



Prévention de la perte d'autonomie

Commission Exigence sociale, Prévention, Santé

Rapporteur : Patrick Soudais

Rédacteur :

- Délégation générale du Conseil de Provence : **Thomas Vercellone**

Membres de la Commission :

Patrick-Antoine Soudais, Armand Benichou, Maxime Mery, Rolland Rizoulières, Bruno Huss, Sylvie Bonin-Guillaume, Jacques Builles, Michèle Millepied, Victor Farina, Chantal Vernay Vaisse, Pierre Lauzat, Cyril Jouan, Maley Upravan



SOMMAIRE

_Toc131086440

PROPOS INTRODUCTIFS.....	5
I. DEFINITIONS ET ENJEUX.....	7
• A. La prévention à la perte d'autonomie.....	7
1. Définition de la prévention à la perte d'autonomie.....	7
2. Les causes de la perte d'autonomie	10
3. Les publics touchés par la perte d'autonomie	10
• B. La prévention à la perte d'autonomie.....	12
1. Prévenir la perte d'autonomie	12
2. Les motifs de la saisine du Conseil de Provence sur « la prévention à la perte d'autonomie »	13
II. LES ACTIONS DU DEPARTEMENT EN MATIERE DE PREVENTION A LA PERTE D'AUTONOMIE.....	14
• A. Schéma départemental.....	14
• B. Audition de la Direction des Personnes Handicapées et des Personnes du Bel Âge	15
III. CONSTAT ET PISTES D' ACTIONS ET PRECONISATIONS.....	16
• A. Constat.....	16
• B. Pistes d'action et préconisations.....	17



PROPOS INTRODUCTIFS

La France connaît un vieillissement de sa population semblable à celui des autres pays de l'OCDE (organisation de coopération et de développement) phénomène qui va tendre à s'accélérer avec les nombreuses classes du *baby-boom*, désormais en âge d'être concernées par la perte d'autonomie. Si la France comptait 100 centenaires en 1900, et 1 120 en 1970, ils sont actuellement 26 300, et approcheront les 200 000 en 2060. Compte tenu de cette évolution démographique, la prévention de la perte d'autonomie est indispensable. En France, l'espérance de vie de 65 ans est certes plus élevée que dans les autres pays européens, mais les années de vie en bonne santé ne représentent que la moitié de cette durée – un constat qui se révèle plus négatif que dans onze pays européens. Une marge d'amélioration reste donc importante, car bien qu'elle augmente statistiquement avec l'âge, la perte d'autonomie n'est pas la conséquence inéluctable du vieillissement. Par ailleurs, au-delà du bénéfice individuel et collectif pour les personnes concernées, il a été calculé qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité représenterait une économie de près d'1,5 Md€ dans les dépenses de l'assurance maladie.



I. DEFINITIONS ET ENJEUX

➤ A. La prévention à la perte d'autonomie

1. Définition de la prévention à la perte d'autonomie

→ *La notion de prévention*

La prévention selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 : "la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps".

Nous pouvons distinguer trois dimensions dans la prévention :

- Prévenir au sens d'informer : elle peut renvoyer, à titre d'exemple, aux campagnes d'information en direction d'un large public telles que nous pouvons en voir ou en entendre dans les médias.
- Prévenir au sens d'alerter : elle sous-entend la notion de repérage (de fragilités ou de risques) et implique d'être doté d'un minimum de connaissances, compétences, méthodes et outils pour procéder à ce repérage.
- Prévenir au sens d'aller au-devant : d'aller au-devant du risque, du danger potentiel, de la fragilité identifiée, d'agir pour mettre en place quelque chose permettant d'éviter, de contourner, de réduire voire d'annuler le risque. Ce sont les accompagnements, prestations, dispositifs, ateliers, etc. que les acteurs de la prévention mettent en place au profit de publics ciblés identifiés...

→ *La notion de perte d'autonomie*

La dépendance – qualifiée aujourd'hui de perte d'autonomie – se dit de "l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière" (art. 2 de la loi du 24 janvier 1997).

