ont structuré leur action autour de trois interventions. Il faut premièrement diffuser l'information. Cela paraît anecdotique, mais le sujet de l'information est primordial. Nous savons que nombre de retraités, particulièrement ceux qui n'ont pas accès au droit, n'ont pas accès à cette information. Il faut trouver les retraités, construire l'information et la construire avec les partenaires. C'est le premier volet de nos actions. Le second concerne le développement de programmes d'actions collectives de prévention. Là aussi, les caisses de retraite ont un rôle de financeur. Elles poussent un certain nombre de démarches de labellisation et d'évaluation. Il est important de trouver les opérateurs de proximité capables de réaliser les actions et d'aller chercher des personnes sur le territoire. Ensuite, il existe des actions individuelles pour les publics exposés aux risques de fragilité. Nous savons qu'il existe des publics qui requièrent une attention particulière. Toutes ces actions permettront de retarder le phénomène de bascule dans la dépendance, lequel est réversible jusqu'à un certain point. Pour articuler ces niveaux d'intervention, la CNAV, la MSA, le RSI et la CNAM notamment ont compris que la question de la fragilité est au centre de l'articulation de leurs interventions. Cela paraît évident. A partir de quand passe-t-on du simple message d'information à une action renforcée ? L'âge ne suffit pas à justifier ce passage. Nous n'allons pas commencer à développer des programmes systématiques de prévention à un âge donné. Nous savons qu'une prévention efficace est ciblée sur une situation, et il faut être en capacité de le faire.

Sur la fragilité, je raisonne plutôt autour de trois axes principaux. Je pense tout d'abord au repérage dont Michel Noguès parlait à l'instant. L'idée d'avoir une connaissance des territoires grâce aux observatoires de la fragilité relève d'une approche opérationnelle. Il existe néanmoins l'ambition de disposer d'outils de repérage individuel des situations. Nous pouvons d'ores et déjà mobiliser un certain nombre de données, en particulier sur la retraite et la dimension sociale qui va avec. Les CARSAT ayant aussi la compétence maladie, elles ont l'information concernant le médecin traitant. Progressivement, nous souhaitons passer d'une logique de guichet à une logique de repérage et aller chercher les gens. Pour ce faire, il faut croiser un certain nombre de données, dans le respect des règles de confidentialité. Nous n'avons pas non plus l'ambition de créer un Big Brother de la fragilité. Nous savons que le travail des acteurs de proximité est indispensable. Comment passer de la subjectivité soulevée par le CREDOC à une approche de masse à l'échelle de la Sécurité sociale ? C'est le sujet que les observatoires mettent sous nos yeux. L'article 6 du Projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement nous incite à développer le croisement entre l'assurance maladie et l'assurance vieillesse. Nicolas Sirven nous parlait d'algorithme prédictif. Ce sont deux jolis mots, et l'ambition est forte. Il convient d'articuler cela avec une mise en œuvre très opérationnelle et concrète. C'est l'objectif. Voilà pour le premier volet.

Dans le second volet, une fois que nous avons repéré ces personnes en situation de risque de fragilité, nous nous demandons comment objectiver leur éligibilité à tel ou tel autre dispositif, par exemple les aides individuelles proposées par l'action sociale des caisses de retraite ou les parcours de prévention construits avec les centres d'examen de santé. Nous avons là besoin d'outils pour mesurer la situation de la personne en partant de la grille AGGIR qui est l'outil principal faisant consensus. Cet outil permet notamment de définir le GIR 4 : on ne fait pas les gestes de la vie quotidienne, on ne sait pas se laver ni s'habiller. On comprend là les liens naturels avec l'état de dépendance et une réponse type allocation personnalisée d'autonomie. Le public GIR 5 et GIR 6 a de petites fragilités, si je puis dire.

Comment mesurer plus finement les besoins de ces personnes ? Comment adapter nos réponses ? C'est l'objet du troisième axe. Nous partons souvent des offres que nous construisons, en cherchant *a posteriori* quel est le public cible. L'idée est d'inverser les choses. Nous cherchons une connaissance plus fine de ces publics intermédiaires entre la situation de fragilité et de dépendance, pour leur proposer des réponses sous l'angle des

parcours. C'est là l'objectif de ce colloque, à mon sens : élaborer un parcours qui décroïssonne le médical, le médico-social, etc. Il s'agit de le faire en mobilisant les professionnels de santé lorsque nécessaire, et c'est souvent nécessaire, en utilisant les outils naturels que sont les Centres d'examens de santé, les centres communaux d'action sociale, les centres sociaux, etc. Ce sont les acteurs de santé très présents, souvent bien identifiés par les retraités. Essayer d'apporter des réponses complémentaires, soit par des dispositifs, soit par notre capacité à invoquer des dispositifs comme celui de l'assurance maladie sur les programmes de retour à domicile dans un contexte qui est celui que nous évoquerons cet après-midi.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Merci pour ce complément d'information, qui positionne les travaux de la CNAV. En reformulant ce qui a été dit jusqu'à présent, je distingue l'approche populationnelle de l'approche individuelle. Les deux s'enrichissent mutuellement. Il y a l'approche médicale insuffisante seule, l'approche médico-sociale également insuffisante seule, car les deux s'enrichissent mutuellement. A ce stade de la discussion, je peux rappeler cette définition anthropologique de l'être humain : « L'homme est un corps, un esprit, un être relationnel avec les autres et avec l'univers ». C'est une belle allégorie. Ceci étant, ce qui se limiterait à une approche physique exclusive ou une approche sociale exclusive ne va pas dans le bon sens. Il faut donc mettre un terme au « tuyau d'orgue » auquel nous tenons beaucoup. Lorsque je vois que les grilles d'évaluation et de repérage se multiplient dans la littérature professionnelle, je ne peux qu'applaudir. Cela signifie que les professionnels se sont emparés de la problématique, et que nous sommes dans une phase d'exploration. Au terme de cet enrichissement mutuel, il conviendra de positionner les approches, les grilles, les techniques les plus pertinentes au profit de la population vieillissante.

### **Antonin BLANCKAERT**

Je voudrais réagir. Comment passe-t-on d'une culture de la réparation, ce que fait le secteur social globalement en France, à une culture de la prévention ? Vous évoquez le décroïssonement institutionnel. A mon avis, c'est la clé. Mais je me demande en fonction de quoi on repère. Quand on repère pour développer une réponse de type accompagnement gérontologique en situation de perte d'autonomie, les outils ne sont pas forcément les mêmes. Ils peuvent être complétés et enrichis. C'est tout l'intérêt du comité Avancée en Age que vous présidez, Docteur : essayer de favoriser ce dialogue au niveau national, pour envisager ses déclinaisons au niveau local. La réponse principale passe effectivement par le partenariat. C'est tout à fait l'esprit de la loi d'adaptation de la société au vieillissement qui a été évoquée par Madame la Ministre hier : encourager, à travers la conférence des financeurs ou d'autres mécanismes institutionnels, le partage d'expérience, la connaissance des territoires et des publics, essayer de construire ces parcours de prévention. Cela se structure au niveau national, nous y veillons et c'est un sujet complexe. Cela relève aussi de la responsabilité des acteurs de terrain, la manière dont ils se saisissent de la problématique. Il faut se faire connaître, ce qui prend un certain temps. Il faut faire connaître les initiatives qui ne sont pas les mêmes d'un territoire à l'autre. Les réalités aussi varient d'un territoire à l'autre. Il faut trouver les mécanismes de coordination entre acteurs associatifs, médicaux et les institutions au sens large. C'est un vrai défi de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, ce pourquoi nous nous y retrouvons.

### **Jean-Pierre AQUINO**

La loi cible entre autres la fragilité. Un secteur me semble tout à fait pertinent : ce sont les futures résidences d'autonomie, qui ne sont autres que des logements intermédiaires ou foyers logements. On y trouve actuellement une population dite GIR 5 et GIR 6, c'est-à-dire une population potentiellement fragile. Le fait que des budgets soient prévus dans le cadre de la loi pour développer des actions préventives collectives dans ces résidences d'autonomie va tout à fait dans le sens des applications pratiques du débat que nous avons aujourd'hui.



Poursuivons pour éclairer l'assistance. Par les exemples que vous avez cités, nous avons vu en quoi l'approche sociale et médico-sociale peut être pertinente : mise en place d'aides contre l'exclusion, etc. Nous avons laissé de côté les aspects médicaux. En quoi le repérage de la fragilité peut être utile sur un plan pratique ? Je citerai trois exemples : je pense à l'exercice physique bien conduit qui peut sauvegarder l'autonomie. Je pense ensuite aux aspects nutritionnels, dont nous savons qu'ils sont menacés avec l'avancée en âge. Il faut donc prévenir la malnutrition. Enfin, je pense aux effets pervers des médicaments. Voici trois exemples pour lesquels la pertinence d'une démarche de repérage de la fragilité est une intervention efficace en complément de ce qui vient d'être énoncé.

J'appelle maintenant Pauline Germaine.

### **Pauline GERMAINE**

Merci Monsieur Aquino. Bonjour à toutes et à tous. Au nom de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale et du Centre technique d'appui et de formation des CES, j'ai l'honneur de vous présenter notre recherche action, son intérêt et les premiers résultats de son expérimentation.

La recherche action constitue une forme de mémoire de fin d'étude qui est réalisée par un groupe de cinq élèves durant la scolarité à l'EN3S. En lien avec cette table ronde, le sujet de notre recherche action porte sur la pertinence de l'approche subjective dans la détection des éléments constitutifs d'un syndrome de fragilité fondée sur l'étude d'une population de consultants seniors en Centres d'Examens de Santé. Voici quelques éléments de définition pour vous préciser l'intitulé du sujet. Comme l'ont montré Pauline et Frédéric, ainsi que chacun de nos intervenants, c'est une notion polymorphe. Elle a plusieurs dimensions, mais une forme de consensus existe autour de deux définitions théoriques, celle de Fried et de Rockwood sur lesquelles je ne reviendrai pas. Notre étude a pour lieu d'expérimentation les Centres d'Examens de Santé qui ont été créés en 1945 et forment un réseau. Ils sont le plus souvent rattachés aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Leur mission justifie l'implication des CES dans notre recherche action. En effet, ils ont pour mission principale la prévention auprès des publics éloignés du système de santé. Notre recherche action a pour public cible les seniors qui consultent dans les centres d'examen de santé, d'où le terme consultants de CES. Ils sont 150 000 à fréquenter les CES, et ont plus de 55 ans.

Nos questionnements portent sur l'évaluation de la plus-value d'une approche subjective de la fragilité par rapport aux dispositifs existants. L'approche subjective prend appui sur différentes études, notamment celle du CREDOC en 2008. Ces études mettent en avant la prévalence des facteurs subjectifs par rapport aux facteurs objectifs. En effet, outre les facteurs médicaux et gériatriques que nous avons pu mettre en évidence, la fragilité renvoie à la perception que la personne a d'elle-même, à sa subjectivité. A titre d'exemple, une personne ayant une appréciation négative de sa situation va s'inscrire dans un cercle vicieux avec un état de déprime, un retrait progressif de la vie sociale et le sentiment d'une santé qui s'affaiblit. Ce comportement s'aggrave progressivement et forme un cercle vicieux où l'isolement et l'état dépressif de la personne s'aggravent d'autant plus.

La recherche action vise à prévenir la dépendance en améliorant le repérage des éléments constitutifs d'une perte d'autonomie chez les sujets supposés en bonne santé fonctionnelle : ces seniors seraient alors dits fragiles. Quand le cas est détecté, il s'agit de leur permettre une meilleure qualité de vie en offrant des stratégies d'intervention plus adaptées face aux risques repérés. Pour ce faire, et pour parvenir à un repérage plus efficace de la fragilité, nous avons bâti deux hypothèses de travail. La première est la conservation des dispositifs existants, en s'appuyant sur ceux-ci. Dans les CES, il s'agit de la mesure de la vulnérabilité sociale et celle de l'état de santé perçu par la personne. Ces deux mesures s'effectuent par un questionnaire socio-administratif qui est fourni aux personnes entrant dans les centres d'examen de santé. La seconde hypothèse est fondée sur un questionnaire supplémentaire de la Haute Autorité de Santé créé et conçu

par le gérontopôle de Toulouse, ainsi qu'un questionnaire NHP centré sur la santé perçue. J'y reviendrai par la suite. Nous souhaitons vérifier si ces deux questionnaires supplémentaires permettent de mieux repérer les personnes à risque de perte d'autonomie. Cette recherche action, une fois expérimentée et évaluée en CES, pourrait être généralisée dans d'autres structures de santé ou auprès de professionnels de santé si elle s'avère intéressante pour le repérage de la fragilité.

Afin de savoir si un repérage pertinent passait par l'administration de nouveaux questionnaires aux seniors consultants des CES, nous avons produit une expérimentation organisée en deux phases, avec tout d'abord une phase exploratoire qui nous a permis de nous approprier le sujet sur la base d'entretiens conduits dans neuf CES. Cela nous permet de mieux connaître l'existant en la matière dans chaque CES et d'identifier leur approche en matière de fragilité. Il s'en est suivi une phase expérimentale qui s'est étalée du 15 septembre au 31 octobre, soit une période courte. Elle a été conduite dans huit CES ayant accepté de participer à Bobigny, Lyon, Saint-Etienne, Limoges, Lille, Reims, Nancy et Nîmes. La population cible porte sur des personnes de 65 ans et plus venues passer un examen périodique de santé.

Nous avons recouru à un certain nombre d'outils pour améliorer le repérage de la fragilité. Commençons par ceux qui sont utilisés actuellement en CES. Le consultant senior, dès son arrivée, remplit un questionnaire socio-administratif de onze questions avec des réponses scorées donnant lieu à la détermination d'un score EPICES. Le consultant y évalue son état de santé entre zéro et dix. Nous avons recouru à deux autres questionnaires qui ne sont pour l'instant pas utilisés dans les CES, pour savoir si le repérage pouvait passer par ces deux questionnaires supplémentaires. Le NHP est un questionnaire d'auto-évaluation qui porte sur la santé subjective et comporte 38 questions dans six domaines de la santé : la douleur, la mobilité, le sommeil, la fatigue, les réactions émotionnelles et l'isolement social. Parallèlement, les huit CES expérimentateurs ont administré le questionnaire la HAS conçu par le gérontopôle de Toulouse pour le repérage de la fragilité en soins primaires.

Nous vous présentons en exclusivité les premiers résultats de notre recherche action. Les CES nous ont retourné 468 questionnaires. Voici les premiers constats que nous pouvons tirer de leur observation. Il y avait tout à l'heure une question sur le taux de personnes fragiles détectées. Dans le cadre de notre étude, nous trouvons 18,20 personnes sur 468. Nous remarquons également la concordance des résultats obtenus entre les réponses aux différents questionnaires. En effet, les résultats du score EPICES, du questionnaire HAS et la note de santé perçue se recoupent dans la majorité des cas. Les classifications HAS et EPICES concordent dans 68,9 % des cas. Les classifications HAS (Haute Autorité de la Santé), EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités dans les C.E.S.) et note de santé perçue concordent dans 71,8 % des cas. 84,5 % des individus interrogés présentent une réponse positive à l'un des 38 items du NHP.

Voici nos premières pistes de réflexion. Nous sommes partis du constat que le temps de l'examen périodique de santé en CES est contraint : il dure 2 heures 30. Outre la contrainte du temps, il existe une contrainte financière. Ces examens s'inscrivent dans une logique médico-économique tournée vers l'efficacité. Pour revenir vers un repérage plus efficace et plus rapide de la fragilité, deux pistes sont en cours de réflexion. La première serait d'adopter la posture la plus exhaustive, ce qui passerait par l'action de compléter l'actuel questionnaire de santé en CES en y ajoutant le questionnaire HAS. L'autre possibilité est de conserver une posture plus généraliste en maintenant la note de santé perçue et l'appréciation EPICES comme seuls outils de repérage de la fragilité. D'après le questionnaire HAS, seules 5,2 % des personnes fragiles ne sont pas repérées par le score EPICES, et 6,8 % d'entre elles ne sont pas repérées par la note de santé perçue.

Je tiens à préciser que cette enquête a été conduite sur une courte période auprès de 500 personnes, soit un échantillon représentatif. Il s'agit de premières pistes dégagées à la suite de cette expérimentation. La mise à plat des résultats et leur analyse croisée et plus

approfondie ne sont pas finalisées. Elles feront l'objet d'un rapport. Je vous remercie de votre attention.

#### **Jean-Pierre AQUINO**

Merci Pauline Germaine pour cette présentation. Peut-être y a-t-il des réactions dans la salle ? Le score EPICES n'est-il pas davantage un score de précarité plutôt qu'un score de vulnérabilité ?

#### **4) Quelle place pour les Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie ?**

##### **Norbert DEVILLE**

C'est effectivement un score de vulnérabilité. Dans les CES, nous avons opté pour une approche multicritère de la vulnérabilité. Nous avons donc onze questions discriminantes sur un total de 42. Elles sont statistiquement pertinentes. Nous avons calculé un score sur 100. A partir de la base de données des CES, nous avons regardé ce score, et vérifié si l'état de santé se dégrade quand il s'élève. C'était effectivement particulièrement le cas. Nous avons publié la totalité de ces résultats en 2005 dans le BEH (Bulletin Epidémiologique hebdomadaire). C'est une base qui représente plus de 2 millions de personnes.

Je voulais tout d'abord remercier Pauline GERMAINE pour cet exercice qui n'était pas facile. Nous venons de produire les résultats. Elle s'est merveilleusement débrouillée. C'est intéressant de faire le lien avec cette étude où l'on voit qu'il faut réellement se pencher sur la réflexion micro-économique. Alors que le questionnaire socio-administratif ne se résume pas au score EPICES et à la note de santé perçue car il comporte d'autres questions, notamment sur les antécédents médicaux des personnes, faut-il ajouter un autre questionnaire sachant que le différentiel est de 5 % ? Au travers des examens cliniques et paracliniques des CES, sur les thématiques particulières que nous sommes en train de valider avec la HAS à savoir la prévention des chutes, les troubles anxio-dépressifs, l'amnésie et la iatrogénie médicamenteuse, la collecte de données singulières ne permettra-t-elle pas de récupérer ces 5 % ? Faut-il créer du temps supplémentaire de questionnement alors que notre temps est contraint, en passant plutôt du temps sur l'examen clinique et paraclinique ? Ceux-ci doivent être pertinents en CES puisqu'il ne s'agit pas d'une consultation de 12 minutes, la durée moyenne d'une consultation chez un médecin traitant en France.

##### **Jean-Pierre AQUINO**

Y a-t-il une typologie particulière des personnes consultant ces centres d'examen de santé et qui ont été retenues dans cette étude ? Au niveau national, y a-t-il un indicateur particulier ?

##### **Norbert DEVILLE**

Nous recevons 500 000 consultants par an sur le territoire français, dont 250 000 ont plus de 55 ans. Sur ces derniers, un tiers sont à risque de chute. Depuis 2003, nous essayons d'atteindre le quota de 50 % de personnes vulnérables dans les Centres d'Examens de Santé. Ce chiffre a été atteint en 2009 et, depuis, nous tâchons de faire en sorte de l'augmenter. Ce n'est pas seulement sur le front de la vulnérabilité, mais aussi sur le repérage de la fragilité. Ce service est caractéristique des centres d'examen de santé. Nous le faisons lors du repérage et en organisant l'examen périodique de santé. Par ailleurs et par exemple, depuis 2006, nous avons mis en place l'éducation thérapeutique en CES : 50 % des personnes suivant ces programmes sont vulnérables au sens du score EPICES. Nous avons des dialogues étudiés avec les consultants, nos professionnels sont formés. Nous ne nous adressons pas de la même façon à une population en difficulté, précaire, au niveau d'éducation peu élevé. Les messages doivent être compris ; il faut

donc les travailler pour les faire comprendre. Il faut aussi savoir si le message est partagé. C'est un point fondamental : savoir si le message qu'on veut faire passer est passé. Un dépliant ou une information que l'on donne n'y parvient pas nécessairement.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Il y a donc une méthodologie particulière dans les centres d'examen de santé pour répondre aux besoins de la population de plus de 65 ans. Quelle est la place du CETAF dans l'organisation de cette prise en compte de la fragilité ?

### **Norbert DEVILLE**

Il s'agit du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé. Il a été créé à l'initiative de la Caisse Nationale d'assurance maladie en 1994. Il a intégré Saint-Etienne en 2003. Il avait vocation à se développer de façon importante. Les restrictions budgétaires ont ralenti ce développement. L'effectif est de 50 personnes, dont une partie à Paris et l'autre à Saint-Etienne où travaillent une quarantaine de personnes. Les profils sont très divers : médecins, épidémiologistes, statisticiens, administratifs, ainsi que des nutritionnistes et des sociologues qui travaillent sur les sujets qui nous concernent. L'offre des CES est en fait élaborée par le CETAF pour le compte de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Nous sommes en train de rénover l'examen périodique de santé, notamment pour identifier les risques encourus par les personnes mais aussi pour agir sur leurs comportements. Dans le système de management intégré de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, les CES sont ciblés sur le macro-processus « agir sur les comportements de santé ». Cela signifie qu'il faut élaborer des approches comportementales, qu'il faut repenser l'examen de santé et la forme de la synthèse des médecins traitants, identifier les bons comportements et ceux qui sont déviants, et accompagner dans le système de soins les personnes qui ont été repérées. Quand ce sont des seniors avec des risques de chutes modérés, nous pouvons les orienter vers les ateliers « Equilibre » de la CNAV ou les centres AGIRC-ARRCO en fonction des territoires. Si une personne a une plainte mnésique avérée, nous l'orienterons plutôt vers des consultations « mémoire ». Ce système de partenariats fonctionne dans les deux sens. L'an passé, les consultations mémoires nous ont apporté des aidants. Nous avons constaté qu'un tiers d'entre eux était épuisé, ce qui confortait les analyses faites précédemment par l'INPEIS (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)

Nous conduisons donc un travail important de refonte de l'examen de santé. Nous le modulons selon les populations : jeunes, juniors, seniors. Pour les seniors, nous intervenons sur les thématiques listées par la loi de santé publique 2004 et qui sont la prévention des chutes, le repérage de la plainte mnésique, et les troubles anxio-dépressifs. La Haute Autorité de Santé a validé le premier module sur la prévention des chutes, avec les stratégies d'intervention qui suivent le repérage du risque de chute. Le directeur de la Caisse Nationale a saisi la Haute Autorité de Santé sur les autres thématiques ainsi que sur les stratégies d'intervention qui les accompagnent. N'oublions pas que le médecin traitant est à chaque fois informé du parcours du consultant en centre d'examens de santé. Il reste son référent. Ce travail est en cours. Il est évident que le temps est contraint. A chaque fois, la question de l'analyse de l'efficacité doit être posée. Nous sommes, comme tout le monde, soumis aux restrictions budgétaires. Nous devons faire en sorte d'être de plus en plus pertinents.

La déclinaison de l'examen de santé est étudiée au regard des populations que nous accueillons. Les partenaires ont donc un rôle très important à jouer. En effet, qui connaît mieux les seniors que la CNAV ? Qui connaît mieux les familles monoparentales que la CNAF, les foyers que l'UNAF, les personnes venant en Centres Sociaux que l'UNCCAS ? Le CETAF a des partenariats avec toutes ces Institutions, ainsi qu'avec Pôle emploi. L'objectif est d'amener les Caisses Primaires à passer des conventions avec ces grandes institutions qui effectueront le ciblage et offriront peut-être des possibilités de stratégie d'intervention en amont de sorte que nous accueillions les plus vulnérables en CES. La problématique formulée par le Haut conseil sur l'avenir de l'Assurance maladie en

2003, lorsque j'ai pris mon poste au CETAF, et c'est dire l'importance de la coordination des acteurs, est que le montant des sommes consacrées à la prévention en France est peut-être suffisant. Le vrai sujet porte sur la coordination des acteurs. A ce titre, les centres d'examens de santé me semblent être au centre du dispositif, peut-être unique en Europe, avec 113 structures réparties sur l'ensemble du territoire. Il faut reconnaître que cette couverture territoriale est parfois déficiente dans certaines régions, mais elle s'est améliorée. Elle permet aux acteurs d'avoir un point d'appui en prévention, grâce à ce repérage, à des actions d'accompagnement et d'intervention ensuite et en fonction des facteurs de risque repérés, ainsi que des études expérimentales, parfois de courte durée comme celle de l'école EN3S et parfois de longue durée comme la cohorte Constances qui suit 200 000 personnes à long terme pour en tirer des enseignements généraux sur la santé publique en France. Nous avons cette chance. Les acteurs avec qui l'on coopère le savent.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Votre discours me convient parfaitement puisque les CES représentent un des principaux maillons nationaux du repérage de la fragilité. L'orientation que vous souhaitez donner me semble donc légitime. De surcroît, l'hôpital ne peut pas tout faire. Pour résumer les prises de parole de la matinée, je nous vois bien armés contre la fragilité avec le plan P3A, les observatoires de la fragilité, la grille d'évaluation et les CES. Nous ne pouvons que nous réjouir de la contribution de la CNAV, de la CNAM, du -RSI, de la MSA et de tous ceux qui contribuent à enrichir cette thématique. Sur le plan scientifique, trois études contributives nourrissent notre réflexion. On ne pourra pas nous accuser de ne pas avoir mis les moyens pour remporter la bataille de la fragilité.