La perte d'autonomie est souvent le résultat d'un cumul de fragilités qui ne fait pas basculer brutalement de l'autonomie vers la dépendance. Il existe bien un continuum entre les deux que nous pouvons approcher à travers cette notion de « perte d'autonomie », perte progressive donc. Il convient de souligner que la dépendance n'entraîne pas nécessairement de perte d'autonomie et que, parallèlement, la perte d'autonomie ne s'accompagne pas systématiquement d'une entrée dans la dépendance¹.

Il est plus positif de penser en termes de maintien des capacités plutôt que de perte d'autonomie.

D'un point de vue opérationnel, une autre notion apparaît essentielle pour faire la distinction entre perte d'autonomie et dépendance : c'est la notion de réversibilité. En effet, tant que la situation de fragilité serait réversible, et donc tant qu'il serait possible de faire en sorte que la personne concernée retrouve plus ou moins son autonomie antérieure, nous serions dans la perte d'autonomie.

Ainsi, dans le cas contraire, nous serions dans une situation installée, et dans un accompagnement de la dépendance bien plus que dans la prévention de la perte d'autonomie.

¹ Conférence des financeurs : PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES DE 60 ANS ET PLUS ET SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS : Synthèse générale du diagnostic sur les initiatives et les perspectives / ARS CARSAT

→ Indicateurs

Grand âge et autonomie :: les chiffres clés - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

Démographie



4,8 millions

de personnes de 85 ans et plus en 2050.

x3,2

augmentation du nombre de personnes de 85 ans et plus entre 2017 et 2050.

Perte d'autonomie



2,2 millions

de personnes en perte d'autonomie en 2050, contre 1,3 million en 2017.

40% des personnes qui déclinent en France ont connu la perte d'autonomie.

Dépenses publiques



30 Mds €

consacrés à la prise en charge de la perte d'autonomie en 2014, dont 80% de dépenses publiques.

Métiers du grand âge



830 000 équivalents

temps plein employés auprès de personnes âgées en perte d'autonomie.

63 % des EHPAD déclarent avoir au moins un poste non pourvu depuis 6 mois ou plus.

Aidants



3,9 millions de personnes apportent une aide régulière à un proche de 60 ans ou plus vivant à domicile en raison de son âge ou d'un problème de santé.

Manque d'informations



72,5 % des Français jugent qu'ils sont mal informés des dispositifs d'aide et de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Reste à charge



60 € / mois : reste à charge moyen après aides et crédit d'impôt pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant à son domicile.

1 850 € / mois : reste à charge moyen après aides et réduction d'impôt pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant en EHPAD.

Accompagnement à domicile



760 000 personnes âgées bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile.

60 % des bénéficiaires de l'APA vivent à leur domicile.

Accompagnement en EHPAD



21 % des personnes de plus de 85 ans vivent en établissement.

7 573 EHPAD accueillent chaque année 608 000 résidents.

50 % des places en EHPAD dans le secteur public, 28 % dans le secteur privé non lucratif, 22 % dans le secteur privé lucratif.

Hôpital



33 % des patients hospitalisés pendant l'année 2017 ont plus de 65 ans.