### **De la salle**

A propos du rôle important du médecin traitant, comment celui-ci peut-il être efficace dans des régions qui sont des déserts complets et où il faut faire des kilomètres pour consulter ?

### **Norbert DEVILLE**

Vous soulevez un problème majeur. Néanmoins, les acteurs qui n'ont pas cette vocation ne peuvent pas jouer le rôle du médecin traitant. Les CES, par exemple, n'ont pas vocation à se transformer en centres de soins. En revanche, certaines structures pluridisciplinaires comme les Maisons de santé pourraient y parvenir. Il appartient à la Caisse d'Assurance Maladie de travailler sur la couverture géographique. La permanence des soins est une question fondamentale sur laquelle certains d'entre nous travaillent quotidiennement.

### **Jean-Pierre AQUINO**

La télémédecine doit être une des réponses à la question que vous posez, Madame, bien que la question de la tarification de ce type d'acte ne soit pas encore élucidée.

### **Michel NOGUES**

Je tiens à dire que ce point ne nous a pas échappé. Les observatoires listent ces territoires où il est difficile de trouver des intervenants. Pratiquement dans toutes les régions, et particulièrement dans la nôtre, les financements sont priorisés pour les territoires qui souffrent d'un déficit d'acteurs médicaux.

### **Norbert DEVILLE**

J'ajoute que, depuis 2014, chaque questionnaire établit un plan de repérage des situations de rupture où sont identifiées les structures capables d'intervenir. Celui-ci est communiqué à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. A Lille, une plate-forme

expérimentale tente de résoudre les problèmes de couverture médicale en orientant les assurés vers d'autres structures, sur des territoires contigus.

#### **De la salle**

Les tests de la recherche action portent sur les femmes. Qu'en est-il des hommes ?

#### **Norbert DEVILLE**

Il apparaît, de façon générale, que les femmes sont 20 % plus concernées par les problématiques de fragilité que les hommes.

#### **Nicolas SIRVEN**

Les femmes sont effectivement plus fragiles que les hommes, tant sur le plan clinique que sur le plan économique.

#### **Antonin BLANCKAERT**

Avec le CETAF, nous voyons que les femmes sont plus exposées au risque de chute. Les bénéficiaires sont majoritairement des femmes seules, isolées, avec de faibles ressources. Comme vous le savez, plus on avance en âge, plus la proportion de femmes dans la population augmente.

#### **Michel NOGUES**

D'autre part, on constate une différence de la nature du risque selon les sexes. On peut dire, par exemple, qu'on rencontre plus de problèmes de motricité chez les hommes et plus de problèmes de stress chez les femmes.

#### **Nicolas SIRVEN**

Je vois deux explications majeures à cette différence entre les hommes et les femmes. La première serait de nature physiologie, avec une capacité de résistance physique supérieure chez les hommes. La seconde serait de nature comportementale, les femmes étant les premières personnes aidants, ce qui entraîne de l'épuisement.

Au niveau européen, nous remarquons que les pourcentages sont plus élevés dans les pays du Sud que dans les pays du Nord. C'est corrélé au type de l'aide apportée à l'entourage, cette aide étant plutôt de nature publique dans le Nord alors qu'elle est de nature privée dans le Sud.

#### **Jean-Pierre AQUINO**

Voici une bonne nouvelle. L'incidence de la maladie d'Alzheimer est en baisse dans la majorité des pays industrialisés. Cela s'explique grâce à l'activité professionnelle accrue des femmes, laquelle représente une stimulation cognitive permanente. Ce n'était pas le cas jadis.

## IV - LA PREVENTION INDIVIDUELLE ET L'ÉVALUATION AU SERVICE DE LA PREVENTION POPULATIONNELLE

*Participent à cette table ronde*

*Jean ROBILLARD, chirurgien-dentiste*

*Véronique BOUVIER, directrice d'EHPAD*

*Xavier ARDILLON, docteur en pharmacie de la Mutualité française de la Loire*

*Dominique GENTIAL, directrice MSA Ardèche/Drôme/Loire*

*Sylvie SALAVERT, directrice de l'Action sociale, CARSAT Rhône-Alpes*

*Emmanuel MONFORT, maître de conférences, Université Pierre Mendès France, Grenoble*

*Etienne LOTTIN, directeur adjoint de l'Action sociale, directeur du réseau Action sociale de Malakoff Médéric*

*Emilie ROUECHE, intervenante du Centre Hygée, Paris*

*Jean-Pierre AQUINO, Président du comité Avancée en âge, assurait le rôle de modérateur*

### 1) Rapport introductif

*Olivier ROUX et Elsa AZOUZ, élèves de l'école EN3S, interprètent une saynète.*

*Monsieur Mougeot rencontre sa voisine, Pierrette, et lui raconte son évaluation par les services sociaux du Conseil Général.*

*La voisine : Salut Georges, comment vas-tu ?*

*Mr Mougeot : Salut Pierrette, ben ça ne va pas trop mal, je viens d'être évalué à nouveau, le mois dernier c'était la CARSAT et là le Conseil Général est venu ... Depuis l'école, je n'avais jamais été autant évalué ! En plus, je ne sais même pas si mes résultats d'évaluation sont bons ! Je me demande à quoi ça sert finalement tout ça ?*

*La voisine : Oui c'est compliqué toutes ces évaluations... ils voulaient remplir une grille pour agir c'est ça ?*

*Mr Mougeot : Oui ils voulaient vérifier mes capacités à réaliser certains actes de la vie quotidienne en fonction de la grille AGGIR ils ont dit...*

*La voisine : C'est bien au moins ils t'ont posé des questions à toi et ils se sont pas contenté de prendre l'avis de tes enfants !*

*Mr Mougeot : Ah oui heureusement, les enfants ils dramatisent beaucoup...on se demande s'ils n'ont pas une idée dernière la tête... je ne suis pas encore bon pour l'hospice ! Je lui ai même dit d'aller interroger l'aide à domicile qui vient m'aider à la maison, elle le voit bien elle que je suis encore capable de faire plein de choses tout seul !*

*La voisine : Ah oui t'as bien fait ! En plus, franchement, y a beaucoup de choses qui ont changé pour toi entre les deux évaluations ?*

*Mr Mougeot : Oui, un peu quand même ...Depuis, j'ai plus de mal à monter les escaliers, la semaine dernière, je me suis d'ailleurs fais mal à la jambe en ratant une marche...mais ce n'est pas grave j'ai une chambre en bas. Après, en dehors des escaliers, tu sais, je marche comme un jeune homme ! Tu veux que je te montre ?*

*La voisine : Oui, oui Georges je sais bien, mais quand même c'est difficile entre les escaliers et la baignoire...ils t'ont pas proposé des solutions ?*

*Mr Mougeot : Ah oui, c'est vrai qu'il y a la baignoire aussi qui pose problème dans ma maison. Du coup, ce qui était bien, c'est qu'ils m'ont même proposé des nouvelles technologies...très utiles à ma situation il paraît : la téléassistance, les lits médicalisés intelligents...mais bon ce n'est pas gratuit toutes ces inventions ! Quand j'ai demandé si eux ils pouvaient payer, ils m'ont dit qu'on allait refaire une évaluation...*

*La voisine : Enfin ce n'est pas ça le plus compliqué, moi c'est les médicaments qui me compliquent la vie, j'ai une ordonnance, je te raconte pas...*

*Mr Mougeot : ah oui regarde la mienne ! Elle est longue comme le bras ! D'ailleurs, des fois, 3 cachets rouge, 2 jaunes, 1 bleu... je t'avoue que j'ai peur de me mélanger un peu les pinceaux... D'ailleurs, mon petit-fils il fait des études de pharmacie et il me dit souvent « pépé, t'as trop de médicaments. Il faut voir ton docteur parce qu'y a trop d'génie dans tout ça ! », Je ne comprends pas bien ce que ça veut dire mais apparemment c'est pas trop bon... Pourtant, si je deviens un génie avec tout ça moi je suis preneur ! ».*

*La voisine : Je crois qu'il parlait des risques de « iatrogénie médicamenteuse » en fait ! C'est des risques d'interaction néfaste entre plusieurs médicaments par exemple... En parlant de génie tiens, et ta mémoire t'as pas de soucis là-dessus toi ?*

*Mr Mougeot : Ben c'est vrai que je me rappelle pas de tout mais bon, vu tout ce qu'on entend à la télé ce n'est pas bien grave non ? Moi à la télé je regarde que le sport de toute façon, comme ça je fais plaisir à l'assistante sociale qui m'a dit de faire de l'activité physique !*

*La voisine : Oui ce n'est pas faux ça mais bon c'est vrai que quand on a un peu de surpoids les articulations souffrent. Un peu de marche ça soulage. Et ton sommeil, il est comment toi ?*

*Mr Mougeot : Oh ben ma femme elle disait que je ronflais comme une locomotive mais maintenant qu'elle est morte, ça gêne plus personne tu sais !*

*La voisine : En parlant de ça elle a dû te poser des questions sur ton entourage pour savoir si tes proches pouvaient t'aider et te rendre visite?*

*Mr Mougeot : Si bien sûr, pour les voisins, je lui ai expliqué qu'à part toi, c'était plutôt limité. Ici c'est la campagne. Avant y avait bien Ginette et son mari mais lui il pouvait plus s'occuper d'elle, du coup, ils sont partis à la maison de retraite. A l'EHPAD ils ont dit ! Sinon mon fils, il vient de temps en temps mais pas souvent, puis il râle, il dit qu'il n'a pas le temps...En fait, il est loin et il a trop de boulot...Après mon petit-fils, le pauvre, ce n'est pas facile pour lui... il fait ses études...Georges cherche quelque chose dans sa bouche et dit à Pierrette : « mince, je viens encore de perdre une dent ! ».*

*La voisine : Tu penses à faire un brossage régulier de tes dents ? A quand remonte ton dernier rendez-vous chez le dentiste ?*

*Mr Mougeot : Je me les brosse tous les jours mais avec l'âge ça ne va pas en s'arrangeant de ce côté-là, tu le sais bien ! Quant au dentiste, je veux bien y aller mais il est loin d'ici, je ne peux plus conduire...J'ai demandé à l'assistante sociale si elle pouvait m'emmener, mais elle m'a dit qu'elle n'avait pas le droit !*

*La voisine : N'empêche, si on récapitule tout depuis le début, ça fait beaucoup de petits soucis qui interrogent sur ton degré d'autonomie. T'as quel âge déjà ?*

*Mr Mougeot : 83 ans pourquoi ?*

*La voisine : Et elle t'a pas demandé si t'avais déjà pensé à aller dans un EHPAD ?*

*Mr Mougeot : Pourquoi ? Tu crois qu'ils ont des dentistes là-bas ?*



**Jean-Pierre AQUINO**

Je laisse tout de suite la parole à Jean Robillard et Véronique Bouvier.

**2) Prévention Bucco-dentaire des seniors dans les EHPAD****Jean ROBILLARD**

Bonjour à tous. Je vais tout d'abord présenter l'association Prévention bucco-dentaire seniors créée en 2013 à l'initiative de Seniors Autonomie. Son objet est la prévention et le dépistage des problèmes bucco-dentaires des seniors dans les établissements d'accueil pour les personnes âgées dans le département de la Loire. Cette association réunit un grand nombre d'organisations. Celles-ci ont permis de réaliser les interventions. (1)

En novembre 2013, l'association PPDS a proposé aux personnes âgées vivant en institution un dépistage bucco-dentaire. Depuis un an, un fauteuil mobile équipé pour les examens classiques circule dans 17 établissements de la Loire, accueillant des personnes âgées dépendantes. Nous avons ainsi pu voir 1 030 résidents environ en un an. Ils ont bénéficié des consultations réalisées par les quatre chirurgiens-dentistes intervenant. Les résultats portent sur 78 % de femmes et 22 % d'hommes. 83 % de cette population est âgée de 80 à 100 ans. Pour 64 % des résidents, la dernière visite date d'au moins trois ans. Il s'agit plutôt de non-réponses, dans la plupart des cas, par défaut de mémoire, ou l'entourage étant ignorant sur la question. Presque deux personnes sur trois disposent d'une prothèse mobile, et 17 % d'entre elles ne les portent pas parce qu'elles ne sont plus adaptées ou parce que les personnes sont gênées par cet appareillage. La plupart des établissements nous ont avoué avoir une caisse des dentiers perdus. Il est pourtant possible de demander au laboratoire de prothèses dentaires de les marquer au nom du bénéficiaire lors de leur conception. Parmi les personnes qui ont eu des prothèses et qui ne les portent pas, 48 % le justifient par une gêne, l'appareil n'étant plus adapté, 28 % disent l'avoir perdue et 20 % jugent la prothèse inutile car ils se sont habitués à la nourriture mixée servie dans les établissements. La plupart des prothèses sont anciennes ou très anciennes. Elles deviennent souvent inadaptées du fait de l'amaigrissement des personnes.

Concernant la fréquence du brossage des dents, le bilan est très négatif, et ce résultat nous a frappés. La perte d'autonomie de ces personnes leur empêche parfois d'effectuer elles-mêmes des gestes pourtant très simples et quotidiens comme brosser ses dents ou son appareil. Dans ces maisons, nous avons rencontré du personnel dévoué, compétent, attentif, ayant souvent de l'empathie pour les résidents. Néanmoins, il est en nombre insuffisant et peu formé à l'hygiène bucco-dentaire. Il existe trois structures qui dispensent des formations à l'hygiène bucco-dentaire au personnel des maisons de retraite. Il s'agit de l'UFSBD, HSBD et de la Mutualité Française. La mauvaise hygiène est une gêne pour le sujet mais aussi pour l'entourage. Avoir une bouche sale est désagréable, provoque de la douleur, des malnutritions et un défaut d'esthétique. Nous avons observé un grand nombre de bouches en mauvais état : dents cariées, fracturées ou à l'état de racine. Les conséquences peuvent aller jusqu'à la malnutrition, car la mastication est malaisée. Cela peut aussi engendrer une mauvaise image de soi. Cependant, nous n'avons jamais rencontré de patients souffrant des dents. En effet, le vieillissement du corps entraîne la calcification, puis la disparition du nerf à l'intérieur des dents.

Malgré tout, il y a des indications d'extraction de racines en cas de risque de blessures. Des conseils et des préconisations ont ainsi été établis à l'issue de ces consultations. Nous avons trouvé très peu d'urgences à traiter, mais conseillé un suivi ou une surveillance particulière pour 43 % des résidents. 30 % d'entre eux se sont vu prescrire un traitement. Pour 23 % d'entre eux, l'état de santé global étant fortement dégradé, nous nous sommes abstenus de prodiguer des soins pour éviter l'acharnement thérapeutique.

En conclusion, nous avons conseillé l'amélioration de l'hygiène qui nous semble essentielle, des soins pour un nombre élevé de résidents. Le détartrage, par exemple, évite que les dents se déchaussent et tombent prématurément. Il y a eu également des caries à traiter, des racines à extraire et des prothèses à adapter. Les risques encourus sont les blessures dans les bouches, des risques infectieux, les bactéries passant dans le reste du corps pouvant provoquer des infections à distance, des risques cardio-vasculaires, un risque de dénutrition, des difficultés de communication pour maintenir le lien social, et une gêne esthétique. Nous savons que ces personnes en perte d'autonomie rencontrent des difficultés pour se déplacer et se rendre en cabinet. Avec ses partenaires, l'Association a donc réfléchi à une solution permettant de délivrer des soins de confort et des adaptations de prothèses simplement et sur site. Notre but est de déplacer un cabinet dentaire dans un camion aménagé pour se rendre d'un établissement à l'autre. Une intervention a été faite en ce sens auprès des Agences Régionales de Santé afin d'assurer une prise en charge sur site des patients concernés. Cette démarche n'a reçu aucune réponse à ce jour. Nous persévérons dans l'espoir de réussir.

(1) Les résultats statistiques de la mission en EHPAD menée par PBDS sont disponibles sur le site [defi-autonomie.com](http://defi-autonomie.com)

### **Véronique BOUVIER**

Bonjour. Je suis directrice de l'EHPAD Sainte-Elisabeth qui compte 85 résidents à Saint-Etienne. Nous avons pu bénéficier de l'action que vient de vous présenter Jean Robillard, ce dont je vais témoigner brièvement.

La mise en place d'une démarche bucco-dentaire ne va pas de soi pour un EHPAD. En effet, la démarche qualité mise en place dans l'établissement ne comporte pas la thématique de la prévention bucco-dentaire. D'autres thématiques sont obligatoires, comme la prévention des chutes, la lutte contre la douleur ou les infections, la dénutrition. Pour autant, c'est important pour la qualité de vie des résidents à la fois sur le plan de la santé, de la nutrition mais aussi de l'estime de soi. En effet, la bouche est le lieu du sourire, de la communication et de la relation à l'autre. En pratique, en dehors de cette action, il n'y a pas de dentiste sur place dans les EHPAD alors que de nombreux praticiens interviennent quotidiennement. Ainsi les proches des résidents ou le personnel de l'établissement s'organisent-ils quand un soin est nécessaire. Il faut prendre rendez-vous, se rendre en consultation, avec tous les frais financiers que cela suppose. De plus, les cabinets de consultation ne sont pas nécessairement équipés pour accueillir une personne passablement handicapée. Tous ces freins expliquent que la dernière consultation des résidents date souvent de plus de trois ans. Cette action-là était donc importante pour nous.

Cinquante-deux personnes âgées ont été examinées en trois jours, ce qui aurait nécessité un effort surdimensionné si nous avions dû organiser leur consultation dans un cabinet extérieur. En pratique, il a tout de même fallu mettre à disposition un local équipé d'un point d'eau et pouvant accueillir un fauteuil avec des roulettes pendant plusieurs jours. Cela a mobilisé une aide-soignante durant trois jours pour assurer le transfert des résidents, leur installation et le contact avec le praticien. Il a fallu organiser l'ordre de passage et demander l'autorisation de soin. Nous avons donc écrit un courrier aux familles où nous avons expliqué ce que nous allions faire et à quelle date, que ce n'était pas un soin mais un simple examen diagnostique et préventif, en demandant aux familles une non-opposition. Au cas où des soins seraient dispensés, je pense qu'il faudrait aller plus loin et demander aux familles un accord formel par écrit.

Concernant le bilan, nous aurions aimé avoir une statistique précise : savoir si les préconisations des dentistes ont été réalisées. Cela signifie le déplacement de la personne âgée à l'extérieur de l'établissement puisque le soin n'était pas apporté à l'intérieur, ce qui représente un frein important. Nous n'avons pas réalisé cette étude qui nous semblait un peu lourde. Néanmoins, nous avons reçu les feuilles individuelles avec le bilan détaillé et les préconisations pour chaque personne. Nous avons été impressionnés par

l'hétérogénéité de l'état dentaire de nos résidents, du très bon au très mauvais. Une partie du questionnaire portait sur l'appréciation subjective de leur état bucco-dentaire par les patients et, là encore, nous remarquons une grande hétérogénéité, certaines personnes édentées estimant que leur état bucco-dentaire est bon, et d'autres ayant une excellente dentition estimant qu'elle est dégradée. Enfin, cette action nous a permis de prendre conscience de l'importance de cet aspect. Nous avons donc décidé d'agir pour mettre en place une politique de prévention et d'hygiène bucco-dentaire à destination de nos résidents.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Merci. Voici une suggestion pour les directeurs d'EHPAD présents dans la salle : demandez un examen bucco-dentaire obligatoire chez un dentiste libéral avant d'admettre un nouveau résident en institution. Vous aurez ainsi un inventaire précis, et pourrez faire engager des soins avant qu'ils ne deviennent compliqués à réaliser.

J'appelle à présent Xavier Ardillon.

### **3) Prévention de la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD**

#### **Xavier ARDILLON**

Merci. La iatrogénie médicamenteuse est un enjeu majeur de santé publique. A la lecture des différents rapports et articles produits sur le sujet au cours de l'histoire, nous constatons qu'il y a plus de 100 000 hospitalisations par an en France dues à la iatrogénie médicamenteuse. Elles se concluent par plusieurs milliers de décès chaque année. C'est donc un enjeu de santé publique. Aujourd'hui, nous allons nous concentrer sur la iatrogénie en EHPAD.

La population âgée est particulièrement exposée. Les effets médicamenteux indésirables sont deux fois plus nombreux après 65 ans. Ils sont responsables de 10 % des hospitalisations chez le sujet âgé, et de 20 % des hospitalisations chez les résidents d'EHPAD âgés de plus de 80 ans. La personne âgée est plus vulnérable car le vieillissement provoque des modifications importantes du métabolisme. L'absorption et l'action du médicament sont donc modifiées. C'est une population poly-médicamentée qui présente plusieurs pathologies, une baisse de l'autonomie et une dénutrition. Les personnes âgées sont donc particulièrement exposées aux effets indésirables des médicaments et à la iatrogénie médicamenteuse. Nous savons que plus de 30 % des effets indésirables des médicaments en EHPAD seraient prévisibles et évitables.

Aujourd'hui, le propos traite essentiellement de la iatrogénie médicamenteuse évitable. C'est l'erreur médicamenteuse qui, en EHPAD, provient de la succession de plusieurs dysfonctionnements sur tout le circuit du médicament en EHPAD avec tous les acteurs qui sont concernés. Le circuit du médicament débute généralement par une étape de prescription. C'est un acte médical réalisé par le médecin. La deuxième étape est pharmaceutique. Il s'agit de la dispensation effectuée par le pharmacien ou le préparateur. La troisième étape est l'administration. Il y a également des étapes intermédiaires, dites de transcription, et sur lesquelles on trouve aussi des erreurs. Dans le projet développé par la Mutualité française Loire, l'objectif est de travailler sur le circuit du médicament en apportant une valeur ajoutée particulière sur la dispensation par la PDA. Je vais vous expliquer ce concept. La PDA permet d'informatiser et de sécuriser les différentes étapes du circuit du médicament. Le circuit du médicament du prescripteur à l'administration est un circuit complexe où intervient un grand nombre de professionnels de santé, des libéraux et des salariés d'établissement avec des pratiques, des cultures souvent différentes. Ce projet permet de sécuriser le circuit à partir d'une réflexion globale coordonnée avec tous les professionnels et s'appuyant sur les recommandations institutionnelles en vigueur.

PDA signifie « Préparation des Doses Administrées ». Dans le cas présent, il s'agit d'une PDA automatisée. L'automate va produire et fabriquer des sachets nominatifs qui

représentent une prise de médicament : celle du matin, celle de midi, celle du soir. Des dizaines d'automates aujourd'hui installés en France contribuent à cette production. Leurs capacités et leurs performances diffèrent. Nous avons choisi une machine pouvant intégrer 500 références de médicaments, lesquels sont triés automatiquement pour fabriquer les sachets. Il s'agit de sachets transparents, qui représentent une prise, sur lesquels apparaissent le nom du patient, celui du médecin et celui de l'établissement, la date de la prise avec le jour et l'heure, le nom, le dosage, la quantité, la forme, la couleur et la description du médicament. L'ouverture est facilitée pour les équipes soignantes, ainsi que le stockage. A la place des grands semainiers, un ruban de sachets est produit pour la semaine et pour chaque patient. Cela représente un faible volume facile à stocker, qui évite la préparation du pilulier par le personnel de l'EHPAD. Le temps estimé de cette préparation est de 15 à 20 heures pour 100 lits. L'automate, par un système mécanique informatisé, permet de sécuriser la production. Les lots sont traçables et numérotés sur chaque sachet. La PDA optimise l'organisation d'une séquence de soins du médecin au patient. En décortiquant le circuit du médicament, nous étudions des logiciels performants d'aide à la prescription à l'usage des médecins libéraux intervenants en EHPAD. Nous avons aussi effectué un travail important avec ces derniers, les coordinateurs, les équipes soignantes et les pharmaciens pour définir un livret thérapeutique, c'est-à-dire une liste restreinte de médicaments. Elle peut toutefois accueillir plus de 500 molécules. Elle permet de définir des produits plus adaptés aux personnes âgées, et mieux connus des équipes. Leurs effets sont donc mieux identifiés.

L'informatisation complète du circuit représente un facteur clé de réussite du projet. La prescription réalisée au sein de l'EHPAD sera totalement informatisée et transmise de façon dématérialisée au logiciel de pharmacie. Le pharmacien analyse et valide l'ordonnance, valide la production de sachets dans un outil totalement interfacé avec la prescription ce qui évite les erreurs de transcription, de lecture et d'interprétation d'ordonnance.

**Jean-Pierre AQUINO**

Vous utilisez le mot projet. Etes-vous passés à l'action ?

**Xavier ARDILLON**

Oui. L'automate a été livré. Nous travaillons avec les éditeurs de logiciels métiers. Nous commençons en mars 2015. La Mutualité Française Loire porte ce projet dont l'ambition est de livrer la PDA à tous les établissements du département, soit une quinzaine, lesquels accueillent plus de 1 000 lits.

**Jean-Pierre AQUINO**

Au bout de combien de temps allez-vous évaluer votre action ?

**Xavier ARDILLON**

Nous avons déjà du recul par rapport aux expériences conduites dans d'autres régions. Dans les autres régions, nous avons visité des pharmacies qui n'étaient pas interfacées. Notre volonté est d'interfacer toutes les étapes pour limiter au maximum les erreurs.

**Jean-Pierre AQUINO**

D'accord. Vous sécurisez le circuit du médicament et vous contribuez en partie à la sécurisation de la prescription. Il reste néanmoins la question de celui qui prescrit, à savoir le médecin. Un travail de pédagogie de la complexité des prescriptions médicamenteuses du sujet âgé est déjà engagé par la HAS et n'est pas encore abouti. Ces deux actions sont conjointes et complémentaires.

**Xavier ARDILLON**

Tout à fait. Ce projet implique tous les professionnels, dont le médecin qui est le premier concerné. Libéral, il a parfois des difficultés pour se rendre en EHPAD aux heures convenues.

**Jean-Pierre AQUINO**

Très bien. Merci de cette présentation. J'appelle à présent Dominique Gential. Le Groupement Inter Régimes Atouts Prévention Rhône-Alpes a été créé il y a plus d'un an. Quels enseignements pouvez-vous d'ores et déjà en tirer ?

**4) Atouts Prévention Rhône-Alpes : l'engagement des Caisses de retraite****Dominique GENTIAL**

Le premier enseignement va au-delà de ce que nous avons pu dire sur l'intérêt du partenariat. En effet, il s'agit d'un groupement. Nous sommes donc passés d'un partenariat existant entre les différentes Caisses de retraite obligatoire à un Groupement. Cela signifie que nous portons une même politique. Nous n'avons plus besoin de nous coordonner car le groupement porte la politique. Il s'agit d'une politique active, et nous pouvons déjà tirer quelques enseignements de notre action depuis la naissance du groupement ici même l'an passé.

Je vous rappelle nos objectifs. Le premier est de permettre à chaque retraité, quel que soit son régime d'affiliation, de pouvoir bénéficier des mêmes offres de prévention. Le second objectif est de mutualiser l'ensemble de nos moyens financiers qui s'amenuisent pour optimiser les offres. Le dernier objectif est de créer une évaluation identique pour l'ensemble des organismes de retraite.

Au bout d'un an, le bilan est extrêmement intéressant. Il a fallu mettre toutes les offres des sept organismes de retraite dans la même « valise ». Ce ne fut pas simple mais nous avons réussi à produire un catalogue de l'ensemble des offres proposées aux retraités, puis à communiquer ensemble sur ce catalogue plutôt que de façon individualisée. Nous le faisons sur un site internet commun accessible tant aux retraités qu'aux différents acteurs des territoires. Nous avons également des plaquettes d'information communes. L'offre s'est largement développée. La prévention passe d'abord par les ateliers thématiques sur des thèmes comme l'équilibre, le stress, la malnutrition, la mémoire, etc. En un an d'existence, nous avons doublé le nombre d'ateliers. Nous avons également tenu plus de conférences à destination des retraités que l'an passé.

Les caisses de retraite souhaitent également que l'évaluation soit effectuée de la même manière pour tous les Organismes de retraite. Auparavant, certaines la faisaient faire par les travailleurs sociaux de l'Etablissement et d'autres par des prestataires externes. A partir d'un cahier des charges, nous avons retenu des prestataires ayant les mêmes process et le même contrôle qualité sur tout le territoire. Nous avons aussi voulu faire reconnaître cette évaluation par d'autres partenaires, comme les Conseils Généraux. L'exemple de la Loire est intéressant à ce titre puisque l'un des groupements retenus pour l'évaluation n'est autre que le Conseil Général. Ainsi, dans la Loire, les aides de prévention, ménagères ou autres accompagnements des caisses de retraite obligatoire sont évalués une seule fois. De manière générale, nous travaillons avec les Départements pour que l'évaluation soit reconnue par les différents partenaires. J'insiste sur cette évaluation qui, pour nous, représente l'élément le plus important. Nous y avons consacré beaucoup d'énergie. En effet, cette évaluation va nous permettre de cibler l'offre la plus adaptée dans un catalogue foisonnant.

Nous avons nommé notre groupement Atouts. Nous voyons aujourd'hui que les atouts sont nombreux : une politique commune, un catalogue d'offres commun, et une évaluation commune. Dès cette année 2014, nous avons aussi essayé de développer l'offre existante

et la proposer à plus de personnes. Je prends l'exemple des ateliers chute. Ceux-ci ne couvraient pas l'ensemble du territoire. Nous avons donc lancé un appel d'offres pour les organiser sur l'ensemble de la région Rhône-Alpes. Nous avons parlé des déserts médicaux tout à l'heure, mais il y a aussi des opérateurs privés qui ne souhaitent pas intervenir sur des secteurs géographiques isolés. Sur ce point, notre groupement a constitué un avantage décisif. Je prends aussi l'exemple de la nutrition et du sport. Nous avons lancé un appel d'offres pour diversifier notre offre à ce sujet.

**Jean-Pierre AQUINO**

Vos perspectives de développement sont clairement identifiées à travers les deux exemples que vous avez cités. Y-a-t-il aussi une perspective de mutualisation des financements ?

**Dominique GENTIAL**

Oui, tout à fait. L'action des Caisses de retraite est avant tout réparatrice, notamment par un budget de plusieurs dizaines de millions d'euros d'aide-ménagère. Ce budget n'est pas mutualisé, chaque caisse étant maîtresse de son règlement intérieur. Il existe néanmoins une harmonisation des montants d'aides selon la capacité financière de chaque régime. En revanche, nous mutualisons l'évaluation ainsi que les financements des ateliers.

**Jean-Pierre AQUINO**

Vous faisiez référence à la loi. Je vous perçois comme un agent préfigurateur dans la mesure où vous avez créé un socle commun autour d'une sorte de conférence des financeurs.

**Dominique GENTIAL**

Absolument. Nous avons créé un comité des financeurs qui fonctionne dans la majorité des départements de Rhône-Alpes, avec le Conseil Général, les Caisses de retraite obligatoire et complémentaire, les Mutuelles. Nous nous réunissons environ tous les trois mois pour coordonner les politiques des uns et des autres. Je peux donc dire que, en Rhône-Alpes, nous sommes prêts pour accueillir la loi et son volet expérimental comme Madame la ministre le proposait.

**Jean-Pierre AQUINO**

Très bien. Merci pour cette présentation qui est tout à fait d'actualité. Les intervenants suivants viennent en tandem. J'appelle Sylvie Salavert et Emmanuel Monfort.

## **5) Evaluation de l'impact de la prévention**

**Sylvie SALAVERT**

Merci beaucoup. Je vais en effet introduire le programme d'évaluation et d'accompagnement en prévention conduit depuis plus de dix ans par la CARSAT Rhône-Alpes et ses partenaires. Nous avons beaucoup parlé ce matin de détection et d'anticipation des risques liés au vieillissement. En Rhône-Alpes, avec 1,2 million de retraités, le public susceptible d'être intéressé par ces programmes est nombreux.

Le point de départ est l'auto-évaluation, dont nous avons parlé avec les Centres d'Examens de Santé et qu'ils réalisent dans le cadre de leurs protocoles. Nous voulons aborder les retraités par une démarche volontariste. Nous avons la chance, si ce n'est de les connaître, du moins de payer leurs retraites. Ces programmes de prévention doivent permettre de créer un parcours pour que chacun puisse réaliser un bilan préventif lors de son départ en retraite. Les personnes en activité ont recours à la médecine du travail. Au

moment du passage en retraite, des enjeux sont à reconstruire. Nous souhaitons travailler sur les facteurs prédictifs du bien vieillir dont on a parlé ce matin : la santé, l'adaptation du logement, l'activité cognitive, le réseau social et la santé émotionnelle. Par ce bilan préventif, nous souhaitons créer une dynamique d'appropriation des messages de prévention en partant de l'évaluation d'un niveau de risque et créer des parcours de prévention qui ne seraient pas automatiques mais personnalisés. Nous souhaitons connaître l'impact de ces actions.

Pour nous, organismes de sécurité sociale et de service public, il existe un véritable enjeu. Nous souhaitons connaître l'efficacité de nos programmes de prévention. Nous souhaitons que cette prévention soit moins artificielle, qu'elle ne dure pas seulement le temps d'un atelier qui, certes, est source de réflexe et de réflexion. Nous souhaitons inscrire cette prévention dans le quotidien pour qu'elle devienne une habitude de vie. Au regard de ces enjeux d'efficacité, de qualité de service et d'accompagnement adapté des retraités, nous avons conduit un partenariat avec l'Université de Grenoble, notamment Emmanuel Monfort, dans le cadre d'un comité scientifique, pour nous aider à acquérir une méthode. Nous avons conduit une étude longitudinale à deux et cinq ans. Aujourd'hui, de nombreux retraités ont bénéficié de ce programme.

### **Emmanuel MONFORT**

Bonjour. Je vais donc vous présenter les résultats préliminaires qui portent sur le suivi d'une cohorte de seniors bénéficiaires de la CARSAT. Nous avons souhaité nous placer dans un cadre théorique robuste. Nous sommes là plutôt sur l'approche psycho-sociale de la vulnérabilité, à la différence d'une approche de la fragilité qui serait plus déterministe et médicale. C'est plus ouvert et plus subjectif. Nous sommes partis de conceptions théoriques récentes de ce qu'est la vulnérabilité des seniors. Il s'agit de la prévention des risques liés au vieillissement, de la question du bien vieillir et du vieillissement réussi. Les résultats portent sur une cohorte conséquente de 2 265 participants âgés de 59 à 93 ans. Leur recrutement a commencé en 2007, pour une étude au suivi longitudinal à deux et cinq ans. Nous n'avons pas encore toutes les données du suivi à cinq ans. L'étude porte sur une auto-évaluation. L'ensemble de ces personnes ayant été amenées à compléter par elles-mêmes le questionnaire ATOO, qui est très important et couvre l'ensemble des dimensions de la vulnérabilité. Elles ont rempli ce questionnaire de façon autonome et donc relativement subjective.

Nous avons d'abord souhaité vérifier que l'évaluation élaborée par le Conseil Scientifique de la CARSAT correspondait bien au modèle théorique qui nous semblait le plus adapté au bien vieillir. Il est apparu que le questionnaire ATOO délivre une évaluation fine et large des facteurs du bien vieillir selon une organisation séquentielle. Elle distingue les facteurs dits antécédents, à savoir les caractéristiques fondamentales de l'individu, qui vont prédisposer ou non à un vieillissement réussi. Je pense notamment au niveau socio-professionnel et à l'isolement, lesquels peuvent impliquer la survenue d'un certain nombre de menaces. Celles-ci ont été regroupées en deux ensembles, celles relatives au bien-être général et d'autres particulièrement relatives au bien vieillir. Ces menaces ont elles-mêmes une influence potentielle sur un certain nombre de facteurs d'adaptation adaptés et inadaptés. Ils prédisposent eux-mêmes à une évolution positive ou négative au cours du vieillissement. La deuxième étape a consisté à savoir dans quelle mesure le questionnaire ATOO permet de distinguer deux extrêmes dans la cohorte étudiée, c'est-à-dire les seniors les plus vulnérables des moins vulnérables. Le but est de pouvoir identifier les personnes habituellement ciblées par les programmes de prévention de la CARSAT.

Ensuite, nous avons procédé à des analyses. Je vous présente aujourd'hui celles du suivi à deux ans. Les données du suivi à cinq ans sont tout à fait partielles. L'étude à deux ans comporte une analyse séquentielle : l'objectif est de pouvoir réaliser des comparaisons entre un groupe expérimental et un groupe de contrôle. L'un bénéficie de l'ensemble de la prise en charge de la prévention Atouts, l'autre n'en bénéficiant pas. Ce dernier a répondu au questionnaire ATOO, mais n'a pas bénéficié de l'évaluation personnalisée ni de l'orientation fine telle qu'elle peut être proposée. Cette approche comparative permet

d'établir la différence à l'instant t des personnes ayant bénéficié de l'ensemble du programme d'évaluation ATOO de ceux qui ont en bénéficié partiellement. Le second volet de la recherche comporte une analyse longitudinale. Il s'agit d'un suivi des deux groupes dans le temps pour voir leur évolution.

Une petite analyse sur une centaine de personnes ayant suivi l'ensemble du programme a été effectuée. Nous observons que les seniors ayant bénéficié du programme ATOO montrent des bénéfices relatifs à certaines menaces, en particulier la qualité du réseau social : la perception de la qualité de leur réseau social s'améliore. Nous observons également des effets positifs sur la santé perçue ainsi que sur la mémoire perçue. Il ne s'agit pas d'évaluation objective mais de ressenti. Nous observons enfin une évolution favorable des facteurs de mobilité et d'équilibre, soit de l'ensemble des indicateurs portant sur la prévention des chutes. La deuxième série de résultats montre des effets positifs sur la stratégie d'adaptation à savoir la façon dont ces seniors ont pu réagir pendant les deux ans suivant le programme de prévention. Nous constatons une amélioration de l'autonomie perçue dans les activités les plus complexes de la vie quotidienne et les comportements de santé, notamment les pratiques de dépistage. La prise en compte des antécédents familiaux dans les comportements de santé est également améliorée. Je vous remercie.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Merci. Je me pose toujours la question de ceux et celles qui acceptent de s'impliquer dans une démarche préventive par rapport à ceux et celles qui ne s'y impliquent pas. Au niveau du comportement, nous distinguons les personnes qui fonctionnent en internalité, c'est-à-dire qui gèrent elles-mêmes leur santé car elles sont convaincues qu'elles en détiennent les clés, de celles qui fonctionnent en externalité en estimant que, comme pour la pollution ou la sécurité alimentaire, elles n'ont pas la compétence. Dans cette cohorte, avez-vous pu identifier des comportements de cette nature ?

### **Sylvie SALAVERT**

Au départ, nous partions effectivement de ce postulat. Nous pensions que les personnes les plus averties étaient consommatrices de programmes de prévention. Or, nous avons introduit une dizaine de questions sur les événements marquants des six derniers mois avant le début du programme : elles montrent que ces personnes ont rencontré une difficulté psycho-sociale. Il s'agit d'aidants, de personnes endeuillées. Il y a plus de femmes que d'hommes, comme cela a déjà été dit. Elles sont entrées dans le programme parce qu'elles sont devenues vulnérables. Cette démarche se place en anticipation, à l'attention de personnes qui ne sont pas encore dans un parcours de fragilité médicale, pour leur donner la possibilité de se mettre dans une dynamique vertueuse en dépit des éléments de vie perturbateurs qui surviennent fréquemment autour des 60 ou 70 ans. Il est peut-être plus difficile de surmonter ce type d'événement que lorsqu'on est plus jeune. Ce programme n'est pas une fin en soi mais plutôt un levier.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Vous évoquez un point très important. Sur le plan national, on ne peut pas proposer à tous les concitoyens qui avancent en âge des actions de prévention. En revanche, on peut s'intéresser aux ruptures, aux événements de vie qui portent à conséquence et qui représentent un levier d'action intéressant. En introduction, j'ai entendu l'intérêt que vous portiez à la cessation d'activité professionnelle. C'est l'une des ruptures majeures sur lesquelles il convient de travailler.

### **Emmanuel MONFORT**

On observe effectivement dans le programme cohorte l'évocation d'une situation de rupture peu de temps avant l'évaluation. Nous avons essayé de voir comment distinguer les personnes les plus vulnérables des moins vulnérables. L'ensemble des phénomènes



que nous observons chez les participants est d'autant plus marqué chez les personnes âgées les plus vulnérables, celles ayant dès le départ les facteurs de risque les plus élevés. Elles sont bien la cible de ce type d'actions de prévention.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Parmi les multiples indicateurs, vous avez cité l'estime de soi. Je me permets d'apporter là une anecdote significative bien que peu scientifique. A l'occasion d'un colloque sur le vieillissement, un journaliste soulignait que, quand nombre de Français surveillaient de façon obsessionnelle leur tension artérielle chaque matin, lui mesurait son aptitude au bonheur. Je trouve qu'il y a des profils qui sont caractéristiques des trajectoires de vie. Il est certain que l'aptitude au bonheur peut aider à gérer un certain nombre de ruptures.

J'appelle à présent Etienne Lottin.

## **6) Le programme Sécurité Logement Personnes Agées**

### **Etienne LOTTIN**

Chez Malakoff Médéric, nous nous sommes intéressés aux risques à domicile pour trois raisons. Tout d'abord, il y a beaucoup de chutes à domicile. Parmi les personnes âgées qui chutent, 70 % le font à domicile. Ces chutes donnent lieu à un grand nombre d'hospitalisations. Ensuite, vous parliez du bonheur. Nous constatons que la grande majorité des retraités souhaitent rester à domicile. On reste d'ailleurs chez soi jusqu'à un âge avancé, l'âge moyen d'entrée en EHPAD étant de 86 ans et plus. Nous nous sommes intéressés sur la possibilité de rester chez soi longtemps, en sécurité, avec quelques aménagements. Nous nous sommes rendu compte qu'il existait assez peu de moyens d'améliorer son domicile à peu de frais.

Nous proposons donc un dispositif en deux phases, dont une phase d'évaluation avec un diagnostic fait à domicile. Cette visite à domicile permet de passer au crible chaque pièce de vie. Une aide à domicile a été formée spécifiquement à cet objet. Cette visite dure environ 1 heure 30. Nous établissons que le domicile est fonctionnel et sécurisé, dans quel cas de simples mesures de bon sens s'appliquent. Sinon, nous prévoyons de petits travaux de mise en sécurité. Si les travaux à faire sont plus importants, nous faisons appel à un artisan. La seconde phase est la mise en œuvre de ces travaux. Nous faisons vérifier les devis lorsque de gros travaux doivent être entrepris. Ce système est simple d'accès. Un numéro unique reçoit les appels et coordonne l'aide à domicile. La plate-forme téléphonique fait le lien avec un réseau de prestataires référencés. Pour le retraité, il n'y a qu'un numéro à composer. Ensuite, c'est le centre d'appel qui va assurer la coordination de l'étude puis des travaux. Ce service coûte 300 euros hors taxe tout compris, c'est-à-dire l'étude et les petits travaux financés par l'aide sociale, hors devis d'un prestataire externe.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Après deux ans de fonctionnement, quels enseignements tirez-vous de ce dispositif ?

### **Etienne LOTTIN**

Nous avons testé ce dispositif en 2013 en Ile-de-France. Nous avons effectué 314 visites et 165 petits travaux comme la fixation de barres d'appui, la pose de revêtements antidérapants, l'éclairage des endroits obscurs ou sombres. Plus de 50 % des retraités visités font faire les petits travaux, ce qui représente un taux élevé. Nous avons également tiré des enseignements sur le profil des bénéficiaires : 65 % d'entre eux sont des femmes, 60 % vivent seuls, et la moyenne d'âge est de 76 ans. Plus de 89 % des personnes ne se déclarent pas comme dépendantes mais anticipent les effets du vieillissement. L'ancienneté moyenne de vie dans le logement est d'environ 30 ans, ce qui explique aussi qu'il est temps d'y faire quelques rafraîchissements. Il y a 75 % de

propriétaires et 35 % de locataires. La location n'est donc pas un frein aux aménagements du logement pour mieux vivre chez soi. Le taux de satisfaction des personnes ayant eu recours à ce dispositif est d'environ 88 %.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Avez-vous un indicateur pour mesurer l'appropriation par les usagers des petits travaux effectués ? Sont-ils utiles ? Les équipements sont-ils utilisés ?

### **Etienne LOTTIN**

Pour l'instant, c'est plutôt empirique. Nous avons mené quelques enquêtes dont vous voyez là les verbatim : « Vous avez tout gagné. Chaque fois que je prends un bain, je pense Malakoff Médéric » ; « Je voulais demander aux enfants de le faire, mais je n'aurais jamais envisagé qu'on me le propose ». Nous passons rapidement de la phase d'étude à la phase de travaux, et c'est ce qui plaît dans la démarche. Souvent, le temps passe après que les études sont faites, sans aucune concrétisation.

Nous avons poursuivi cette année dans le Pays de la Loire, le Nord-Pas-de-Calais et en Rhône-Alpes. Nous avons donc certainement touché des Stéphanois. Nous avons eu 364 demandes d'information dont 278 se sont traduites par des diagnostics. Les trois quarts des personnes concrétisent ce qui révèle le besoin de service.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Cette démarche est d'autant plus intéressante qu'elle est modeste. Vous ne proposez pas de refaire l'appartement. En observant la façon dont la personne se déplace dans son appartement, vous arrivez à suggérer quelques aménagements techniques simples et efficaces.

### **Etienne LOTTIN**

Effectivement. Nous voyons parfois des appartements témoins magnifiques mais non transposables chez quelqu'un. Là, nous sommes les gens. Nous partons de ses besoins et de son environnement pour l'adapter. L'intérêt de la démarche est effectivement de ne pas bouleverser le cadre de vie de la personne âgée.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Il existe un corps de métier tout à fait contributif dans ce type d'expérience : ce sont les ergothérapeutes. Ils ont une vision du geste, du déplacement, de l'harmonie dans le mouvement. Je cite l'exemple de la hauteur du lit : est-elle adaptée à un éventuel déficit de la personne ? Des observations de cette nature sont tout à fait utiles à la qualité de vie au quotidien. Malheureusement, les ergothérapeutes n'interviennent pas à domicile en dehors des associations. Il n'y a pas d'exercice libéral permettant de solliciter un ergothérapeute pour intervenir à domicile. En tout cas, cet exemple me semble intéressant et pourrait être étendu dans les années à venir. Merci. J'appelle à présent Emilie Rouèche. Mais que signifie « Hygée » ?

## **7) Comment mieux faire partager les messages de prévention aux seniors ?**

### **Emilie ROUECHE**

Hygée est la déesse de la prévention. Sa sœur est Panacée, déesse du traitement. Toutes deux sont filles d'Asclépios, le dieu de la médecine. Hygée se situe à l'Hôpital Nord. Nous sommes reliés à l'Institut de cancérologie Lucien Neuwirth. Nous sommes le centre de prévention, d'information et d'éducation sur les cancers. Nous traitons donc des patients de tous âges, en amont de la maladie mais pas seulement. Il faut savoir que les 65 ans et plus représentent 64 % des nouveaux cas de cancer par an. Cette population est

donc très présente à l'Institut. Nous faisons donc plutôt de la prévention primaire en direction de ces personnes. Il s'agit d'éducation thérapeutique. Nous intervenons sur la gestion de l'observance, de la fatigue, de la douleur, le rôle des aidants et nous aidons les patients à trouver des ressources.

J'ai envie de rebondir sur un certain nombre de choses que j'ai entendues dire par les intervenants me précédant. Faire des campagnes de prévention est utile et nécessaire, mais parfois compliqué. Nous l'avons entendu dans vos interventions. On se demande toujours si on touche la bonne population, et on cherche des actions applicables au plus grand nombre ce qui est impossible. Il existe des déterminants sociaux de santé à prendre en compte. Aujourd'hui, nous pouvons analyser quelle est l'intention d'agir une personne, ce qui fait qu'elle va suivre les recommandations qu'on lui donne ou ne pas les suivre. Le modèle dominant est celui des croyances en santé. C'est sur modèle que s'appuie la plupart des campagnes de prévention sur l'alimentation, le sida, le cancer, l'activité physique. Les personnes doivent déjà avoir conscience du risque, par exemple par rapport à la vaccination, et conscience d'être des personnes à risques. Elles doivent également être convaincues que la santé est une composante importante de leur vie ce qui n'est pas acquis par la majorité de la population.

Je reviens sur la partie de la population ayant connu un souci six mois avant d'entrer dans un programme de prévention. J'attire votre attention sur les caractéristiques de ces personnes.

En effet, quand on fait une évaluation des campagnes de prévention, on se rend compte que les catégories socio-professionnelles supérieures sont surreprésentées. Elles sont éduquées, maîtrisent la langue et un certain nombre de concepts, possèdent un niveau de connaissances en santé. Il faut tenir compte de ces paramètres quand on met en œuvre une campagne de prévention. Les personnes participant à des programmes d'éducation thérapeutique, ou répondant à des questionnaires, ou s'engageant dans une démarche de prévention, maîtrisent déjà les concepts et n'en ont donc pas forcément besoin, du moins pas autant que les personnes précaires.