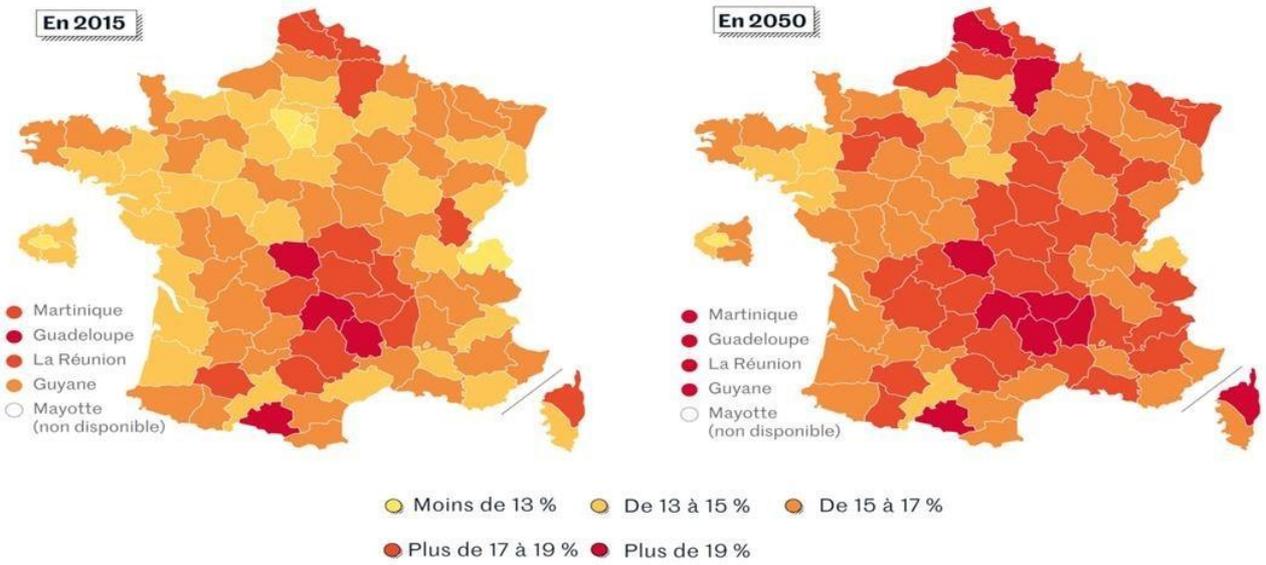
40 % des personnes de plus de 80 ans ont connu au moins un séjour hospitalier en 2017.

Isolement



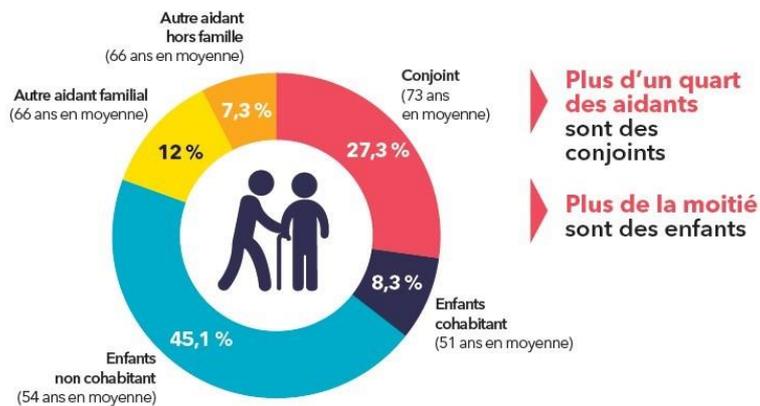
50 % des personnes de plus de 75 ans n'ont plus de réseau amical actif.

Part des personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie (en %)



Sources : Insee

RÉPARTITION ET ÂGE MOYEN DES AIDANTS SELON LEUR LIEN AVEC LE SENIOR



Champ > Proches aidants de seniors vivant à domicile, âgés de 18 ans ou plus, France métropolitaine.
Source > DREES, enquête Capacités, Aides et Ressources des seniors, ménages, volet aidant (CARE-M), 2015.

Graphique 2 • Evolution des dépenses publiques liées au handicap et à la perte d'autonomie



Sources: CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP ; calculs DSS (cf. précisions méthodologiques). Hors dépenses de prévention de la fragilité des personnes âgées.

2. Les causes de la perte d'autonomie

Causes physiques :

- Le vieillissement des différents appareils et systèmes du corps (ex : surdité, incontinence, perte de mobilité...),
- Les maladies (diabète, hypertension, maladies de Parkinson, cardiovasculaires, cancer...),
- Les chutes (avec pour conséquences des fractures, dont la fracture du col du fémur),
- Les accidents domestiques (brulures, intoxications...).

Causes psychiques :

- Le vieillissement cognitif (diminution de la mémoire, de la concentration...),
- Les chocs affectifs (tristesse, laisser-aller après le décès d'un conjoint, la mort d'un animal domestique...),
- Les  v nements de vie difficiles (perte de l'ancien logement, perte de capacités...),
- Les pathologie psychiques (dépression...).