Vous parliez tout à l'heure du score EPICES que nous utilisons d'office avec nos patients. Nous utilisons également un score basé sur huit questions, il montre bien la précarité. Le foyer dispose-t-il d'un véhicule ? Le logement est-il surpeuplé ? Quel est le niveau d'éducation, quels sont les revenus ? La neuvième question est spécifique à chaque pays. En France, c'est la possibilité de partir en vacances. Chez nous, c'est important. C'est important d'ajouter ce score aux autres évaluations qu'on peut faire. On revient là sur des déterminants de santé qui sont, de fait, des déterminants d'inégalités sociales de santé. Ils permettent de relativiser l'efficacité des campagnes de santé.

Nous savons aujourd'hui que disposer d'un niveau de connaissances médicales suffisant et de maîtriser la langue permet de s'engager dans une campagne de prévention, suivre les recommandations qu'on nous donne, et nous place dans un état d'esprit de confiance en soi où l'on se sent capable d'agir. Si tous ces indicateurs sont faibles, les personnes n'agiront pas car elles ont peur du regard des autres, et ne se sentent pas capables. Faire la démarche de remplir un questionnaire est parfois malaisé, et la réponse aux questions peut même être biaisée. Nous avons évalué le programme d'éducation thérapeutique suivant : nous testons actuellement un programme où nous proposons aux personnes une rencontre durant laquelle nous listons un ensemble de ressources qu'elles ont à leur disposition : ergothérapeute, nutritionniste, psychologue, etc. Nous avons constaté que les personnes n'ayant pas un niveau d'éducation élevé répondent qu'elles n'ont besoin de rien, qu'elles savent où elles vont et ce qu'elles ont à faire. Ce sont les personnes qui n'oseront pas appeler pour faire aménager leur logement car elles ne veulent pas déranger. Avant de faire une campagne de prévention, je pense qu'il est nécessaire d'enquêter sur le public cible.

**Jean-Pierre AQUINO**

Merci de ces informations. En réaction à votre présentation, qui pose le sujet de la réaction individuelle face aux campagnes de prévention, il est bon de rappeler qu'Asclépios accordait une importance égale à la prévention et aux soins. Or notre société actuelle accorde une importance majeure à Panacée et mineure à Hygée. Gardons en tête qu'il faut rétablir l'équilibre. En vous écoutant, j'entends aussi que se pose la question de la liberté individuelle. Est-on en droit de forcer quelqu'un à s'impliquer dans une démarche préventive ? Cela signifie se projeter dans l'avenir pour éviter les effets délétères de certaines habitudes. Lorsque le 15 du mois, une famille se projette dans l'avenir de la fin du mois en sachant que le budget ne sera pas tenu, comment lui faire entendre un discours préventif pour les 10 ou 15 prochaines années ? Le contexte économique, individuel et sociologique est donc déterminant dans ce type de pratique.

Par ailleurs, j'ai lu le rapport sur les données modernes de la prévention issues de l'analyse prospective commandée par le Premier ministre. Il y est question de la technique du *nudge*. En anglais, cela signifie « donner un coup de pouce ». Ce matin, dans la salle de bain de l'hôtel, j'ai lu le mot suivant : « Si vous acceptez de remettre sur le porteserviettes les serviettes que vous avez utilisées, vous aurez une démarche écologique et citoyenne car cela permettra d'éviter de changer toutes les serviettes ». Avec ce type d'annonce, l'hôtel obtient 30 % de bons résultats c'est-à-dire d'usagers acceptant la réutilisation de la serviette le lendemain. Ce faisant, vous n'avez bousculé personne ni porté atteinte à la liberté individuelle. Vous avez simplement influencé un comportement. Le second exemple porte sur l'exercice physique. Si le chef d'entreprise d'une société invite son personnel à venir en vélo parce que tout est prévu pour, un certain nombre de collaborateurs le feront. Si un local à vélos est aménagé, ce nombre va augmenter, etc. Ce sont des réflexions passionnantes d'un point de vue sociologique sur les comportements individuels. Qu'en pensez-vous ?

**Emilie ROUECHE**

Les *nudges* sont particulières dans le domaine de la prévention. Il y a beaucoup de recherches sur ce sujet, elles posent notamment des questions éthiques. On peut parler de manipulation dans la mesure où l'on vous fait faire des choses sans vous le dire. Nous sommes entourés de *nudges* sans s'en rendre compte. Prenons l'exemple du pilulier électronique. Le patient va prendre ses pilules, ou pas. C'est néanmoins un *nudge*, un dispositif incitatif pour la prise de médicaments. Il y en a pour tous les âges de la vie. Mes enfants ont une brosse à dents qui clignote pendant trois minutes pour leur indiquer quand le brossage doit se terminer. Le *nudge* fait changer un comportement, mais ce changement risque de ne pas être pérenne. La technique de Pavlov n'est pas très efficace dans le domaine de la prévention. Il vaut mieux se baser sur l'éducation, même si nous savons aujourd'hui qu'informer ne suffit pas. L'éducation thérapeutique va justement plus loin.

**Jean-Pierre AQUINO**

Le mot « manipulation » me semble fort.

**Emilie ROUECHE**

On dit que c'est une façon de faire se comporter les gens spontanément, mais à l'inverse de ce qu'ils auraient fait spontanément.

**8) Débats avec la salle**

**Jean-Pierre AQUINO**

Je le conçois. Il nous reste quinze minutes pour les questions de la salle. En voici une première : le dispositif présenté par Malakoff Médéric est-il bien un dispositif mutualisé AGIRC-ARRCO ?

**Etienne LOTTIN**

Oui et non. Il est porté par les caisses de retraite AGIRC-ARRCO, donc ouvert à l'ensemble des bénéficiaires de ces caisses ainsi qu'à nos mutualistes. Néanmoins, il est encore en phase de test. Pour être complet, je précise qu'AGIRC-ARRCO finance aujourd'hui l'intervention d'ergothérapeutes à domicile dans le cadre de l'opération Bien vivre chez soi. Ces deux dispositifs sont complémentaires.

**De la salle**

J'ai découvert les Centres d'Examens de Santé que je ne connaissais pas. Pouvez-vous me donner les conditions d'accès à un CES ?

**Norbert DEVILLE**

Le droit français permet à tous les assurés du régime général depuis 1945 d'avoir accès aux Centres d'Examens de Santé. Ceci dit, nous effectuons 500 000 examens de santé par an. Nous n'imaginons pas pouvoir couvrir la totalité de la population du régime général. C'est pourquoi nous insistons plutôt auprès des personnes vulnérables, qui ne sont pas nécessairement suivies par un médecin traitant. Les Caisses Primaires indiquent d'ailleurs les Centres d'Examens de Santé à ces publics en priorité. Nous faisons en sorte que le senior recevant une invitation à se rendre dans un CES la reçoive plutôt de la CARSAT. En théorie, tout le monde y a droit mais, avec nos partenaires que sont l'Etat et les Caisse d'Assurance Maladie, nous priorisons les publics fragiles.

**De la salle**

J'ai 85 ans, je vis chez moi, je suis fragile. On me suggère des travaux d'aménagement mais mon propriétaire refuse. Quels sont mes recours ?

**Etienne LOTTIN**

Merci pour la question. Quand vous êtes locataire, vous avez l'obligation de rendre le logement dans l'état dans lequel vous l'avez trouvé en entrant. Vous pouvez donc faire des aménagements qui ne sont pas des travaux de structure. Chaque cas étant particulier, le plus simple est sûrement d'appeler son assureur. Dans les contrats d'habitation, il y a toujours une aide juridictionnelle : cela ne coûte rien d'appeler votre assureur. Indiquez-lui ce que vous voulez faire, et demandez-lui quel courrier il faut envoyer au propriétaire. Je pense que cela peut se résoudre à l'amiable, mais il faut d'abord vérifier les possibilités sur le plan juridique.

**De la salle**

Je suis un peu surpris qu'il faille demander l'autorisation à la famille pour faire un examen bucco-dentaire en EHPAD. L'intention est pourtant bonne, et vous ne pratiquez aucun soin.

**Véronique BOUVIER**

Cela vient de la réglementation. Il faut que le patient ou la personne de confiance qui l'entoure donne son accord aux soins mais aussi à toute démarche autour du soin comme un simple examen. Nous avons pris une liberté car il ne s'agissait pas de soin mais plutôt

d'un examen diagnostique. Il n'y avait donc pas d'impact en termes de risque. Nous nous sommes donc contentés d'une information avec demande de non-opposition.

### **De la salle**

J'ai une question pour Monsieur Robillard. Beaucoup de personnes âgées ne portent pas leur appareil dentaire, car le palais artificiel entraîne un phénomène de dysgueusie ou d'agueusie. Or, à partir d'un certain âge, les personnes régressent au stade oral, le fait de sentir les aliments leur procurant beaucoup de bien-être. Y-a-t-il actuellement des moyens de lutter contre ce phénomène de dysgueusie ou d'agueusie ? C'est un problème qui peut aboutir au refus alimentaire. Il faut ajouter qu'un phénomène de sécheresse de la bouche existe conséquemment à la prise de médicaments antidépresseurs. Cela rend les gens très malheureux. Que peut-on faire contre ça ? Comment restituer ce plaisir à ces personnes ?

### **Jean ROBILLARD**

Le problème se pose pour les personnes auxquelles des dents ou la totalité des dents ont été extraites. La pose d'appareil chez les sujets édentés représente effectivement un problème technique pour les chirurgiens-dentistes mais aussi une gêne physique et psychologique pour les patients. Associée à la prise de médicaments, elle entraîne effectivement des situations compliquées liées à l'absence de salive. A l'exception du Sulfarlem, je ne vois pas d'antidote. Les médicaments de la famille des anxiolytiques et des antidépresseurs provoquent une sécheresse de la bouche car il n'y a plus de fabrication de salive. En l'absence de salive, les caries se multiplient et les dents s'abîment. Les médecins traitants me répondent généralement qu'ils ne peuvent pas arrêter le traitement. Nous sommes complètement coincés. Je note néanmoins une progression sur les générations actuelles. Il y a 30 ans et plus, on arrachait les dents. Aujourd'hui, nous avons les moyens de conserver le plus de dents possible le plus longtemps possible. Je répète aussi que les populations édentées que nous avons rencontrées estiment généralement que leur état dentaire est correct. Ils s'habituent à la nourriture mixée, mangent sur les gencives, etc. Ces personnes ont renoncé, et nous ne pouvons leur imposer le port d'appareil au motif qu'elles mangeront mieux ensuite.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Il n'y a plus de plaisir parce qu'il n'y a pas de désir.

### **Jean ROBILLARD**

En effet. Naturellement, en vieillissant, on perd l'appétit.

### **De la salle**

Je m'adresse à la Mutualité française de la Loire à propos du projet de robotisation pour sécuriser le circuit du médicament en EHPAD. Je travaille en EHPAD. J'aimerais savoir comment vous êtes intervenu auprès des résidents. Comment avez-vous recueilli le choix de ces personnes ?

### **Xavier ARDILLON**

Le résident est libre de choisir son pharmacien et son médecin. Nous respectons ce choix. Cela revient aussi aux praticiens d'expliquer l'apport de cette méthode. Elle s'intègre toujours dans un projet établissement, et le patient peut éventuellement la refuser.

### **Jean-Pierre AQUINO**

Merci pour ce dernier échange. Je voudrais souligner quelques points pour conclure. On entend souvent que l'optimiste aurait souvent tort et le pessimiste toujours raison. Je ne serai ni l'un ni l'autre mais seulement factuel. Depuis 9 heures, nous avons entendu des

expériences et des contributions qui sont déjà des réalités ou des germes d'avenir. Dans un contexte économique contraint, j'ai l'intime conviction que ces germes d'avenir sont prometteurs. Il convient de remercier et de féliciter tous ceux qui, successivement, ont pris la parole ce matin pour faire partager leur enthousiasme.

## CONCLUSION 1<sup>ÈRE</sup> DEMI-JOURNÉE

### Jean-Manuel KUPIEC, Directeur général adjoint de l'OCIRP

Bonjour à toutes et à tous.

Bien que l'exercice de la synthèse soit toujours difficile, je vais m'y essayer.

Nous évoquons cette année le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, qui repose sur les 3A. Le A de l'anticipation évoque pour moi la prévention plutôt que l'aspect curatif. Le deuxième axe est l'adaptation. Vous en avez parlé, à propos du logement. Le troisième point porte sur l'accompagnement, sujet traité hier après-midi.

La France est riche en sémantique. Nous parlons aujourd'hui de fragilité, de vulnérabilité, de précarité. Tous ces mots sont différents et n'ont pas tous le même périmètre. S'agissant de la fragilité, se pose aussi la question de savoir si elle est réversible ou non. Peut-on être fragile un jour, et ne plus l'être le lendemain ?

Vous avez parlé des parcours de soins, une notion importante à mon sens. Nombre de rapports sont publiés sur ce qui se passe entre l'hôpital et le domicile.

Vous avez évoqué des notions médicales, mais aussi des notions médico-sociales. Il faut effectivement associer les deux.

En ce qui concerne la prévention, nous évoquons rarement son coût. Celui-ci est généralement évalué à 6,5 % des dépenses de santé, soit environ 15 milliards d'euros en France. Cela représente un faible coût pour la société française. Vous avez évoqué le repérage des personnes fragiles, et nous avons compris qu'il fallait bien cibler la prévention de cette population. Vous avez cité à ce titre la nutrition, l'activité physique et la lutte contre l'isolement.

Lors des débats, la dimension territoriale a été peu évoquée, à l'exception des déserts médicaux. Sur ce sujet essentiel du territoire, je voudrais citer le label « Villes amies des aînés » lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il s'adresse aux villes qui développent des politiques participatives et transversales en faveur des personnes âgées. Les personnes âgées sont aidées, mais aussi les aidants dans certains cas.

Je voudrais aussi remercier les étudiants de l'EN3S qui nous font rire sur un sujet pourtant dramatique et pesant. Leurs visions décalées nous permettent de bien cibler le propos.

Vous n'avez pas évoqué le vieillissement des personnes handicapées. Je devrais dire : l'avancée en âge des personnes handicapées. Ce sujet n'est malheureusement pas abordé dans le projet de loi, et nous devons y remédier à l'occasion des navettes entre l'Assemblée nationale et le Sénat.

Des actions et réalisations intéressantes nous ont été présentées dans la deuxième partie de la table ronde consacrée à la prévention.

Sur le plan bucco-dentaire, nous avons compris que vous étiez bien implanté dans la Loire. De ce bilan positif, il faudrait tirer une véritable politique de prévention.

Vous avez évoqué les médicaments et les automates qui peuvent rendre de nombreux services.

Avec Atouts Prévention Rhône-Alpes, nous avons compris que nous n'étions plus dans une logique de partenariat mais dans une logique de groupement, pour permettre à tous les acteurs d'avoir une même offre et d'anticiper.



Vous avez parlé de la vulnérabilité. Une autre expression m'a semblé importante, celle d'éducation à la santé. La prévention tout au long de la vie n'est pas seulement un slogan. Vous parlez de bien-être et de bien vieillir, vous parlez de stratégie d'adaptation des seniors. Les ruptures peuvent survenir à tout moment : veuvage, vieillesse, maladie. Nous avons bien senti l'importance de la prévention au moment où survient cette rupture.

Encore faut-il être conscient que nous ne sommes pas tous égaux face à cette prévention. L'estime de soi aussi a été évoquée. C'est un facteur important d'autonomie.

En matière d'adaptation au logement, Malakoff Médéric est fort de son expérimentation réussie. Peut-être parlera-t-on demain de la « baignoire MM » ?

J'ai aussi apprécié le message du Centre Hygée, qui dit que la conscience du risque est une avancée. Pour maîtriser le risque, il faut le connaître et pouvoir l'anticiper.

La prévention n'est-elle pas, d'une certaine façon, l'anticipation par nous-mêmes de notre propre devenir ? Je pense que le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement a le mérite d'exister et qu'il faut le conforter par les actes. Peut-être faut-il mettre cette conscience du risque dans l'esprit de tous nos concitoyens. Prendre la mesure du risque, c'est déjà l'anticiper.

Je vous remercie de votre attention.

## UN PARCOURS A ORGANISER

### V - COMMENT METTRE EN PLACE UN VERITABLE PARCOURS ATTENTIONNE POUR LES PERSONNES AGEES ?

*Table ronde animée par Dominique LIBAULT, Directeur général de l'EN3S, Président du Comité national de pilotage du parcours de soin des personnes âgées*

*Participent à cette table ronde :*

*Catherine PERISSET, CNSA*

*Claire SCOTTON, directrice de projet PAERPA*

*Thibault LAPEYRE, élève de l'EN3S*

*Nathalie MOORE, élève de l'EN3S*

*Benoît BORDRY, élève de l'EN3S*

#### 1) Rapport Introductif

*Benoît BORDRY et Brigitte PALLEC, élèves à l'EN3S, interprètent une saynète.*

*La scène se déroule en 2002*

*Madame Dubois, âgée de 83 ans, vit seule à son domicile et fréquente régulièrement l'accueil de jour proche de son domicile.*

*Cependant, son état de santé se dégrade et la directrice de la structure finit par appeler son fils en indiquant qu'il doit faire intervenir un SSIAD pour une aide à la toilette.*

*Monsieur Dubois consulte l'annuaire. Il cherche à « toilettes dépendance », puis « soins à personnes âgées », « services à la personne » et, enfin, trouve l'information en tapant « soins à domicile ».*

*Appel (ça sonne). La secrétaire du SSIAD répond :*

*« Allô, SSIAD du Pavillon Vert ».*

*« Bonjour Madame, je recherche un service de soins infirmiers à domicile pour ma maman qui a besoin d'une aide à la toilette ».*

*« Avez-vous le certificat médical qui prescrit ces soins ? ».*

*« Non ».*

*« Votre maman est GIR combien ? ».*

*« Pardon ? ».*

*« Est-elle très, moyennement ou peu dépendante ? ».*

*« Moyennement dépendante car jusqu'à ce jour elle réalisait elle-même les actes de la vie courante ».*

*« Ça doit être un GIR 3 alors ».*

*« Ah bon ».*

*« Il faudrait que vous contactiez son médecin traitant car sans certificat médical, nous ne pouvons rien faire. Le mieux en attendant serait de trouver un service d'aide à domicile pour une aide à la toilette. Il faudrait joindre le CLIC ».*

*Monsieur Dubois commence par appeler le médecin traitant de sa mère.*

*Cabinet du Docteur JULES. Que puis-je pour vous ?*

*« Allô bonjour. J'aurais voulu joindre le docteur JULES pour la prise en charge de ma mère qui a apparemment besoin de soins à domicile ».*

*Ah mais le Docteur JULES n'a pas du tout noté cet élément dans le dossier, et de toute façon le docteur est en vacances pour 3 semaines. Il faudrait que vous joigniez directement le CLIC et nous ferons ensuite le nécessaire pour le certificat médical au retour du médecin.»*

*Monsieur Dubois commence à être un peu agacé. Il reprend l'annuaire et recherche le numéro de téléphone du CLIC. Il l'appelle :*

*« Bonjour. Ici Madame MAÏCHA, assistante sociale du CLIC. J'écoute »*

*« Bonjour, je recherche un service de soins infirmiers à domicile pour ma maman qui a besoin d'une aide à la toilette. J'ai appelé le SSIAD qui m'a renvoyé vers vous. Avez-vous une solution à mon problème ? ».*

*« Je peux vous adresser par mail la liste des services d'aide à domicile.»*

*« Oui bien sûr mais ne pouvez-vous pas les contacter directement ? ».*

*« Ah non Monsieur ce n'est absolument pas mon rôle, je ne peux pas me substituer au demandeur ! ».*

*« Voulez-vous dire que c'est à ma mère de faire les démarches ? ».*

*« Normalement oui mais puisque vous êtes son fils, ils accepteront peut-être de vous donner satisfaction».*

*Monsieur Dubois reçoit par mail la liste des SAAD et, très énervé, prend contact avec celui le plus proche du domicile de sa mère.*

*« Service d'Aide à Domicile PERLAPAPA. Quelle est votre demande ?*

*« Bonjour, je recherche un service d'aide à domicile pour ma maman qui a besoin d'une aide à la toilette. J'ai eu la Directrice de l'accueil de jour ; j'ai téléphoné au Service de Soins Infirmiers à Domicile, au cabinet du médecin traitant de ma maman, au Comité Local d'Information et de Coordination. J'espère que vous au moins vous allez m'apporter une solution ! »*

*« Très bien, c'est très très simple, il va nous falloir constituer un dossier. Il nous faut un certificat médical, son accord écrit, une photocopie de son livret de famille, de son passeport, de son dernier avis d'imposition, deux justificatifs de domicile, ses justificatifs de ressources et son évaluation AGGIR».*

**STOOOOP !!!**

*La même scène aujourd'hui :*

*Constatant les difficultés de Madame Dubois, la directrice de l'accueil de jour a identifié un besoin d'aide à domicile pour la toilette. Elle a contacté l'équipe médico-sociale du territoire pour faire modifier le plan personnalisé de santé.*

*Le territoire dispose en effet d'un programme PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie) dans lequel tous les intervenants, soignants ou professionnels du social, fonctionnent en réseau.*

*Elle en informe Monsieur Dubois et lui fournit la liste des SAAD avec les coordonnées téléphoniques.*

*Monsieur Dubois appelle le SAAD. Sonnerie*

*« Service d'Aide à Domicile. Que puis-je faire pour vous ?*

*« Bonjour. Ici Monsieur Dubois. Ma mère, âgée de 83 ans, aurait besoin d'une aide personnalisée à domicile. Encore assez peu dépendante, elle souhaite en effet pouvoir rester chez elle. La directrice de l'accueil de jour qu'elle fréquente a dû vous contacter à ce sujet car elle est suivie par l'équipe médico-sociale du territoire. »*

*« Oui, en effet, nous sommes au courant. Notre service d'aide à domicile collabore avec l'ensemble des acteurs de terrain pour répondre au mieux aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Les professionnels qui suivent votre maman au quotidien ont déjà fait un signalement auprès de son médecin traitant pour mettre en place une aide à la toilette et nous en avons été informés ».*

*« Si je comprends bien, il s'agit d'une véritable coordination entre professionnels de santé. C'est un vrai progrès ! ».*

*« Tout à fait. Sachez que votre maman fait maintenant l'objet d'un suivi individuel grâce au nouveau "plan personnalisé de santé".*

*Rassurez-vous, tout sera fait pour la maintenir à domicile. Si cela vous convient, nous pouvons prendre rendez-vous, disons après-demain, au domicile et en présence de votre maman, pour mettre en place cette prestation. »*

*« C'est parfait. Merci beaucoup. Au revoir Madame et donc à très bientôt ! ».*

## **2) Parcours de soins des personnes âgées**

### **Dominique LIBAULT**

Pourquoi parlons-nous de parcours de soin ou de parcours de santé ? Les personnes qui deviennent fragiles sont plus que d'autres confrontées à la complexité des approches spécialisées produites par notre société. Il faut donc apporter ce que nous appelons des parcours, ou ce que d'autres pays appellent de l'intégration. Cela permet aux personnes fragiles de mieux appréhender les aspects sanitaires, pathologiques ou sociaux qui les concernent. Nous souhaitons que ces aspects fonctionnent ensemble pour apporter des réponses complètes. Bien que chacun de ces aspects soit piloté en France par des acteurs différents, tous partagent ce constat. Comment mettre en place des parcours coordonnés ? Bien que nous ayons progressé, cela n'est pas évident.

Dans un premier temps, nous allons présenter ces logiques d'intégration de parcours. Nous allons voir pourquoi les pays développés confrontés au vieillissement de leur population essaient tous de mettre en œuvre ce type de stratégie. Ensuite, nous verrons la démarche la plus aboutie aujourd'hui en France pour mettre en place un parcours destiné aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Nous tâchons de le mettre en place pour changer le type de réponse de notre système social et de santé vis-à-vis des personnes âgées. C'est une grande ambition. Trois élèves conduisant des recherches sur le sujet présenteront ensuite leurs travaux. Il sera question des expérimentations sur les sorties d'hospitalisation. En effet, le passage de l'hôpital à domicile présente des risques qui le rendent parfois compliqué. Les changements de prise en charge présentent par exemple un risque de ré-hospitalisation. Ce sujet correspond à l'article 70 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012. La seconde présentation portera sur l'hospitalisation à domicile ou en EHPAD. Dans la recherche de parcours coordonnés, nous tentons en effet d'éviter le retour à l'hôpital. Cela concerne les

personnes à domicile mais aussi les personnes en EHPAD. Le dernier focus permettra d'introduire la table ronde suivante.

### **3) Notion de parcours dans les différentes tentatives de coordination en France**

#### **Catherine PERISSET**

Je travaille à la CNSA sur l'accompagnement des MAIA. Je vais donc vous parler des MAIA, en particulier de l'organisation du système : nous cherchons à passer d'une logique de coordination à une logique d'intégration où s'insèrent les MAIA, PAERPA et les expérimentations locales et nationales d'amélioration des parcours. La continuité des parcours signifie que nous sommes passés d'une logique de l'offre à une logique d'accompagnement individualisé, flexible et adapté aux besoins.

Pour pouvoir travailler sur ces réponses, nous avons besoin de savoir qui fait quoi et d'optimiser les ressources existantes. D'un point de vue citoyen, nous avons aussi un besoin d'équité : il faut s'assurer que la réponse est la même quelle que soit la porte à laquelle vient frapper chaque personne. Aujourd'hui, en France et sur le plan international, un mouvement prend de l'ampleur. A cause du vieillissement de la population et du renforcement du maintien à domicile, nous devons adopter une logique individualisée. Un grand nombre de pays, l'Ecosse, le Québec, les Pays-Bas, la France ou l'administration des vétérans aux Etats-Unis depuis 1992, travaillent sur une logique d'intégration des services. Certains portent de petites expérimentations locales ; c'est le cas par exemple de la Grande-Bretagne. C'est aussi le cas pour un public spécifique aux Etats-Unis : les vétérans ou les personnes en difficulté.

Qu'est-ce qu'un parcours personnalisé ? Nous concevons habituellement une personne consultant son médecin lequel produit un diagnostic puis propose des soins. Ensuite, elle se dirige vers un guichet idéal qui répond à l'ensemble des besoins de soins à domicile ou à l'hôpital. A domicile, les aidants cherchent à trouver une réponse en constatant que leur parent a besoin d'aide. A l'hôpital aussi, il est nécessaire de bien identifier les besoins pour apporter une réponse dans une continuité de parcours. Nous pouvons aussi imaginer ce fameux guichet unique : est-ce la mairie ? Le CLIC ? Le service d'action sociale des Caisses de retraite ? Qui s'en occupe ? L'équipe de coordination ? Le travailleur social ? Le réseau de santé par son action de coordination ? Que voyons-nous ? Les ministères organisent des réponses sous forme de politiques publiques pour les personnes âgées dans leur champ de compétence. Puis les Régions pour la santé, le Département pour l'action sociale, la Ville également, les Caisses de sécurité sociale aussi. Chaque action est circonscrite au champ de compétence de l'acteur qui porte cette action. Il mobilise ses propres ressources, met en œuvre ses propres processus organisationnels, à l'échelle de son propre territoire. Dans le champ de la santé par exemple se croisent le privé et le public, les courts et longs séjours, la médecine de ville et l'hôpital, etc. Il en est de même pour le champ de l'action sociale. Dans les années 80 et plus clairement dans les années 2000, nous avons mis en place des équipes de coordination qui sont les réseaux de santé pour la santé et les CLIC pour l'action sociale. Chacun est légitimé par son propre financeur qui est aussi le décideur. En pratique, même si les professionnels des CLIC et des réseaux identifient le besoin d'aller chercher des acteurs et des aides dans un autre champ que le leur, ils n'ont pas la légitimité pour le faire. Ils pourraient par exemple mettre en œuvre des référentiels partagés pour identifier les demandes et y répondre de façon conjointe. Par souci d'équité, cette réponse adaptée doit être valable sur tout le territoire en fonction des ressources disponibles à chaque endroit.

C'est pourquoi depuis 2005, et plus concrètement depuis 2006, la France s'est lancée dans une politique d'intégration des services, c'est-à-dire une approche populationnelle et personnalisée de la réponse. La Direction Générale de la Santé, le Régime Social des Indépendants et la CNSA ont financé des expérimentations pour importer un modèle québécois d'intégration des aides et des soins. En conclusion, l'intégration est possible en

France. Elle résulte de mécanismes de réduction de la fragmentation et ne fonctionne qu'à l'intérieur du système dans lequel elle est mise en œuvre. Entre 2009 et 2011, les premières expérimentations ont eu lieu. Leur objectif était de définir comment, quelles que soient les particularités locales, l'organisation du système pouvait s'approcher le plus du parcours. En 2011, une méthode d'action a été mise en œuvre puis généralisée sur tout le territoire français. Aujourd'hui, sur 70 % du territoire national, les acteurs travaillent ensemble pour mettre au point des référentiels communs d'organisation. Depuis 2011, d'autres expérimentations se déploient pour faire avancer l'intégration du système français et améliorer l'organisation des parcours.

Qu'est-ce que MAIA ? C'est une méthode d'action pour l'intégration des services des aides et soins dans le champ de l'autonomie. Nous passons ainsi d'une approche institutionnelle à une approche populationnelle territoriale. Nous avons vu que, du fait du manque de légitimité des acteurs dans les champs de compétence qui ne sont pas les leurs, il faut travailler sur une mise en cohérence des politiques publiques et des organisations de tous les champs du système et à tous les niveaux : planification, définition de l'offre, organisation, etc. Tel est l'objectif des MAIA qui, je le rappelle, ne sont pas une structure. Concrètement, il s'agit de mettre en œuvre des mécanismes de réduction de la fragmentation. Nous sommes une concertation de décideurs et de régulateurs, dite concertation stratégique. Dans cet espace de décision, chacun est co-responsable de la régulation de l'offre et s'assure que la réponse aux besoins est effective. La concertation tactique est celle des directeurs de services des opérateurs. Ici, on décide comment va s'organiser l'offre. Je prends l'exemple de la fameuse sortie des hospitalisations le vendredi soir. Est-elle effective ? Dans cet espace de concertation, on définit une offre articulée, organisée et continue. Le guichet intégré est spécifiquement français. Il est justifié par la grande fragmentation du système et des offres. L'ensemble des professionnels qui accueille, qui coordonne et qui oriente la population dispose ainsi d'une vision partagée des besoins d'une personne. Il ne formule donc pas seulement une réponse à l'intérieur de son champ de responsabilité mais tient compte de l'intégralité des besoins et des ressources disponibles. Nous avons ajouté un acteur que l'on voit par exemple dans le système québécois mais pas en Ecosse : c'est un service de gestion de cas pour les personnes en situation particulièrement complexe qui mobilise les cloisons du système. Un professionnel met alors en relation les champs de compétence autour de la personne. Le gestionnaire de cas identifie ainsi des barrières du système qui n'avaient pas encore été découvertes. Tous les acteurs du territoire sont là, il n'y en a pas de nouveau, mais ils développent des pratiques communes.

Ce processus se déploie depuis 2009. Depuis sa généralisation, des agents de santé impulsent l'intégration des aides et des soins. Ils mettent en place un pilote de projet qui mobilise les acteurs institutionnels et qui sont tous présents pour travailler sur l'articulation des réponses. Lors de la première phase, nous avons travaillé sur les éléments d'impact car nous étions directement responsables de l'expérimentation. Le premier indicateur montre que le système est plus lisible pour le public qui obtient plus facilement la réponse à ses besoins. L'organisation des réponses permet la simplification des réponses. Le taux de ré-hospitalisation des plus de 75 ans à moins de 28 jours est particulièrement satisfaisant. Quand les malades d'Alzheimer à domicile sont pris en charge par un médecin généraliste, on observe par exemple une augmentation des hospitalisations dans un premier temps. Ce taux d'hospitalisation n'était donc pas un bon indicateur pour cette évaluation. Nous obtenons aussi de bons résultats sur la prise en charge des personnes ayant des troubles du comportement. Voici un autre indicateur, présent dans tous les dispositifs MAIA aujourd'hui : les personnes en refus d'aide et de soins représentent une grande part des cas traités par les gestionnaires. C'est de l'ordre de 30 %. Au bout d'un an et demi, les personnes suivies refusant aides et soins ne représentent plus que 7 %. Cela montre bien l'impact de la gestion de cas. Les personnes suivies identifient bien qu'il s'agit d'une nouvelle pratique. Une étude sur trois territoires a démontré l'orientation de la dynamique locale.

Lors du colloque d'avril, Yves Couturier, chercheur en organisation qui centre ses études sur l'analyse des pratiques de coordination, a affirmé que « plus un système est intégré, plus il peut entrer dans une logique de parcours ». En effet, passer d'une logique de coordination à une logique d'intégration permet d'être moins centré sur sa propre logique institutionnelle, à savoir son propre champ de légitimité, et de s'ouvrir sur une logique territoriale et populationnelle. Ce passage nécessite une évolution en profondeur du système avec un changement de pratiques des acteurs. Chacun devient co-responsable de la réponse. Nous constatons, autant en France que sur le plan international, que l'intégration ne peut pas émerger spontanément dans un contexte de fragmentation. On ne peut pas imposer l'ordre aux acteurs de s'intégrer : cela ne fonctionnera pas. En France, la complexité du système a nécessité la mise en œuvre d'un pilote de projet qui impulse l'intégration et la mise en ordre des processus, qui permet de mettre en lien les acteurs en les aidant à parler le même langage. Ce travail est long. Les expériences à l'étranger sont intéressantes à ce sujet. Les expériences à petite échelle montrent assez peu d'effets dans le temps. Elles finissent par être abandonnées et oubliées. Les organisations ayant effectué un vrai travail de modification du système, comme l'Ecosse ou l'administration des vétérans aux Etats-Unis, obtiennent une véritable évolution du système. Cette démarche commence à porter ses fruits après quatre ou cinq ans de travail. Par exemple, l'Ecosse est le seul pays ayant atteint la diminution des lits d'urgence pour les personnes âgées.

En conclusion, pour travailler sur une logique de parcours, il faut adopter une vision territoriale et populationnelle qui ne remette pas en cause l'existant mais qui établisse des mises en relation. Les équipes de coordination ont encore toute leur place : les CLIC ont du sens, de même que les réseaux de santé. Chacun des acteurs a sa place mais il convient de leur donner une place les uns par rapport aux autres. Qui fait quoi ? Comment s'organise-t-on ? Comment articule-t-on nos actions ? La continuité est l'affaire de tous les acteurs du système qui répondent aux personnes qui en ont besoin. Mettre en place ces outils, processus et pratiques partagées nécessite l'existence d'un pilote mais aussi d'une gouvernance partagée à tous les niveaux, avec une volonté politique cohérente et soutenue dans la durée. La notion de durée est importante. Aujourd'hui, nous voyons encore beaucoup d'actions complémentaires en faveur de l'intégration qui donnent l'impression, sur le terrain, d'être en concurrence et fragmentées. En réalité, c'est le point de départ de la construction d'un système plus cohérent. Je vous remercie.

### **Dominique LIBAULT**

Merci Catherine. Nous avons compris que cette démarche spécifique de construction des parcours n'est pas propre à la France. Nous avons entendu les conditions nécessaires à la réussite de cette démarche. Les questions de la gouvernance ou de l'étude de cas sur le terrain apparaissent comme importantes. L'objectif est, je le rappelle, une meilleure prise en charge des personnes âgées. C'est notamment l'une des ambitions du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie : le PAERPA. Claire Scotton va vous en parler. En quoi consiste le PAERPA ? Où en êtes-vous ? Quelles leçons peut-on tirer de ce dispositif qui touche aujourd'hui beaucoup de territoires en France ?

### **4) Où en est le PAERPA**

#### **Claire SCOTTON**

Malgré son nom barbare, le PAERPA commence à être connu au-delà des neuf territoires pilotes de sa mise en œuvre. En 2010 et 2011, deux rapports du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie qui rassemble les institutions sanitaires de l'assurance maladie et les professionnels de santé mettent en avant l'importance de la coordination dans la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées en particulier. C'est toute l'ambition de PAERPA. Il s'agit bien d'agir sur les points de rupture dans la totalité du parcours de santé d'une personne âgée qu'elle soit à domicile, en

EHPAD, et quels que soient les événements de sa vie, qu'elle soit hospitalisée, qu'elle retourne à domicile. La PAERPA apporte une réponse pour que chaque personne reçoive le bon soin au bon moment par le bon professionnel.

Très concrètement, cette démarche est testée dans neuf territoires pilotes sélectionnés l'an passé par la ministre des Affaires sociales, de la santé et des femmes. Ces neuf territoires sont très divers, plus ou moins grands. Il y a deux départements, la Mayenne et les Hautes-Pyrénées, un territoire moins peuplé comme le Lochois dans la région Centre. Il y a des territoires ruraux et d'autres plus urbains comme Bordeaux. Nous sommes en train de tester des prototypes, c'est-à-dire des dispositifs de coordination et de solutions apportées aux ruptures de prise en charge, avant d'envisager une extension à tous les territoires. Vous m'avez posé la question de l'état d'avancement des projets. Cette démarche a été votée par le législateur dans la loi de financement 2013 de la Sécurité sociale. C'était il y a deux ans, et le temps précédant la mise en œuvre effective peut sembler long. Les parcours sont aujourd'hui lancés depuis le 1<sup>er</sup> octobre. C'est important de préciser que ces deux années furent nécessaires pour préparer les différents acteurs de sorte que les parcours ne soient pas désincarnés mais qu'ils s'appuient sur la réalité existante.

Concrètement, différentes actions sont mises en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2014 dans le cadre du PAERPA notamment les premiers plans personnalisés de santé illustrés avec talents par les élèves de l'EN3S avant cette table ronde. Ces plans personnalisés de santé sont l'une des actions clés de PAERPA. Ils formalisent le travail en équipe des professionnels de santé et de proximité. L'infirmier, le pharmacien, le médecin traitant ou le masseur-kinésithérapeute vont se réunir et formaliser un plan d'action sur une durée plus ou moins longue, qui peut être de deux ou douze mois par exemple, pour prioriser les besoins de chaque patient âgé et adopter des solutions concrètes. Des personnes âgées bénéficient désormais de ce dispositif.

Sur le plan professionnel, on peut s'appuyer sur des Coordinations Territoriales d'Appui (CTA) qui permettent aux praticiens de se recentrer sur leur corps de métiers. En effet, ces coordinations assurent la coordination avec le social et apportent une orientation vers l'offre de soins disponible sur le territoire. Cela peut être crucial notamment pour les sorties d'hospitalisation quand on cherche un hébergement d'urgence en EHPAD ou une aide à domicile ou des aides sociales. Il revient aux CTA d'activer une aide sociale ou d'apporter un soutien aux professionnels de santé dans la formalisation et le suivi des plans personnalisés de santé. Ces CTA s'appuient sur les structures existantes. Je le souligne car c'est un principe essentiel de PAERPA : nous évitons de créer des structures qui viendraient ajouter une couche au mille-feuilles. Un travail important de préparation a été conduit pour identifier les dispositifs et les initiatives existants dans les territoires, de sorte à seulement apporter le complément nécessaire. Cette CTA s'appuie donc notamment sur le dispositif MAIA qui vient de vous être présenté. Ce dispositif répond tout à fait à l'ambition du PAERPA pour apporter une réponse unique aux professionnels et aux personnes âgées en les aidant.

La troisième action clé est la sortie d'hôpital, où la CTA joue un rôle important. Cela peut être un moment difficile à vivre pour les personnes âgées hospitalisées. Il faut préparer cette sortie le plus en amont possible, dès l'entrée en court séjour par exemple. Les agents de santé contractualisent avec les établissements de santé pour faire en sorte que la sortie d'hospitalisation soit préparée en amont, en cohérence avec les dispositifs existant de l'assurance maladie ou des CARSAT ou des caisses d'assurance vieillesse.

La quatrième action clé porte sur les médicaments. Les prescriptions médicamenteuses et l'observance chez les personnes âgées peuvent souvent être néfastes. De temps en temps, il convient d'effectuer une action de nettoyage d'ordonnance pour contrôler la totalité des prescriptions effectuées par les différents médecins. Pour préparer des sorties d'hôpital dans de bonnes conditions, nous testons des actions de conciliation médicamenteuse. Nous réalisons une revue complète des différents médicaments prescrits à une personne âgée. Celle-ci est réalisée par le pharmacien



hospitalier en lien avec les professionnels de ville comme les gériatres pour s'assurer que la personne va continuer à suivre le traitement prescrit en sortie d'hospitalisation.

### **Dominique LIBAULT**

Revenons sur les conditions de réussite. Qu'est-il indispensable de faire pour arriver à cela ? Nous entendons qu'il s'agit de changements culturels. Quels sont les leviers, les atouts nécessaires à la réussite ? C'est peut-être tôt pour le dire, mais on se demande aussi comment maintenir cet effort dans la durée.

### **Claire SCOTTON**

Je vois trois plus un facteurs clés de succès. J'ai déjà commencé à les évoquer. Le premier est le grand nombre d'initiatives très positives existant déjà sur les territoires. Elles sont malheureusement souvent isolées. L'ambition de PAERPA est de les rendre reproductibles pour les généraliser et permettre à toutes les personnes âgées d'en bénéficier. Le second facteur de succès est l'importance de la mobilisation institutionnelle. Il faut pouvoir coordonner à un niveau stratégique tous les intervenants dont nous avons parlé, je pense en particulier aux services de l'Etat et aux Agences régionales de santé, aux Départements, aux Caisses d'assurance vieillesse et aux Caisses d'assurance maladie, ainsi qu'aux représentants des professionnels, notamment les professionnels de santé qui jouent un rôle clé pour mobiliser les équipes sur le terrain et faire en sorte qu'elles prennent l'habitude de se coordonner. Nous voyons qu'il existe des évolutions, y compris en dehors du cadre de PAERPA. Je pense notamment à la généralisation en cours de l'expérimentation sur les centres de proximité avec les nouveaux modes de rémunération de la coordination des équipes. Cela va dans le bon sens.

### **Dominique LIBAULT**

Il faut peut-être aborder les leviers de rémunération.

### **Claire SCOTTON**

Tout à fait, j'allais y venir. C'est le facteur « plus un » que j'évoquais. J'aborde au préalable le troisième facteur de réussite : il faut des outils simples et qui s'intègrent aux pratiques des professionnels. Si nous leur demandons de bouleverser leurs pratiques, leurs logiciels métiers et leurs habitudes, cela ne fonctionnera pas. Les outils prioritaires sont les outils métiers élaborés par la Haute Autorité de Santé. Ils font l'objet d'une amélioration sur la base des remontées d'informations fournies par les professionnels. C'est l'avantage de l'expérimentation. Je pense notamment à la synthèse médicale, un dossier patient résumant tous les antécédents de la personne, ses prescriptions, devant être transmis à l'hôpital en cas d'hospitalisation pour optimiser la prise en charge. De l'hôpital vers le professionnel de ville ou le médecin traitant, un document est envoyé le jour de la sortie d'hospitalisation pour améliorer la continuité de la prise en charge en évitant par exemple des examens qui doublonnent. Pour la simplicité d'utilisation, la question des systèmes d'information est centrale. Nous mettons en place des messageries sécurisées pour favoriser les transmissions dématérialisées. Chaque professionnel doit en disposer. En effet, les données de santé sont le plus souvent confidentielles. Nous avons le modèle de l'ASIP Santé, une messagerie gratuite à l'attention des professionnels de santé. Les professionnels peuvent aussi intégrer une messagerie sécurisée dans leur logiciel métier habituel en demandant à la Haute Autorité de Santé d'être formé. C'est le premier outil informatique d'échanges.

Nous avons aussi des outils de partage de données, c'est-à-dire de partage de documents. Je pense au tristement célèbre dossier médical personnel mis en place depuis plusieurs années. Pour l'instant, il s'agit d'un succès limité puisque seulement 500 000 dossiers sont ouverts dans tous les territoires. Le PAERPA provoque justement un changement de pratiques. Le nombre de dossiers ouverts sur les territoires d'expérimentation est exponentiel. Je voudrais enfin citer les outils de plates-formes. Ce

sont des plates-formes intégrées aux logiciels qui envoient des notifications dans les boîtes mail des professionnels pour leur rappeler des échéances par exemple.

Je voudrais aussi aborder le cadre juridique dérogatoire sur la transmission d'information. Nous en bénéficions dans le cadre de PAERPA. Il a été formalisé par décret en Conseil d'Etat et permet à tous les professionnels d'échanger les informations jugées pertinentes et nécessaires à la démarche de prise en charge des personnes fragiles. C'est relativement révolutionnaire. Ainsi, un professionnel intervenant à domicile, par exemple, peut bénéficier d'informations dès lors que le médecin traitant le juge utile, sous réserve du consentement de la personne âgée.

Peut-être un dernier mot sur le financement. Le PAERPA nous permet de bénéficier d'un financement complémentaire qui apporte de l'oxygène. Les ARS financent toutes ces actions par un fonds d'intervention régionale.

### **Dominique LIBAULT**

Nous reviendrons peut-être dessus. Nous constatons d'ores et déjà qu'il y a une petite révolution dans le fait de rémunérer le temps de coordination médicale, et pas seulement l'acte de diagnostic et de prescription. C'est important pour favoriser ce genre de pratiques. Il est également intéressant de voir comment les expériences conduites à l'étranger peuvent bénéficier aux professionnels de France. Nous allons aborder les zooms proposés par les élèves qui font des recherches sur le sujet. Ils ont notamment travaillé sur le moment spécifique que constitue la sortie hospitalisation. Il correspond à l'article 70 de la loi de 2012. Thibault Lapeyre va nous présenter l'état de la recherche sur le sujet.

## **5) Expérimentation sur les sorties d'hospitalisation**

### **Thibault LAPEYRE**

Merci de me céder la parole. Bonjour à tous. Comme l'a dit Dominique Libault, notre recherche action portait sur l'article 70 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2012. Avant d'évoquer les principales conclusions et orientations que nous avons pu mettre en exergue à l'issue de notre travail, je souhaite revenir sur la genèse du projet. C'est la même que pour PAERPA. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a produit deux rapports dans lesquels il suggère la mise en œuvre d'expérimentations de parcours de soins. L'objectif est double : la promotion de la proximité des parcours de soins des personnes âgées en perte d'autonomie et l'optimisation des dépenses publiques en particulier celles de l'assurance maladie. Suite à ces rapports, l'article 70 configure la réalisation de onze projets pilotes répartis sur sept régions à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 pour une durée maximale de cinq ans. Ces projets ont été choisis en ce qu'ils capitalisaient sur les expériences existantes, en particulier celles conduites par les réseaux gérontologiques. Chacun de ces projets comportait deux modules, le premier en amont de l'hospitalisation et le second en aval de l'hospitalisation. Ce dernier avait pour objectif d'améliorer la sortie d'hospitalisation.

Nous avons centré notre recherche action sur ce module. Notre travail visait principalement à établir un état des lieux de ces expérimentations et de leur mise en place sur les différents territoires selon les spécificités locales. Pour mener à bien notre travail, nous avons décidé d'interroger les ARS responsables de la mise en place de ces expérimentations, et conduit des entretiens avec des personnalités qualifiées comme la HAS ou la Conférence nationale de santé. Nous avons pu ainsi identifier trois axes prioritaires de travail : celui des jeux d'acteurs dans la mise en place des politiques publiques ; celui des réalisations concrètes des acteurs ; celui des relations entre les expérimentations de l'article 70 et d'autres dispositifs existants.

Les premières conclusions de notre rapport mettent en évidence la très forte implication des acteurs de terrain. Ils se sont constitués en facteurs clés du déploiement des expérimentations sur les territoires. Leur savoir-faire technique et leur connaissance

des singularismes territoriaux les ont aidé à construire les outils qui leur semblaient les plus adaptés sur leurs territoires. Citons par exemple la création d'une fiche de suivi à 30 jours sur le territoire de Grasse, ou ailleurs celle d'une fiche de sortie d'hospitalisation. Nous remarquons que la mise en œuvre concrète de la coordination des différents secteurs hospitalier, administratif et médico-social est la caractéristique commune à la réalisation de ces outils. C'est dans le lien entre les éléments médicaux et non médicaux que réside la clé du succès de la mise en place des démarches de parcours et de la bonne prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Je souhaite vous faire part d'une seconde conclusion. Nous avons observé une volonté de partage et de communautarisation de l'information. Cette démarche ne nous semble pas suffisamment aboutie aujourd'hui. Il est important que l'information soit disponible au moment où elle est requise et pour la personne qui en a réellement besoin. Il est donc moins important que les systèmes d'information utilisés soient identiques qu'interopérables. Nous pensons qu'une réflexion pourrait être conduite sur les différents applicatifs et terminaux utilisés par les personnes intervenant dans ces parcours. Le prisme du secret médical permet d'apprécier cela chez les professionnels de santé. En effet, ils ne peuvent pas s'y soustraire. Ces avancées technologiques en matière d'information doivent correspondre à un changement de pratiques professionnelles et managériales, qui se traduira par une utilisation systématique de ces outils communautarisés. En d'autres termes, il ne suffit pas de créer ces outils pour qu'ils soient utilisés.

Ensuite, nous avons noté que le développement d'une approche populationnelle devrait s'accompagner d'une évolution de la politique de rémunération, en particulier de la rémunération des actes de coordination. L'implication des différents acteurs dans une démarche de parcours se traduit en effet par des efforts de coordinations accrus : conseils, échanges d'informations, orientations, écoute. La difficulté est de trouver des critères objectifs, normalisés et partagés par tous pour prendre en compte ces actes de coordination.

Enfin, je souhaite aborder l'inscription des expérimentations conduites au titre de l'article 70 dans un ensemble plus large de dispositifs existants et intervenant dans le même champ que celui de notre étude. Il existe une accumulation et un enchevêtrement de plusieurs dispositifs mus par des logiques relativement différentes, par exemple des approches populationnelles ou des approches par pathologie. Par moments, la compréhension des champs que couvrent ces différents dispositifs semble difficile. Nous avons noté qu'il pourrait être intéressant de produire une réflexion sur l'accumulation de ces différents dispositifs et sur les relations qui existent entre eux. Une coordination peut s'avérer nécessaire pour clarifier les attributions de chacun aux yeux des acteurs mais aussi des personnes prises en charge. Je vous remercie.

### **Dominique LIBAULT**

Avec ce zoom sur une partie du parcours, nous trouvons un peu les mêmes conditions de réussite que nous avons vues précédemment : le système d'information, la coordination, etc. L'intérêt de ces expérimentations est justement de trier ce qui marche de ce qui ne marche pas. Le cas échéant, on parvient à savoir à quelles conditions améliorer son action. Le second zoom porte plutôt sur un acteur du parcours que sur un moment du parcours. Il s'agit de la HAD, l'hospitalisation à domicile.

## **6) La place de l'hospitalisation à domicile (EHPAD)**

### **Nathalie MOORE**

Bonjour. Je vais vous parler de l'hospitalisation à domicile en EHPAD. Il existe aujourd'hui un besoin grandissant de soins en EHPAD à cause du vieillissement du résident. Nous avons entendu ce matin que l'âge moyen d'admission en maison de retraite

est de 86 ans. La personne âgée admise en EHPAD est souvent très âgée, sans autonomie et nécessite des soins et une attention au quotidien. En outre, il est communément admis qu'une personne âgée se soigne mieux dans son environnement.

L'hospitalisation à domicile a été priorisée ces dernières années par les pouvoirs publics. La circulaire de décembre 2013 demandait par exemple aux ARS de doubler la part de l'hospitalisation à domicile d'ici 2018, que ce soit chez soi ou en maison de retraite. La même circulaire demandait aux ARS de mieux coordonner la prise en charge de l'hospitalisation à domicile avec le suivi social réalisé en établissement. Rappelons ce qu'est l'hospitalisation à domicile : c'est l'assurance à domicile pour une période à durée limitée et révisable de soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. C'est une alternative à l'hospitalisation classique, qui peut aussi s'inscrire en continuité. L'intervention HAD est réservée à quelques situations seulement. Seules 14 pathologies sont retenues en maison de retraite, par exemple le traitement intraveineux ou les soins palliatifs. L'hospitalisation en EHPAD globalement porteuse de quatre enjeux : un enjeu humain puisque la personne âgée se fait soigner sur son lieu de vie ; un enjeu de qualité de prise en charge puisque les maisons de retraite peuvent ainsi améliorer et harmoniser l'accès aux soins ; un enjeu d'organisation des soins puisque plusieurs interlocuteurs se coordonnent pour fluidifier le parcours de soins ; un enjeu d'efficacité pour ajuster les soins aux stricts besoins des résidents en maisons de retraite.

Notre recherche action a été ciblée sur l'identification et la proposition de recommandations pour faciliter le développement de l'intervention HAD en EHPAD. Nous avons identifié plusieurs hypothèses de travail et réalisé un travail de terrain en interviewant les cinq établissements HAD de la région Rhône-Alpes ainsi que 10 maisons de retraite. Pour chacune d'elles, nous avons rencontré le directeur et le médecin coordinateur de l'établissement. De plus, nous avons envoyé un mailing à 120 EHPAD dans le Rhône et 105 EHPAD dans la Loire. Aujourd'hui, nous vous présentons les premiers enseignements que nous avons tirés de cette recherche action.

Nous avons constaté que l'activité HAD était globalement en hausse. Le nombre de journées de HAD est multiplié par deux par rapport à 2007. Les deux principales raisons d'intervention en HAD sont les soins palliatifs et les pansements complexes. La plupart du temps, la HAD intervient après une hospitalisation. 40 % des interventions concernent les plus de 75 ans. Bien que la HAD soit en hausse, l'activité reste faible en EHPAD. En 2012, seules 4 % des journées de HAD ont été réalisées en EHPAD, contre 1 % en 2008. Nous avons noté des pratiques très hétérogènes de recours à la HAD entre EHPAD. Nous en avons conclu que le dispositif HAD était très superficiellement connu par les EHPAD. Nous proposons donc un meilleur partage institutionnel de ce dispositif auprès des EHPAD pour que les maisons de retraite puissent mieux en connaître les critères d'admission et de recours, ainsi que les bénéfices pour elles-mêmes et pour leurs résidents. Durant notre enquête, nous avons aussi constaté que l'EHPAD n'est pas un domicile comme un autre. Nous avons ainsi remarqué que l'investissement des médecins et infirmiers coordonnateurs avant et pendant l'intervention HAD était un facteur clé de réussite. Tant du côté HAD que du côté EHPAD, tous les acteurs que nous avons rencontrés nous ont expliqué que le personnel paramédical devait s'adapter à une intervention en maison de retraite. Pour ce faire, les établissements de HAD investissent dans la formation continue. Nous avons entendu que l'intervention d'un personnel salarié HAD en EHPAD pourrait jouer un rôle de facilitateur. Au sein des EHPAD, la HAD n'est pas intégrée comme élément à part entière de la prise en charge des résidents. Nous souhaitons proposer une réflexion dans le projet médical de l'établissement pour que la HAD soit un outil en continuité de la prise en charge médicale assurée par l'EHPAD. Nous avons remarqué que cela fonctionne là où l'équipe paramédicale s'implique le plus pour faire entrer la HAD dans l'EHPAD. Il est également important que le résident et sa famille soient informés dès l'entrée dans l'établissement. Ainsi, le jour d'un recours à la HAD, ils ne sont pas surpris. Dans les établissements où les prises en charge HAD sont anticipées, c'est-à-dire dans ceux où l'équipe médicale et paramédicale se pose régulièrement la question de l'intérêt

de cette intervention pour tel ou tel résident, cela se passe mieux le jour où on décide d'y recourir. Le niveau de coopération entre la HAD et l'EHPAD est également déterminant.

Nous avons vu que cela fonctionne bien en cas de coopération en amont de la prise en charge, par exemple pour se mettre d'accord sur les outils partagés et informatisés pour la transmission d'informations. La coopération pendant l'intervention est également primordiale. Un dialogue continu doit s'instaurer entre les deux équipes. Il est important de se dire ce qui va bien et ce qui ne va pas pour la pleine et entière réussite de l'intervention. Voici en quelques mots le retour d'expérience dont nous pouvions vous faire part. Il peut se résumer en trois mots : information sur le dispositif, coopération des acteurs et intégration du recours à la HAD dans le parcours du résident entrant en EHPAD. Dans les paroles que nous avons recueillies, nous avons considéré que le dispositif pourrait évoluer de sorte à favoriser son extension, notamment grâce à l'assouplissement ou l'élargissement des critères d'intervention. On peut donc imaginer une expérimentation sur la base de critères un peu plus étendus. Le rôle des médecins coordonnateurs pourrait lui évoluer, un rôle qui est déjà en débat dans nombre de structures. En EHPAD par exemple on se demande si le médecin coordonnateur pourrait devenir médecin traitant des résidents. Dans les établissements de HAD, on évoque la possibilité que le médecin coordonnateur devienne prescripteur comme c'est le cas lors d'une hospitalisation classique. Voici donc un sujet promis à de belles réflexions futures pour promouvoir sa plus-value dans le parcours des résidents en maison de retraite. Je vous remercie.

#### **Dominique LIBAULT**

Merci beaucoup Nathalie. Nous voyons, une fois encore, dans cet exemple, la possibilité d'améliorer les soins en territorialisant les interventions des uns et des autres. Nous allons terminer avec Benoît Bordry.

### **7) Amélioration des parcours des personnes âgées en perte d'autonomie et outils d'évaluation des besoins**

#### **Benoît BORDRY**

Merci Monsieur LIBAULT. L'objet de notre recherche action portait sur les MAIA. Le dispositif MAIA est issu de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012. Son but était d'améliorer l'articulation entre les différents acteurs pour optimiser l'efficacité de la prise en charge de la personne dépendante. La méthode MAIA est avant tout une méthode d'action, méthode pour l'autonomie et l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Elle a d'abord été déployée sur 17 sites dans le cadre d'une expérimentation, puis élargie sur l'ensemble du territoire. Elle concerne aujourd'hui toutes les personnes dépendantes. La MAIA repose sur trois piliers : le premier est celui des instances de coordination au niveau tactique et stratégique. Il s'agit essentiellement de tables de concertation entre les différents partenaires. Ensuite, il s'agit d'harmoniser la prise en charge avec la notion de guichet intégré, pour un accès à l'accueil et l'information pour une orientation de la personne vers la ressource adaptée. Le troisième pilier repose sur l'émergence d'un nouveau métier, celui de gestionnaire de cas pour la prise en charge de situations complexes. Il s'agit d'un véritable métier au cœur du système, son but étant d'accompagner les aidants comme les aidés en faisant l'interface entre les partenaires et les personnes dans le cadre d'une évaluation continue qui donne lieu à un plan d'action.

Dans ce cadre, l'objet de notre recherche action revient à comparer deux structures MAIA, la MAIA du Puy-en-Velay créée en 2009 lors de l'expérimentation sur un territoire rural, à la MAIA de Lyon centre-est intégrée dans la filière gérontologique et créée en 2012 sur un territoire urbain. Les deux sont portées et pilotées par le Conseil Général. Nous avons voulu déterminer les leviers et les freins à la réalisation de la mission MAIA. Deux grands axes problématiques se sont présentés à nous : le contexte d'implantation d'une part, la méthode d'évaluation de la dépendance d'autre part. Nous avons élaboré et

adressé des questionnaires aux partenaires principaux des deux MAIA concernées : CLIC, CCAS, ARS, etc. L'idée était de mener une enquête de terrain pour vérifier l'appropriation de la méthode par le terrain et observer l'incidence du contexte sur la réussite du projet MAIA. Dans ce cadre, nous avons découvert un certain nombre de leviers qui favorisent la réussite du projet. Le premier est la préexistence d'un réseau de partenaires établi, qui se concertent et qui entretiennent des relations de travail constructives dans le cadre d'échanges interpersonnels structurants. Nous l'avons bien remarqué dans le milieu rural, où ces relations prennent davantage d'importance en particulier autour du médecin de famille.

En interne, nous avons noté l'importance de la personnalité du pilote. C'est le chef de la structure, il a une personnalité de manager, une expérience professionnelle décisive et un profil particulier. La complémentarité des gestionnaires de cas est également nécessaire : infirmiers, psychologues, assistantes sociales. La recherche a aussi permis d'identifier des obstacles majeurs à la bonne conduite du projet MAIA. La multiplicité des acteurs en est un. Ce peut être un levier ou une contrainte. En effet, plus il y a d'acteurs, plus il est difficile de se connaître ce qui impacte la connaissance réciproque des missions de chacun. La différence de logiques entre le social, le médico-social et le médical constitue également un frein. Cela rend le dialogue difficile.

Cette recherche a permis d'élaborer des préconisations. Je vais citer les principales. Nous pensons qu'il faut accorder une attention particulière à la fonction de pilote et aux compétences du pilote : l'animation partenariale est ainsi une dimension importante de la fonction. La gestion de projet en est une autre. En plus de la connaissance du réseau sur le territoire, il faut pouvoir porter un regard transversal. Concernant la gouvernance des MAIA, nous pensons qu'il est nécessaire de développer les processus d'évaluation de l'impact de la mission sur le territoire avec des indicateurs précis et une démarche qualité intégrée. Cela contribuera à la performance du dispositif, notamment en aidant le pilote à emmener son équipe vers un objectif. Il nous semble aussi nécessaire d'accompagner le pilote tout au long de sa mission par des formations appropriées sur tous ces items. Concernant l'évaluation de la dépendance, il nous semble important de prendre en compte sa dimension multi-dimensionnelle : cognitive, fonctionnelle, relationnelle, etc. Cette prise en compte doit se faire dans un outil commun et global. Nous avons parlé tout à l'heure d'un dossier partagé que pourrait alimenter l'ensemble des partenaires lors de la prise en charge de la personne dépendante. L'idée est de consolider les évaluations pour une prise en charge plus efficace.

En guise de conclusion, on peut dire de manière générale que l'objectif du guichet intégré n'est pas encore atteint dans les deux MAIA observées. Ceci étant, il est en passe de l'être car les MAIA s'appuient sur l'expertise de tout le réseau et l'implication des partenaires qui est prégnante sur les deux territoires observés.

### **De la salle**

Sur le terrain, on nous a dit qu'on trouve les réseaux de santé et les CLIC. On aimerait que l'ARS et le Conseil Général se parlent. Ils ont mis dix ans à le faire. Résultat des courses : MAIA est né. Très bien. Nous nous sommes reconnus dans MAIA et dans PAERPA. Maintenant, on nous annonce des plates-formes d'appui quels que soient l'âge et les pathologies. Cela pose problème pour la compétence de gérontologie. On trouve ensuite Sophia, les équipes mobiles du CHU. La coordination de la coordination devient plus complexe. Nous souhaitons une politique plus cohérente.

### **Dominique LIBAULT**

Vous appelez de vos vœux un gérontopôle, tout simplement. Le risque de ces démarches de coordination venant de différents acteurs est effectivement la perte de visibilité. Les pouvoirs publics tentent d'y être sensibles. Ils font face eux-mêmes à plusieurs vecteurs. Le Ministre de la Santé et celui de l'Autonomie des personnes âgées doivent être en phase. Il faut aussi compter avec les alternances politiques. Tout cela est

compliqué. Personnellement, je crois au niveau d'action local. A partir de ces outils, c'est aux acteurs locaux de développer des bonnes pratiques. L'implication de l'ARS au niveau régional représente un progrès significatif vers le décloisonnement des services de l'Etat. Ensuite, aux acteurs locaux de s'entendre pour créer la plus grande cohérence et la plus grande lisibilité possibles pour la prise en charge de l'ensemble des personnes âgées et dans leur intérêt.

## VI - LES GERONTOPOLES AU CŒUR DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

*Table ronde animée par Rémi BOUVIER, directeur général de la Mutualité Française Loire et Haute-Loire*

*Participent à cette table ronde :*

*Régis GONTHIER, Professeur au CHU de Saint-Etienne*

*Thomas CELARIER, gériatre, médecin du travail, CHU de Saint-Etienne*

*Jean-Christophe BERNADAC, directeur des systèmes d'information, CHU de Saint-Etienne*

*Marie-Christine DIANA, gériatre, médecin coordonnateur, CHU et Mutualité française Loire SSAM*

*Véronique GEOURJON, directrice Social, santé publique, lutte contre les discriminations, CCAS de la Ville de Saint-Etienne*

*Nadia KHAMMAR, Chef de Projet – Association de Préfiguration Pôle Gérontologique et de l'Autonomie de Saint-Etienne*

*Marie-Claire RENAUT – Pilote MAIA – Conseil Général de la Loire*

*Georges ZIEGLER, adjoint aux Affaires sociales de la Ville de Saint-Etienne, premier vice-président du Conseil général de la Loire*

### 1) Rapport introductif

*Cécile LHOMET et Sébastien CABON, étudiants à l'EN3S, interprètent une saynète.*

*L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de Saint-Gier de Feurs sur Loire (Ehpad), « petit » Ehpad de campagne, reçoit un courrier du gérontopôle de la Loire l'invitant à venir participer à sa réunion de lancement. La directrice de l'établissement va à la rencontre du médecin coordonnateur pour discuter de l'opportunité de s'y rendre.*

*Directrice : Bonjour Sébastien, je viens de recevoir une invitation à la réunion de lancement du gérontopôle de la Loire.*

*Médecin : Bonjour Cécile, je ne savais pas qu'il y avait un gérontopôle dans le coin !*

*Directrice : Et bien visiblement oui, il y avait un projet en réflexion qui semble avoir abouti. Il en existe déjà plusieurs en France, certains portent le nom de gérontopôle comme en Midi-Pyrénées et en Pays de la Loire, d'autres, celui de Pôles de Gérontologie Interrégionaux de Bourgogne & Franche-Comté et du Nord-Ouest. Je sais que d'autres sont en cours de réflexion et de création. Par contre pour ma part, je ne vois pas bien à quoi ça sert un gérontopôle ?*

*Médecin : J'ai lu dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement que leur mission est de rapprocher et de dynamiser autour du vieillissement les acteurs de la recherche, du soin, de la formation et de l'entreprise.*

*Directrice : Est-ce que tous sont organisés de la même manière et font les mêmes activités ?*

*Médecin : Non, ils ont quand même de grandes spécificités et n'ont pas la même organisation.*

*Directrice : Tu pourrais me donner quelques illustrations ?*



Médecin : Je sais que le gérontopôle Midi-Pyrénées a ciblé deux thématiques de recherche : la maladie d'Alzheimer et la Sarcopénie.

Directrice : Pardon ? Sur la sarcopénie ?

Médecin C'est la fonte musculaire observée avec l'avance de l'âge.

D'accord, plus concrètement, et à titre d'illustration, le gérontopôle de Toulouse participe à des essais thérapeutiques, met en place des études de grande envergure dans la prévention du déclin cognitif et de la maladie d'Alzheimer.

Le gérontopôle des Pays de la Loire anime des séminaires sur la « nutrition et longévité », organise des réunions d'information sur la nutrition et l'alimentation des seniors, des journées de formation à destination des professionnels de santé sur la prise en charge du diabète chez les personnes âgées. Il a aussi développé tout un axe sur la prévention des chutes et accompagne un projet privé de recherche et développement pour le développement d'un fauteuil ergonomique pour seniors. Ce gérontopôle a pignon sur rue : en partenariat avec le Conseil Régional des Pays de la Loire, une Maison de l'autonomie et de la longévité a été inaugurée à Nantes en 2013.

Ce que je retiens, c'est que les gérontopôles, avec des degrés différents dans leurs mises en œuvre, sont :

- 1) des laboratoires de recherche et d'innovation sur le vieillissement,
- 2) des centres d'initiative et de portage de projets, ce qui constitue une réelle plus-value.

Directrice : Je pense que pour nous, Ehpad, le gérontopôle peut présenter un intérêt pour former nos équipes, échanger avec d'autres... mais au fond, je trouve tout ceci très centré autour du médical, de l'hôpital, ou plus largement de la gériatrie.

Médecin : Oui, je te confirme, je dirais même un cadre centro hospitalo-universitaire puisqu'ils sont presque tous portés par un CHU alors même que l'objectif est que la Personne Agée ne vienne pas à l'hôpital !

J'ai même l'impression qu'il manque des acteurs importants dont le médecin traitant qui est quand même à la base de la médecine du premier recours et de proximité. Tiens, je vais en parler à mon collègue qui est à l'Union Régionale des Professionnels de santé - Médecins Libéraux.

Directrice : Je me demande s'il n'y aurait pas un intérêt à élargir le champ de réflexion et d'action en s'intéressant aux implications du vieillissement au sens large : la santé, l'économie, mais aussi la psychologie, la sociologie... Est-ce que l'enjeu principal des gérontopôles ne serait pas de faciliter l'interdisciplinarité au-delà de la problématique de la prévention, de la prise en charge de la maladie ou de la dépendance ? Ils répondraient ainsi plus largement à la définition de la santé au sens de l'OMS : la santé étant comprise comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Est-ce que les gérontopôles ne devraient pas plus prendre en compte le contexte social en intégrant plus largement des partenaires sociaux, notamment les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), les services sociaux du Conseil Général, les associations de personnes âgées ? Et puis, je me demande également si les gérontopôles ne sont pas des acteurs qui viennent s'ajouter à de nombreux autres préexistants ?

Médecin : J'avoue que la réponse à cette question du positionnement des gérontopôles n'est pas simple. Nous avons déjà notre filière gérontologique, les équipes mobiles de gérontologie, de soins palliatifs et puis, il y aura peut-être bientôt PAERPA. Tu ne connais

*pas ? C'est un nouveau dispositif expérimental dans certaines régions qui vise à améliorer le parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie.*

*Directrice : Par ailleurs, je me pose la question de savoir qui les finance. A l'heure, où les Pouvoirs Publics nous demandent des efforts sur les dépenses publiques, je ne sais pas où ils trouvent l'argent : les Agences Régionales de Santé, le Conseil Régional, le Conseil Général ? Est-ce que, dans la nouvelle loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, il parle des modalités de financement des gérontopôles ?*

*Médecin : A priori : non ! Du moins, je n'ai rien vu en ce sens.*

*Directrice : Tu sais, sur une tout autre problématique, je crains toujours que l'on sous-estime la grande diversité que représente le groupe appelé « personnes âgées ». Nous le voyons bien dans note Ehpad, par exemple certaines personnes ont plus l'habitude de prendre soin d'elles en pratiquant des activités sportives, en portant attention à leur alimentation, à leur santé ...*

*Et puis, le groupe « personnes âgées » est composé de plusieurs générations : ceux aujourd'hui pris en charge dans notre Ehpad appartiennent aux plus âgés, de plus de 75 ans. Les plus jeunes de ce groupe, les papy-boomers auront-ils les mêmes besoins ? Accepteront-ils d'être traités de la même manière ? Et plus tard, qu'en sera-t-il des futures personnes âgées, enfants des baby-boomers ?*

*Médecin : Justement, les gérontopôles dont l'une des clefs d'entrée est la recherche doivent avoir vocation à anticiper ces évolutions au-delà du simple constat du vieillissement de la population.*

*Directrice : Pour en avoir le cœur net, je crois que ça vaut le coup de participer à cette première rencontre de lancement du gérontopôle pour y poser nos questions !*

*Médecin : Je te propose même mieux, nous pouvons aussi nous rendre au colloque Défi Autonomie car une table ronde est organisée au tour de cette thématique : les gérontopôles au cœur de la prise en charge des personnes âgées !*

## **2) Les gérontopôles**

### **Rémi BOUVIER**

On peut se demander ce qu'est un gérontopôle. Tout à l'heure, vous avez vu la carte des différents gérontopôles en France. Aujourd'hui, nous voulons répondre concrètement à cette question en vous montrant des exemples et des actions concrètes. Des professionnels travaillant sur le terrain vont témoigner. Il a été dit que la plupart des gérontopôles étaient au centre de la recherche. Nous développerons cette thématique. Il a également été dit que ces établissements sont hospitalo-centrés, aux antipodes du soin. Nous en reparlerons. Des soins de haute technicité cohabitent avec la prise en charge sociale car les deux sont nécessaires.

Nous avons fait le pari compliqué de ne pas être hospitalo-centrés. On entend par là toutes les structures de chirurgie et de médecine de court séjour. Nous n'avons pas voulu centrer notre gérontopôle uniquement sur ces structures. A contrario, nous avons voulu y faire participer l'ensemble des acteurs du territoire. Cela part de la prise en charge à domicile et va jusqu'à la plus haute technicité qui a lieu au service du Professeur Gonthier.

Quand on essaie d'être exhaustif et faire des choses plus complexes, cela prend du temps. Nous n'avons pas craint de relever ces défis dans notre département, un territoire très vieillissant avec un certain niveau de pauvreté. Le double défi à relever porte sur notre capacité à intégrer des volumes importants et une efficacité supérieure à celle qu'on

rencontre généralement. Je peux d'ores et déjà dire que nous avons presque transformé l'essai. Pour ce faire, nous avons étudié l'ensemble des projets de ce type en France. L'an passé, une première réunion s'est tenue au siège de la Mutualité française. L'ensemble des gérontopôles s'y trouvaient. Nous avons commencé à travailler sur quelques axes.

En voyant l'ensemble des acteurs ici présents dans la tribune, on voit l'habitude de travailler ensemble. Vous avez eu un exemple sur les HAD et les EHPAD. Je dois dire qu'il est déjà difficile de faire travailler les acteurs d'une même organisation. En effet, chaque professionnel dans sa structure travaille pour sa structure avec une certaine orientation. Il faut faire dialoguer les structures ensemble, ce qui est plus facile à dire qu'à faire quand chacun a des journées chargées. Toujours par souci d'exhaustivité, nous nous sommes entourés d'éminentes personnalités comme le Professeur Matillon ainsi que des représentants de la Cité du design ou encore de l'Ecole des mines. Je cite également l'EN3S qui fait partie intégrante du projet. Tous ces acteurs se réunissent pour travailler sur ces gérontopôles. Professeur Gonthier, nous avons entendu qu'il fallait éviter d'être hospitalo-centré. Avec votre équipe, vous avez réfléchi à la façon d'éviter le passage aux urgences. Pouvez-vous nous en parler ?

### **3) Améliorer la qualité et l'accès aux soins**

#### **Régis GONTHIER**

Oui, c'est un vrai sujet. Une des grandes ambitions des gérontopôles est de s'approcher au plus près des personnes qui vieillissent et participer à cette adaptation de la société. La loi essaie de nous mettre sur la voie, mais elle ne sera pertinente que si elle est accompagnée par les acteurs de terrain. Actuellement, je suis un gérontologue heureux. En effet, je me suis rendu compte que tous les acteurs locaux et les décideurs de la région stéphanoise et de la région Rhône-Alpes ont pris conscience de ce vieillissement. Important qui concerne notre ville et d'autres en France. Tous font un effort pour anticiper les problèmes et s'adapter. C'est vrai que c'est une aventure. Les élèves de l'EN3S sont rigoureux et l'ont tout de suite remarqué dans leur présentation. Si le paysage des gérontopôles est très divers, il existe une préoccupation commune. Si nous mettions les gérontopôles ensemble dans cette salle, nous verrions qu'une préoccupation commune les anime : comment améliorer le vieillissement à domicile et faire de la prévention pertinente, adaptée au grand âge et non pas calquée sur ce qu'il est légitime de faire ? Comment l'usager utilise-t-il mieux l'hôpital ? Nous savons à ce sujet que l'utilisation des urgences est une difficulté. Là-dessus, je laisse Thomas Celarier nous relater une expérience mise en œuvre pour éviter le passage aux urgences.

#### **Thomas CELARIER**

Merci Professeur Gonthier. Nous sommes partis d'un constat : les urgentistes se plaignaient souvent en voyant arriver une personne âgée sur un brancard. « Pourquoi encore chez nous ? Pourquoi encore une personne âgée ? Elle aurait dû entrer à l'hôpital. » Nous nous sommes réunis pour en discuter et nous sommes rendu compte que la seule porte d'entrée de jour que nous proposons aux personnes âgées semblait être les urgences. En effet, pour entrer autrement il fallait réussir à joindre le bon docteur, au bon moment, que celui-ci soit disponible, que sa secrétaire ne fasse pas le filtre, que le fax arrive au bon endroit. Finalement, le médecin généraliste n'avait pas d'autre solution que l'envoyer aux urgences. En discutant ensemble et avec les urgentistes, nous avons décidé de créer une ligne téléphonique directe au bout de laquelle répond un médecin, sans secrétaire, sans autre filtre téléphonique. Cette ligne est dédiée à la médecine libérale, aux médecins coordonnateurs, pour permettre de parler directement à un gériatre de l'hôpital. Ce gériatre hospitalier bénéficie de trois lignes dédiées jusqu'à 14 heures environ. Au début, nous n'avons pas su comment diffuser l'information sur ce dispositif. Nous avons envoyé des courriers aux médecins généralistes. Nous avons diffusé ce numéro de téléphone. Nous ne voulions pas le faire par voie de presse car nous ne voulions pas être

saturés. Nous voulions que cette ligne soit directement utilisée par les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs.

Ce dispositif a été très efficace. Les six premiers mois, nous avons reçu quelque 200 appels. Sur les appels des dix derniers mois, le taux d'hospitalisation est d'environ 70 % soit 650 hospitalisations directes qui passaient habituellement par les urgences. Pour une faible part, nous ne sommes pas capables de savoir si cela provient de la mise en place de la hotline. Une chose est sûre : nous avons réellement réussi à apporter un dispositif intéressant aux médecins.

### **Rémi BOUVIER**

Les chiffres sont impressionnants. Savez-vous quel volume de personnes âgées est actuellement pris en charge aux urgences, et la part de celles qui pourraient l'éviter ?

### **Thomas CELARIER**

Nous nous sommes demandés ce qu'est une hospitalisation non justifiée. La réponse n'est pas évidente, et nous avons mis à jour que le système est défaillant en ne proposant aucune autre alternative à l'hospitalisation directe. Peut-être la continuité des soins en ville est-elle également discutable. Les hospitalisations non justifiées suite à un passage aux urgences sont de l'ordre de 15 à 20 %.

### **Rémi BOUVIER**

C'est intéressant, car on comprend qu'on ne va pas de façon injustifiée aux urgences. C'est une saine démarche. C'est à nous de mettre en place les bons outils pour éviter une démarche qui ne doit pas avoir lieu. Communiquez-vous sur ces résultats auprès des EHPAD ?

### **Thomas CELARIER**

Nous avons communiqué avec les EHPAD lors de la mise en place de la hotline. Nous rencontrons régulièrement les médecins coordonnateurs des EHPAD. Ensuite, je pense qu'ils diffusent l'information auprès des médecins généralistes intervenant en EHPAD. Je pense, honnêtement, que les EHPAD sont plutôt bien informés du dispositif.

### **Rémi BOUVIER**

Dans la salle, un médecin coordonnateur d'un EHPAD souhaite poser une question. Avez-vous l'expérience de ce qui vient d'être décrit ?

### **De la salle**

Je vais même élargir. Je suis coordonnateur en EHPAD mais également dans un réseau de santé gériatrique. La hotline présente un très grand intérêt. Elle permet d'éviter les hospitalisations, ou de les prévoir quand elles sont nécessaires, ou éventuellement d'avoir un avis ponctuel. Cette initiative est donc très intéressante. En revanche, je suis assez dubitatif sur les MAIA. Je pense que c'est encore à développer.

### **Régis GONTHIER**

Ce que vous dites est très important. Il y a beaucoup de cas en gériatrie et en gérontologie où l'on hésite. On ne sait par exemple pas si une personne déjà en maison de retraite tirera un bénéfice de l'hôpital. Prenons l'exemple d'une chute, avec douleur mais apparemment sans fracture ni impotence. Faut-il hospitaliser ou pas ? La possibilité d'appel téléphonique direct sur la hotline permet à un confrère de repositionner son jugement. Ce jugement acquiert alors plus de solidité. Ainsi l'hospitalisation est plus justifiée quand elle est décidée. C'est une aide absolument considérable. Quand le Docteur Celarier a mis en place ce dispositif, il a tenu à ce que cela se déroule entre confrères. Il a veillé à ce que la hotline ne soit pas au service de n'importe qui, par

exemple d'une concierge ou d'un parent. Il s'agit là d'un avis entre professionnels pour émettre un jugement clinique de qualité et ne pas utiliser l'hôpital à mauvais escient. Je crois que cela constitue vraiment un plus. Le second dispositif mis en place consiste à bloquer des lits. Ainsi, le médecin qui fait face à une situation très difficile à domicile a la possibilité d'une entrée directe dans un lit d'hospitalisation. On court-circuite les urgences. Cela s'avère être un dispositif extrêmement pertinent.

### **Thomas CELARIER**

Nous aurions pu redouter des hospitalisations plus longues. Finalement, les durées de séjour sont plus courtes. Tout se passe comme si le temps passé aux urgences était un temps de perte d'autonomie et non une véritable chance pour le patient âgé. Par exemple, en cas de chute, quand les patients ne sont pas levés pendant 24 ou 48 heures aux urgences, c'est très délétère.

### **Rémi BOUVIER**

Mise en place d'un nouveau dispositif, être en capacité de réserver des lits, être en capacité de dialoguer avec le médecin coordonnateur d'EHPAD ainsi qu'avec le médecin généraliste : on voit déjà là se dessiner toute la complexité du système. Nous voyons que c'est possible. Il faut peut-être se donner rendez-vous l'an prochain pour avoir plus de recul et une meilleure évaluation.

### **Régis GONTHIER**

Nous espérons un impact très franc sur les urgences. Je me suis rendu compte que, en l'espace de quatre ans, le CHU avait 2 000 hospitalisations de sujets de plus de 80 ans à assurer en plus. Nous voulons bien sûr contribuer à réduire cette augmentation, et le vieillissement de la population nous préoccupe.

### **Rémi BOUVIER**

Nous allons passer à la deuxième expérimentation. Nous recherchons toujours cette amélioration de la qualité des soins dans les établissements. Nous allons cette fois demander à un expert des systèmes d'informations de nous expliquer, en quelques mots simples, ce qu'est la télémédecine et ce qu'il faut comme matériel. Peut-être faut-il démystifier le sujet. Nous avons toujours l'impression que l'informatique est une grande boîte mystérieuse, qui tombe en panne et qui peut être piratée. Qu'est-ce que la télémédecine ?

### **Jean-Christophe BERNADAC**

Nous l'utilisons déjà depuis plusieurs années, mais il a fallu attendre 2009 pour qu'elle soit reconnue par le législateur. Elle est définie comme une forme de pratique médicale à distance, utilisant les technologies de l'information et de la communication. Cette définition est une réponse organisationnelle et technique à un certain nombre d'enjeux que connaît notre système de santé. Il y a d'abord des enjeux épidémiologiques : le vieillissement de la population est au cœur de cet échange, avec l'augmentation du nombre des patients atteints de maladies chroniques et de multiples pathologies. Le second enjeu est démographique : il porte sur la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Le troisième enjeu est économique : il s'agit de faire face aux contraintes budgétaires en apportant de nouvelles réponses grâce à l'outil de la télémédecine.

En octobre 2010, le décret d'application de cette loi était publié. Cinq actes ont été identifiés comme étant de la télémédecine dans la pratique des médecins. Le premier est la téléconsultation. Un médecin assure classiquement la consultation d'un patient, mais il le fait à distance grâce à la télémédecine. Le patient reste sur son lieu de vie et le médecin sur son lieu de travail d'où il peut piloter la consultation. La télé-expertise est le second acte. Il s'agit de demande d'avis et d'expertises entre médecins. La télésurveillance médicale en fait aussi partie : un médecin interprète à distance un certain nombre de

paramètres médicaux enregistrés pour un patient. La téléassistance médicale entre également dans cette typologie. Un médecin assiste un autre professionnel de santé à distance pendant le déroulement d'un acte médical. On trouve enfin la régulation médicale. Le travail fait par le médecin régulateur du Samu par exemple est identifié comme un acte de télémédecine. A partir d'une relation téléphonique, celui-ci va essayer d'orienter une prise en charge médicale. Une stratégie de déploiement a été mise en place dans notre pays suite à ce décret d'application. Cinq chapitres prioritaires ont été identifiés et déclinés sur le territoire. On y trouve la prise en charge et la permanence des soins dans le cadre de l'imagerie médicale, la prise en charge des AVC, les maladies chroniques comme l'insuffisance rénale, cardiaque ou le diabète, et les soins à domicile ou en structure médico-sociale. Le débat du jour entre donc bien dans le cadre de ce déploiement.

D'un point de vue technique, nous utilisons aujourd'hui les technologies les plus avancées en matière de visioconférence, d'échanges de données médicales et de travail collaboratif. Cela peut permettre à un médecin situé dans un établissement de soins, à l'aide de matériels tels qu'une caméra haute définition, un outil de visioconférence pour échanger oralement avec le patient et les partenaires de soins, un accès en temps réel au dossier médical du patient, de participer à une prise en charge, voire de la piloter, d'effectuer une téléconsultation, de délivrer une expertise dans des conditions relativement proches de celles d'une consultation en présentiel. Ces outils sont aujourd'hui à disposition d'un certain nombre d'hôpitaux.

### **Rémi BOUVIER**

Il est intéressant d'entendre un directeur informatique nous parler de prise en charge et de télémédecine. Il ne nous parle pas de technique, de cryptage ou de légalité. Nous savons que cela suppose le déploiement de certaines techniques, mais nous entendons que ces techniques sont à notre disposition. Les enjeux de répartition géographique ou encore de prise en charge à distance sont très intéressants. Nous sommes loin d'une médecine au rabais. C'est une médecine expérimentale de haut niveau. Nous n'imaginons pas qu'il s'agit d'une pratique par défaut. Madame DIANA a justement mis en place une expérience de télémédecine dont elle propose de témoigner.

### **Marie-Christine DIANA**

Je vais vous parler un peu de notre expérience. Nous avons mis en place ce projet en partenariat avec la Mutualité française de la Loire dans l'EHPAD Bernadette à Saint-Etienne. Que peut nous apporter cette télémédecine ? Nous sommes heureux de pouvoir nous en servir. En premier lieu, cela facilite l'accès des résidents à des consultations avec des spécialistes du CHU et la Mutualité. Nous espérons ainsi diminuer le nombre des hospitalisations en urgence. Cela permet de diminuer les hospitalisations non programmées, ainsi que le transport et le déplacement des personnes âgées fragiles. Il s'agit d'une aide pour le médecin traitant qui est en rapport direct avec le spécialiste, ainsi que pour le médecin coordonnateur qui, je l'espère, pourra assister à ces téléconsultations. Cela devrait permettre d'élever la qualité des soins.

Nous avons commencé le projet plutôt avec des actes d'expertise qu'avec des consultations, dans le champ de la dermatologie. Nous préparons le dossier avec des photos que nous envoyons au dermatologue. Cela évite aux personnes de se déplacer, ce qui n'empêche pas une consultation chez le dermatologue ultérieurement.

### **Rémi BOUVIER**

Cette façon de travailler est-elle fiable ?

### **Marie-Christine DIANA**

Oui, car notre matériel est très sophistiqué. Quand nous photographions une plaie, elle est aussi visible que lors d'une consultation physique, notre matériel permettant des agrandissements de grande qualité. Nous pouvons aussi utiliser des caméras pour juger

de la profondeur de la plaie. Ce n'est donc pas une perte de chance pour les résidents, du moins dans le domaine de la dermatologie. Nous avons également prévu de travailler avec le Docteur Celarier pour limiter les consultations. Nous avons prévu de travailler avec la psychiatrie pour des consultations de suivi. Nous prévoyons également l'usage de ces outils pour les consultations post-opératoires et les consultations de douleur avec un médecin de la Mutualité. C'est un chaînon supplémentaire pour les soins des résidents.

### **Rémi BOUVIER**

Cela permet au médecin gériatre d'un EHPAD d'avoir accès à tous les spécialistes. Nous avons une question dans la salle. Vous dites avoir expérimenté la télé-médecine dans votre EHPAD.

### **De la salle**

Oui. Comme l'a dit le Docteur Diana, nous l'avons expérimenté avec la dermatologie au départ. Nous allons continuer avec les autres intervenants. Il y a moins de transport avec ces consultations, donc moins d'angoisse pour les résidents. Tout se passe dans leur lit, ce qui est très important pour eux. Lors de ces consultations, ils sont accompagnés par un médecin qu'ils connaissent ce qui est également important. Le projet a été présenté aux familles en conseil de vie où il a reçu un accueil très favorable pour les mêmes raisons : moins de stress pour les résidents et pour les aidants qui sont obligés d'accompagner leurs parents et d'attendre dans les couloirs et les salles d'attente. Nous espérons aussi favoriser la montée en compétence de notre personnel soignant grâce aux échanges avec les spécialistes. Habituellement, quand un résident part en consultation, nous sommes ensuite obligés de rappeler le spécialiste qu'il a consulté ce qui est une perte de temps pour tout le monde. Grâce à la télé-médecine, les échanges se font en direct avec le médecin coordonnateur et, pourquoi pas, le médecin traitant.

### **Rémi BOUVIER**

Vous venez d'enrichir notre débat avec cet élément que nous n'avions pas appréhendé : l'augmentation des connaissances. Merci pour ce témoignage. Nous avons aussi une vocation régionale et, si la grande Région le décide, nous pourrions en être le gérontopôle. Que pensez-vous de ce développement régional ?

### **Jean-Christophe BERNADAC**

Disons que le CHU de Saint-Etienne est un des établissements fondateurs du groupement de coopération sanitaire de Rhône-Alpes SISRA. Depuis une dizaine d'années, nous participons effectivement activement à la mise en place de projets régionaux en matière de télésanté. Nous avons beaucoup de chance en Rhône-Alpes, car nous travaillons depuis plusieurs années déjà à la mise en place d'une offre de télésanté à destination des professionnels. Il est bien évident que la télé-médecine en fait partie. C'est même aujourd'hui l'un des projets majeurs que nous essayons de promouvoir.

Comment cela fonctionne-t-il concrètement ? C'est un dispositif à plusieurs étages. A la base, il y a bien sûr les établissements de santé qui ont mis en place un certain nombre d'actions conformément à la stratégie nationale. Ensuite, un certain nombre de projets ont été confiés au GCS SISRA qui constitue ce qu'on appelle aujourd'hui un espace numérique régional de santé. C'est une organisation où différents projets de santé se mettent en place. SISRA s'est ainsi vu confier un certain nombre de projets structurants parmi lesquels on trouve la mise en place d'outils permettant d'échanger et de partager du matériel médical entre les établissements. Des investissements ont été faits dans le département, par exemple des centres d'hébergement de données. Le but est de mettre à disposition des établissements des outils très performants en matière d'imagerie médicale. C'est un pilier fondateur de la télé-médecine. En effet, l'imagerie médicale est essentielle dans la prise en charge. Selon moi, le projet fondateur de l'offre régionale de télé-médecine est l'investissement décidé par l'ARS en 2011 pour la prise en charge de l'AVC. Ce

dispositif a réuni de nombreux professionnels de santé, des directeurs d'établissements et de systèmes d'information. Ensemble, nous avons défini un cahier des charges de télémédecine initialement prévu pour les troubles neurologiques mais avec une vision plus large que pour ce seul domaine. Notre objectif était de pouvoir permettre à notre région d'accueillir et d'héberger l'ensemble des projets de télémédecine dont nous pourrions avoir besoin. Ce projet est passé en phase opérationnelle en 2012. Nous avons choisi un groupement industriel porté par trois sociétés françaises. Début 2013, nous avons pu équiper une cinquantaine d'établissements en Rhône-Alpes reliés à une plate-forme de télémédecine aujourd'hui opérationnelle dans ces établissements.

Le projet de télémédecine gériatrique sur lequel nous travaillons aujourd'hui découle de cet investissement et de ce travail. Nous avons essayé d'adapter l'organisation de la plate-forme pour permettre d'accueillir les nouveaux projets promus par la Mutualité dans deux départements pour commencer, dans les CHU de Grenoble et de Saint-Etienne. Nous avons travaillé ensemble sur un projet de télémédecine pour la prise en charge des EHPAD. Il a reçu un accueil favorable de l'ARS et s'est concrétisé. Il bénéficie entièrement du travail que nous avons conduit sur la plate-forme de télémédecine pour les AVC. A l'heure actuelle, nous disposons d'outils extrêmement performants adaptés aux consultations médicales comme aux prises en charge d'expertises. Par exemple, dans le domaine de l'ophtalmologie, les patients des EHPAD peuvent faire appel à des médecins spécialistes en leur transmettant un dossier complet, structuré, et tous les éléments médicaux qui sont nécessaires à leur prise en charge. Beaucoup d'acteurs croient dans ce dispositif et sont en train d'essayer de l'intégrer à leurs pratiques médicales. C'est un changement important pour démontrer que notre région pionnière en matière de télésanté va continuer à donner l'exemple au bénéfice des patients et des professionnels de santé.

### **Régis GONTHIER**

Vous nous faites entrer dans la modernité, et vous emportez certainement l'adhésion des gériatologues.

### **Rémi BOUVIER**

Nous entendons effectivement des mots comme « technicité » ou « haute technicité ». Cela bouscule les habitudes. Nous venons de vous donner l'exemple d'initiatives stéphanoises qui s'étendent à présent sur l'ensemble du territoire régional, et qui s'étendront peut-être demain sur l'ensemble du territoire national. Cette démarche est la bienvenue dans un contexte économique difficile. Je voulais saluer les DG d'établissements présents dans la salle. C'est un bel effort d'investissement compte tenu des contraintes budgétaires qui sont les leurs.

### **Marie-Christine DIANA**

Je voudrais ajouter que, bientôt, nous pourrions aussi couvrir le champ ophtalmologique. Actuellement, nous souhaitons augmenter le nombre de spécialistes qui acceptent de collaborer avec nous. Je pense notamment aux cardiologues du CHU, et à la médecine d'urgence bien que cela me semble plus compliqué de leur côté. Je voudrais aussi citer d'autres possibilités que la télémédecine. Je pense en particulier au télé-staff. Je vais vous donner un exemple. On appelle l'équipe mobile de gériatrie dans notre EHPAD. Elle donne des conseils de prise en charge thérapeutique pour tel ou tel résident. Dans un second temps, environ deux semaines plus tard, il serait possible d'organiser une visioconférence avec les professionnels de l'EHPAD, médecins coordonnateurs, infirmiers et aides-soignants, et les médecins du CHU qui se sont déplacés. Cela éviterait de déplacer toute l'équipe une seconde fois et ce serait intéressant pour le suivi. Nous avons aussi pensé au télé-soin. Au CHU, certains infirmiers sont spécialisés dans la cicatrisation des plaies. Dans un premier temps, nous pouvons imaginer que l'équipe se déplace avec le médecin et l'infirmier. Le suivi des plaies pourrait ensuite se faire par visioconférence. Cela permettrait aussi d'augmenter la formation du personnel qui fait les pansements, de façon rapide et intéressante. Nous avons aussi pensé à la télémédecine à l'extérieur. Les



personnes âgées du quartier pourraient peut-être aussi avoir accès à ces salles de télémédecine.

### **Rémi BOUVIER**

Vous faites ainsi la transition avec les services de la Ville. Tout au long de la journée, nous avons beaucoup parlé des fragilités sociales ou fonctionnelles. Madame Geourjon, qu'en est-il du repérage de ces fragilités ?

#### **4) Favoriser le maintien à domicile**

### **Véronique GEOURJON**

Le repérage des fragilités est un enjeu qui a été traité par le pôle pour permettre des regards croisés. Sur d'autres territoires, le repérage des fragilités se fait classiquement par un canal unique : c'est bien souvent le canal médical. S'il est valable, cette façon d'appréhender le problème nous semble insuffisante. Le pôle a donc défendu un projet différent. Le dossier est aujourd'hui déposé à l'ARS. L'idée est de porter un regard croisé sur la notion de fragilité, empreint de culture sociale, médico-sociale et sanitaire, de sorte que tout le monde puisse intervenir dans ce repérage. Ce projet est né du constat que nous vivons tous de plus en plus âgés, et que nous souhaitons vivre mieux ces années de vieillissement. Nous souhaitons que la dépendance arrive le plus tard possible. Il faut donc repérer la fragilité. C'est un enjeu social car nous souhaitons tous vieillir dans de bonnes conditions. C'est un enjeu humain car les personnes âgées vivant dans de bonnes conditions longtemps constituent une ressource pour la société. C'est un enjeu économique car la dépendance a un coût assez élevé. C'est enfin un enjeu sociétal pour que la société contemporaine fasse une meilleure place aux personnes âgées.

Nous souhaitons repérer les personnes âgées encore en bonne santé. En raison du vieillissement, elles sont exposées à davantage de risques. C'est sur ces personnes que nous souhaitons agir par le biais de la détection. Celle-ci peut être médicale et provenir de tout professionnel de santé du réseau de ville : médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, etc. Elle peut aussi provenir des équipes mobiles de l'hôpital. Nous défendons l'idée qu'elle peut aussi provenir du secteur social, notamment des travailleurs sociaux ou du personnel pouvant détecter ces personnes au sein d'un quartier. Le Conseil général peut être un intervenant dans ce dispositif, de même que les caisses de retraite ou d'autres interlocuteurs. Quand les personnes fragiles sont détectées, il faut réaliser un bilan qui ne sera pas trop lourd. Là encore, nous défendons l'idée d'un regard croisé. Je crois que l'hôpital de jour délivre un diagnostic en un temps assez court. Celui-ci est multicritère et multidisciplinaire : il permet de savoir où en est la personne sur le plan médical. Nous souhaitons aussi vérifier l'environnement de ces personnes âgées. Y-a-t-il un conjoint en bonne santé à domicile ? Des enfants proches ? Des voisins ? Le logement est-il adéquat ? Ne risque-t-il pas d'accentuer la fragilité de la personne et de précipiter l'entrée dans la dépendance ? Ce diagnostic doit être fait. Après la réalisation du bilan complet, nous souhaitons proposer un plan de prévention sur tous les axes précités. Il faut par exemple favoriser les sorties car le lien social est très important dans la prévention contre la dépendance, favoriser l'activité physique, etc. Il faut ensuite pouvoir suivre la mise en œuvre de ce plan de prévention, et l'évaluer régulièrement. Je voulais insister sur l'importance du regard croisé entre tous les corps de métier et tous les partenaires : là est l'originalité du projet.

### **Rémi BOUVIER**

Merci Madame Geourjon. Je crois que nous commençons vraiment à comprendre ce qu'est un gérontopôle. Nous y trouvons la technicité, le travail des EHPAD, de la ville, le repérage des fragilités sociales, etc. La circulation d'information y est multiple. La difficulté réside peut-être dans la capacité à diriger la bonne information vers le bon professionnel.

### **De la salle**

Je travaille à la Ville de Saint-Etienne et au CCAS. Je suis responsable du service de gérontologie à domicile. Nous avons souhaité s'associer à ce projet de repérage de la fragilité en partant de plusieurs cas concrets que nous rencontrons quotidiennement. Je vais prendre quelques exemples. Nous évoquions tout à l'heure les dispositifs existants pour l'accueil et l'orientation des personnes âgées : les MAIA, les CLIC, etc. Les personnes âgées et leurs familles, quand elles ne sont pas déjà dans ce système, ne connaissent pas cette terminologie. En revanche, tout le monde connaît sa mairie ou ce guichet d'accueil et d'information des mairies de proximité. En ville comme en zone rurale, beaucoup de personnes âgées s'adressent à leur mairie en premier recours. Ces demandes sont de tous ordres. La Ville de Saint-Etienne a donc fait circuler la consigne auprès de son personnel pour qu'il réponde à toutes les demandes des personnes âgées, quelles qu'elles soient. Nous savons que des problématiques profondes se cachent souvent derrière ces demandes anodines. Prenons l'exemple concret d'une personne qui appelle la mairie pour dire que son frigo est en panne. Que faut-il répondre ? La mairie ne répare pas les frigos ? Si elle appelle la mairie, c'est qu'elle n'est pas en capacité de faire elle-même la démarche de se rendre en magasin ou d'appeler un dépanneur. Cet exemple simple montre comment on peut détecter une fragilité à partir de ces appels. C'est certainement une personne isolée, dont la famille n'est pas disponible. C'est l'exemple d'une fragilité sociale, qui n'a rien de médical mais qui peut vite le devenir si le frigo est en panne pendant plusieurs jours.

Je voudrais citer un autre exemple que je trouve intéressant. Sur la ville de Saint-Etienne, nous avons créé sept commissions Vieillesse dans différents quartiers. Elles réunissent des acteurs sociaux de proximité qui sont de plus en plus en contact avec le public âgé. Il s'agit de centres sociaux, d'amicales laïques, de maisons de quartier. Ils développent des activités auprès des seniors car la demande et le public existent. Ces professionnels ne sont pas des professionnels de gérontologie. Ils sont souvent désarmés quand ils détectent une difficulté et considèrent que le devoir d'alerte ne fait pas partie de leur métier.

### **Rémi BOUVIER**

Vous nous montrez bien la nécessité du maillage que nous avons évoqué lors des différentes tables rondes. L'exemple du réfrigérateur est excellent. Une petite anomalie peut provoquer une grande catastrophe derrière.

### **Régis GONTHIER**

Je suis très intéressé par ce travail de proximité et de terrain. Je pense qu'il est indispensable. Votre action de sentinelle est indispensable pour conduire une prévention efficace sur un territoire donné. C'est ensuite à nous d'organiser les possibilités de relais lorsque vous êtes en difficulté.

### **Rémi BOUVIER**

Madame Khammar pouvez-vous nous toucher deux mots de la complexité de monter un tel dossier de repérage des fragilités ?

### **Nadia KHAMMAR**

Comme l'a précisé Madame Geourjon, l'intérêt est bien de pouvoir croiser les regards et les cadres de lecture d'acteurs qui ne parlent pas le même langage au départ. Je pense que c'est là l'intérêt d'un gérontopôle. Nous avons beaucoup parlé de coordination des acteurs depuis deux jours. Le gérontopôle apporte un plus sur ce plan. Les problèmes sont abordés sous l'aspect des synergies possibles sur la base des champs de compétences et d'expérience des uns et des autres. Nous souhaitons développer des projets centrés sur les besoins des usagers.

**Rémi BOUVIER**

Merci beaucoup pour ce témoignage. Nous comprenons qu'il n'existe pas de coordination spontanée. C'est l'objet d'un travail quotidien, permanent, de dialogue entre les différents interlocuteurs. Le gérontopôle y participe, avec la MAIA.

**Marie-Claire RENAUT**

Effectivement. Le premier dispositif MAIA de Saint-Etienne est né en 2011. C'est le fruit du travail de partenaires fondateurs très impliqués. Je vais m'attacher à parler de l'expérience stéphanoise, mais je cite également la MAIA de Roanne. Il me semble important d'avoir une lisibilité concrète du dispositif.

Les partenaires fondateurs étaient les partenaires du soin, c'est-à-dire ceux du secteur sanitaire au sens hospitalier, un représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins, l'ARS, le Conseil Général, ainsi que les autres acteurs du secteur social, sanitaire et médico-social qui se sont impliqués dans ce projet. Je ne vais pas revenir sur l'intégration car nous avons eu deux exposés parfaits. Je vais plutôt m'attacher à parler des gestionnaires de cas. Cela me semble être la partie la plus lisible et la plus concrète de nos exercices professionnels. Ces professionnels sont dédiés à la coordination des interventions à domicile. Leur objectif est naturellement d'améliorer ce parcours parfois chaotique. La ville de Saint-Etienne compte trois gestionnaires de cas pour l'ensemble de la filière. Je précise qu'il existe d'autres zones de recours alternatives à celle du centre hospitalier. La filière est bien structurée, ce qui nous permet de bien repérer les situations dites complexes qui correspondent à des critères définis au niveau national. Cela concerne les personnes âgées de plus de 60 ans avec problème médical et perte d'autonomie associée. La perte d'autonomie décisionnelle est également une donnée importante. Ce sont des personnes en rupture d'aide et de soins. Elles sont isolées et, la plupart du temps, n'ont plus de suivi médical ni autre. Le gestionnaire de cas suit une quarantaine de situations complexes au maximum. Les trois gestionnaires de cas de la MAIA de Saint-Etienne recrutés courant 2012 ont suivi de façon intensive et rapprochée 200 situations dites complexes. C'est un travail au long cours. Statistiquement, les personnes sont suivies en moyenne pendant huit mois. Le gestionnaire de cas peut préparer au mieux les hospitalisations quand elles sont utiles. Nous travaillons en lien étroit avec les services hospitaliers. Les gestionnaires de cas ont d'ailleurs pu bénéficier d'une semaine de stage au centre hospitalier de la Charité. Voilà comment les gestionnaires de cas travaillent. Je trouve que c'est le fil conducteur de l'intégration, car c'est dans les cas les plus complexes que nous avons besoin les uns des autres. Tout à l'heure, je voyais le schéma de Madame Périsset qui montrait le réseau d'un côté et les CLIC de l'autre. Il y a plusieurs années, nous avons déjà initié un rapprochement de fait des acteurs des secteurs médico-social, social et sanitaire. Nous ne pouvons pas fonctionner les uns sans les autres.

**Rémi BOUVIER**

Nous vivons les MAIA comme quelque chose de nouveau et d'un peu complexe. Je crois que, les uns et les autres, nous avons commencé à comprendre véritablement comment fonctionnent les MAIA et à quoi elles servent. Nous voyons bien le nombre de cas complexes gérés. Les nouvelles générations qui arrivent et font parfois leur thèse sur le sujet vont vivre avec ce schéma.

**De la salle**

Bonjour. J'ai effectivement fait ma thèse de médecine générale sur la population incluse dans le dispositif MAIA. Nous y voyons le bénéfice sur la prise en charge des situations complexes. Pour les personnes présentant à 100 % des troubles cognitifs avancés avec une perte d'autonomie importante due à un isolement social et des refus de soins dans plus de 70 % des cas, avec des difficultés administratives et financières très importantes, le rôle du gestionnaire de cas contribue à revoir les prestations de santé. Il fait intervenir tous les professionnels du réseau de santé de Saint-Etienne dans la filière gérontologique. Par exemple, l'unité de la prise en charge extra-hospitalière de la

précarité cognitive est ainsi intervenue. Parmi les points négatifs, on peut citer le faible adressage des patients par les médecins généraliste. La prise en charge est aussi un problème. En effet, il y a eu des hospitalisations entre le moment de l'étude et celui de la prise en charge. Les personnes étaient vraisemblablement adressées au dispositif MAIA alors que leur situation était déjà critique. Il faudrait que les personnes soient repérées un peu plus tôt à leur domicile quand la perte d'autonomie est élevée pour éviter leur prise en charge aux urgences.

Actuellement, je travaille dans un service de consultation gériatrique en Ardèche. Il n'y a pas de MAIA. Je pense qu'il en faudrait. En effet, des personnes sont isolées socialement, elles n'ont pas de mutuelle et viennent en court séjour gériatrique. Si la MAIA existait, les médecins traitants pourraient s'en servir en amont pour éclaircir plusieurs situations et éviter d'encombrer les services gériatriques pour des problèmes qui relèvent plutôt de la perte d'autonomie, de difficultés sociales ou de coordination des soins.

### **Rémi BOUVIER**

Le gérontopôle procure, nous l'avons vu, des aides techniques ou de l'archivage d'images. Il y a trois ans, un data center a été mis en place. Monsieur Ziegler peut en témoigner.

### **Georges ZIEGLER**

La date importante est 2006, correspondant au lancement du premier Défi autonomie. Je dis bravo à celui qui l'a créé. Ensuite, nous nous sommes aperçus qu'il existait un marché parce que les gens de plus en plus vieux. Cependant, les personnes âgées ne sont pas le booster de PIB que l'on connaît par exemple avec le numérique. Cela représente tout de même 0,25 % de progression du PIB chaque année, soit un chiffre important. Cela signifie qu'il existe un gisement d'emplois exceptionnel. Quand il y a un marché, il y a un business. En termes d'économie pour le Département et la Métropole, et en termes d'affaires sociales pour la Ville de Saint-Etienne, je trouve que c'est excellent.

En 2008, nous nous sommes réunis pour examiner ces marchés émergents. Nous avons travaillé. En 2010, nous avons remporté un appel à projets avec l'Agence de Développement Economique de la Loire. J'en suis le président, et je suis donc bien au courant. Nous avons continué à travailler, et nous avons découvert la volonté de rassembler ce qui était éparé. En effet, en vous écoutant, on voit bien que tout existe sur le territoire. Il suffisait d'avoir un architecte pour arranger ces éléments et bâtir notre pôle de gérontologie et d'autonomie. Sur le plan économique, nous sommes dans un pays de sous-traitants. Nous fabriquons des pièces pour l'automobile, pour l'aéronautique ou pour le nucléaire mais nous ne fabriquons pas beaucoup de produits finis. Le Département de la Loire a donc lancé un appel à projets nommé Seniors Concept, et récompensé six projets à hauteur de 40 000 euros chacun, soit 240 000 euros au total. Plus de 70 entreprises ont fait acte de candidature, et 24 projets étaient portés par des groupements dans tous les secteurs d'activité : le numérique, l'habitat, la mécanique, etc. Une clause de confidentialité m'empêche de vous donner des exemples précis. En effet, les idées sont si bonnes qu'elles pourraient en inspirer d'autres. Il y a donc un gisement d'emplois extraordinaire, mais nul ne peut travailler tout seul. Nous avons regardé dans d'autres secteurs, notamment dans les clusters rhônalpins. Dans les clusters, on trouve des personnes qui font le même travail et qui s'associent pour tenter de progresser plus vite. L'un fait par exemple des boulons et l'autre des rivets : si le boulon va bien dans le rivet, c'est mieux. Nous avons alors lancé un autre appel à projets intitulé Habitat Loire Autonomie. Il portait sur la conception des maisons. En effet, il faut une salle de bain aménagée pour les personnes âgées, par exemple une baignoire avec une porte qui s'ouvre et qui ne laisse pas fuiter l'eau quand elle est fermée. Ce peut être des placards qui descendent et qui remontent dans les cuisines, car les personnes âgées ont du mal à lever les bras. Nous examinons cela, ainsi que les progrès possibles grâce à la domotique ou au numérique pour faciliter le contact et le maintien à domicile. Nous consacrons une partie importante de notre budget à lutter contre la dépendance. En échange, nous voulons que les gens

restent de plus en plus longtemps chez eux et qu'ils y soient bien, mais aussi que cela génère des emplois et de la richesse pour les entreprises.

A ce sujet, nous travaillons avec l'Isère. Nous avons envoyé une lettre co-signée au président de la Région Rhône-Alpes pour lui dire que nous étions prêts à travailler ensemble sur un gérontopôle qui serait également ouvert aux six autres départements de Rhône-Alpes, ainsi qu'aux quatre départements d'Auvergne. J'évoque également ici la Biennale internationale du design qui organisera des conférences sur l'autonomie. Cela me semble important. Enfin, nous avons obtenu un financement de la Région Rhône-Alpes pour le laboratoire d'usage, ou *living lab*, qui va se mettre en place prochainement. C'est un signe fort pour la reconnaissance de notre gérontopôle. En 2015, en 2016 ou en 2017, vous pourrez visiter le gérontopôle de Saint-Etienne. Il sera né et construit. Merci.

### **Rémi BOUVIER**

Ces meubles de cuisine à hauteur variable auxquels on peut accéder en fauteuil roulant existent déjà dans certains établissements. Ces opérations sont concrètes. Le défi est d'équiper suffisamment de logements et d'institutions pour que leur prix chute. Seul le volume fera chuter les prix. Je cite là une entreprise du Forez qui fournit du matériel aux EHPAD et fait du matériel sur mesure. Chez nous, elle est référencée au niveau national. Monsieur Ziegler, qu'est-ce qu'un *living lab* ?

### **Georges ZIEGLER**

Le *living lab* donne une valeur d'usage aux prototypes qui pourraient trouver des débouchés commerciaux. Ceux-ci sont testés et appréciés in situ par la population. Ici, nous faisons des *living labs* comme Monsieur Jourdain faisait de la prose. Nous avons par exemple acheté des chaises que nous avons distribuées à un certain nombre d'associations. Quand j'étais enfant, je voyais des personnes âgées qui sortaient leurs chaises devant leur appartement, se réunissaient à quatre ou cinq avec un bol de soupe, et mangeaient ainsi leur soupe en discutant ensemble. Là, le lien social est parfaitement recréé. C'est ce que nous avons voulu faire. Nous avons mis les chaises à disposition pour voir ce qui allait se passer. Tout le monde nous a dit que c'était très bien. Mettre des chaises pour que les gens se parlent, c'est un peu redécouvrir le fil à couper le beurre. Madame Delaunay, précédemment ministre, m'a beaucoup fait rire quand je l'ai rencontrée. Elle se disait marxiste, avec cette phrase : « je suis le seul ministre dont le périmètre s'accroît tous les jours ». Elle disait aussi la chose suivante : « Il vaut mieux être belle et rebelle que moche et remoche ». Elle disait qu'un déambulateur doit être sexy et attirer les gens. Il est vrai que ceux qui l'utilisent se sentiront alors moins dépréciés. Les personnes âgées ont envie qu'on leur donne du beau. Je connais des personnes de 85 ans qui ont une mentalité de 50 ou même de 20 ans, comme je connais des personnes de 60 ans qui semblent être déjà passées de l'autre côté. C'est important d'avoir une attention à leur égard, et c'est quelque chose que nous pourrions faire avec le gérontopôle. Il y a autant de cas de gérontologie qu'il y a de personnes. En visitant les maisons de personnes âgées, je rencontre les résidents. Ils vivent ensemble mais n'ont pas les mêmes besoins. Il existe des gisements d'emplois insoupçonnés. Savez-vous ce que j'entends quand je discute avec les grands-mères de Saint-Etienne ? Elles veulent des « taxi boys ».

### **Rémi BOUVIER**

C'était le mot de la fin. Bravo. Nous avons abordé beaucoup de thématiques en lien avec le gérontopôle : le repérage de la fragilité, la télémédecine, l'hygiène bucco-dentaire, le téléphone rouge, l'équipe mobile d'hygiène, la MAIA, les dispositifs existant contre la fragilité sociale, etc. Il nous reste à faire reconnaître ce gérontopôle sur un plan politique comme étant celui de Rhône-Alpes et peut-être demain de la grande région. Je crois que nous saurons essayer et le géolocaliser ailleurs. D'autres expérimentations sont effectivement conduites en Rhône-Alpes. Il va falloir les chercher et savoir ce qui s'y fait pour les rattacher à notre initiative. Il est important d'élargir son cercle. En tout état de cause, nous avons besoin de ces appuis politiques.

## CONCLUSION DES DEUX JOURNEES

### **Alain GAUTRON**

*Directeur de l'ARS Bretagne, Président du conseil scientifique de Défi autonomie*

### **Patrick LAVAUD**

*Président de Seniors autonomie*

### **Georges ZIEGLER**

*Adjoint aux Affaires sociales de la Ville de Saint-Etienne, premier Vice-Président du Conseil Général de la Loire*

### **Alain GAUTRON**

Comme d'habitude, on m'a mis au défi de faire la synthèse de ces deux jours en cinq minutes. Je vais essayer de le faire rapidement, et vous m'en excuserez. Ma conclusion, si j'ose dire, sera subjective compte tenu de la richesse des différentes interventions et de ce que j'ai pu voir lors des ateliers ou auprès des exposants. Aujourd'hui, nous parlons de Défi autonomie. Je me suis donc permis de relever les défis qui se présentent à nous. Je suis confiant car les intervenants ont montré que nous avons de nombreux atouts pour relever ces défis.

Le premier défi qui se présente à nous est l'application de la future loi. Rappelons qu'elle est peut-être née à Saint-Etienne en 2006 avec la présentation des premiers travaux de Défi autonomie. Il me semble d'ailleurs qu'en 2006 nous parlions de dépendance et pas d'autonomie. Un intervenant a fait remarquer ce changement de paradigme à juste titre. Le terme d'anticipation figure au nouveau projet de loi. Le défi qui se présente à nous est de mettre en œuvre ce projet de loi en 2015 et dans les années à venir. Personnellement, j'ai été impressionné par la problématique des aidants. Le titre de cette séquence illustre le pas accompli vers la reconnaissance des aidants. J'ai le sentiment que le parcours sera encore long pour une vraie reconnaissance du rôle particulièrement sensible des aidants. Les initiatives de terrain m'ont aussi beaucoup impressionné durant ce colloque. J'ai été assez séduit par la présentation du congé d'aidant familial. J'estime que les collaborateurs du groupe Casino ont fait preuve d'une véritable solidarité entre eux. Nous pourrions par exemple demander aux employeurs d'abonder le compteur de jours RTT des salariés. Ce serait une initiative réellement collective qui donnerait son sens au paritarisme. En effet, de nombreux régimes de retraite et d'assurance complémentaire existent aujourd'hui depuis plusieurs années.

Je crois pouvoir résumer par quelques mots ce qui a été dit tout au long de la journée. Le défi est de mettre fin aux tuyaux d'orgue. Cela signifie qu'il faut décroiser le sanitaire, le social, le médico-social et l'ambulatoire. Il s'agit, me semble-t-il, du leitmotiv de notre journée. Si l'on devait résumer le tout par un slogan, je dirais que la notion de parcours résulte du mariage entre un territoire et la coordination des acteurs. Là aussi, nous avons eu de nombreux exemples concrets. Je cite par exemple le groupement Atouts Prévention Rhône-Alpes que je ne connaissais pas et qui anticipe la future Conférence des financeurs prévue dans la Loire. Enfin, quelle démonstration à propos du gérontopôle ! Je me demandais moi aussi de quoi il s'agissait. En Bretagne, je n'ai jamais entendu parler de gérontopôle. Je pensais que le vrai défi à relever était de ne pas être hospitalo-centré. On pouvait le craindre en voyant la liste des intervenants qui comporte beaucoup de personnes du CHU. Vous avez fait la démonstration éclatante que le gérontopôle n'est pas un dispositif hospitalo-centré mais un dispositif permettant la coordination de tous les acteurs sur un territoire de santé, et même sur un territoire de vie. Je voudrais aussi dire un mot sur la télémédecine. J'ai découvert la cabine de télémédecine du côté des exposants. Je voudrais l'apporter en Bretagne, où nous avons des problématiques particulières d'accès aux soins dans les îles. Ce dispositif serait sûrement un atout important pour la région de Bretagne. Pour ce que vous avez présenté en matière de télémédecine, nous avons la même chose en Bretagne. Vous avez parlé de la réforme

territoriale, et je ne voudrais pas marier la Bretagne avec la grande région Rhône-Alpes Auvergne de demain. Je dis simplement qu'en Bretagne, en matière de télémédecine, nous travaillons aussi main dans la main avec la Mutualité française. Je citerais un seul exemple. Docteur Diana, ce que vous cherchez en matière de plaies chroniques, nous l'avons fait dans les centres hospitaliers de Saint-Brieuc et de Paimpol avec les médecins généralistes. Je vous invite en Bretagne pour vous montrer cette plate-forme de prise en charge. Cet échange d'expériences est très important pour nous. Je pense que le forum doit sortir de la région et devenir un forum national, car chacun peut apporter quelque chose dans cet échange d'expériences.

En guise de conclusion, je voudrais dire que cela faisait bien longtemps que je n'avais entendu dire que les dépenses de santé étaient utiles au développement économique et contribuaient à la richesse nationale. Combien de fois entendons-nous dire que c'est une charge pour notre pays ? Maintenant, nous savons que c'est un investissement. Nous avons ensuite entendu parler des clusters, des boulons et des rivets. Espérons qu'il y aura encore plus d'huile dans les rouages l'an prochain et que nous aurons donné une ambition supplémentaire à la prise en charge de nos aînés. C'est ce qui nous réunit tous. Merci de m'avoir invité. Comme je suis membre de l'association, je reviens l'an prochain.

### **Patrick LAVAUD**

Nous arrivons au terme de ce 8<sup>ème</sup> colloque Défi autonomie, un colloque riche en enseignements et témoignages. La qualité des débats montre que Défi autonomie tient une place prépondérante dans le paysage de la politique sociale de notre pays sur le sujet de l'autonomie. C'est un sujet majeur. Avec les différents colloques qui ont précédé celui-ci, nous pouvons dire que nous avançons sur ce chemin difficile et semé d'embûches. Il faut le parcourir tous ensemble pour que ceux qui sont en perte d'autonomie trouvent humanité, écoute et des solutions adaptées pour continuer à vivre dans la plus grande dignité. Je tiens à remercier tous ceux qui ont participé à la réussite de ce colloque : les intervenants, les élèves de l'EN3S, les exposants, nos partenaires et vous tous qui avez enrichi le débat par votre active participation. Ce colloque ne serait pas ce qu'il est sans le dévouement, l'obstination et la pugnacité d'Alain Poulet et de sa collaboratrice Maryse CHAMPION. Qu'ils en soient remerciés publiquement par vos applaudissements. Pour ma part, je vous donne rendez-vous l'an prochain. Selon les propos de Madame la Ministre, Laurence Rossignol, ce devrait être l'année de la promulgation de la loi Adaptation de la société au vieillissement. Je cède la parole à Georges Ziegler qui représente Monsieur le Maire de Saint-Etienne. Je remercie la Ville de Saint-Etienne pour l'aide qu'elle nous a apportée. Merci à tous.

### **Georges ZIEGLER**

Je représente ici le Président du Conseil Général de la Loire et le Maire de la Ville de Saint-Etienne. C'est une économie. Ils ont une excellente raison pour ne pas être là, puisqu'ils sont allés à Paris plaider auprès du ministre la cause de l'A45. Il s'agit de cette liaison sûre entre Lyon et Saint-Etienne, pour laquelle la réunion de ce jour, dont je n'ai pas le résultat, était tout à fait déterminante. Au moment de conclure ce colloque, je veux remercier Alain Poulet. C'est un visionnaire qui sait faire travailler les gens ensemble. Ce colloque a montré qu'il fallait que l'on se parle, que l'on s'écoute et que l'on s'entende. C'est ainsi que nous obtenons des résultats. Je pense que la loi est née ici, qu'Alain en a jeté les prémises en 2006. Cela me semble très important. C'est la première fois que j'interviens comme adjoint aux Affaires sociales de la Ville de Saint-Etienne, et il me semble que nous avons jeté les fondations de notre futur gérontopôle. C'est essentiel, et nous ne t'en serons jamais assez reconnaissants. J'ai bien retenu l'idée que ce colloque devait être national, et me demande d'ailleurs pourquoi il ne l'est pas déjà. Je suis tout à fait d'accord pour qu'il devienne national du moment où il a lieu à Saint-Etienne. Je vous donne donc rendez-vous à l'année prochaine. Merci.



SENIORS-AUTONOMIE  
17, rue Poÿlo  
BP 40085  
42003 SAINT-ETIENNE CEDEX 01  
Tel 04.77.74.51.70 Fax 04.77.92.74.24  
seniors-autonomie@orange.fr