Les causes liées à l'environnement :

- Un environnement pauvre en stimulation (peu d'activités possibles dans le cadre de vie et le parcours de vie),
- La surprotection de l'entourage (maternage des proches qui font «   la place »),
- Un logement inadapté (absence de rampes, tapis occasionnant des chutes...),
- L'isolement social (impossibilité de sortir, absence d'interlocuteurs...).

Les causes liées aux habitudes de vie :

- La non-utilisation des fonctions physiques (absence d'exercice, de marche, maintien de positions toujours identiques...),
- La non-utilisation des fonctions psychiques (absence d'exercices entrainant la mémoire, de confrontation d'idées avec les autres...),
- Les mauvaises habitudes de vies (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, trop riche en sucre ou en graisse...).

3. Les publics touchés par la perte d'autonomie

→ *La grille nationale AGGIR, outil d'évaluation de la perte d'autonomie*

Il n'est pas toujours facile d'évaluer la perte d'autonomie. Conçue au début des années 1990 et enrichie depuis, la grille Aggir (Autonomie, gérontologie et groupes iso-ressources) permet d'évaluer le degré de dépendance ou d'autonomie des personnes âgées dans la réalisation des actes de la vie quotidienne (AVQ).

Elle détermine le niveau d'aides dont la personne dépendante a besoin comme l'Allocation personnalisée d'autonomie (une contribution de la délégation sera disponible sur l'APA).

Pour chaque activité, les capacités de la personne âgée sont évaluées selon 3 modalités :

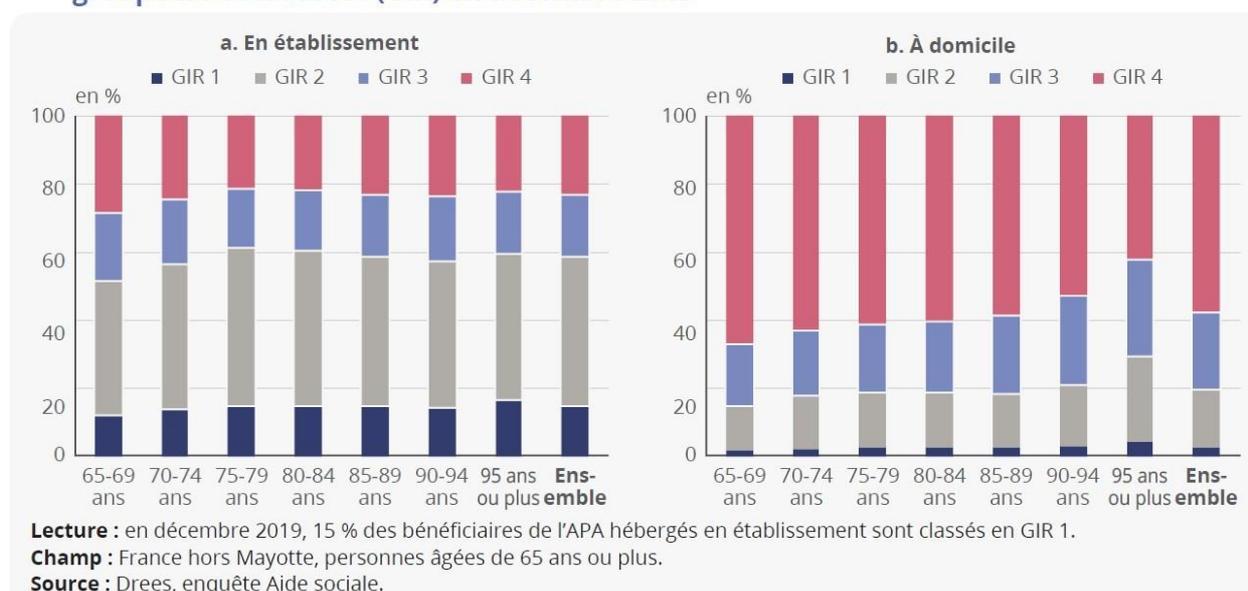
- La personne fait seule, totalement, habituellement et correctement.
- La personne fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement.
- La personne ne fait pas.

Il s'agit aussi bien d'activités corporelles et mentales comme se laver, s'habiller ou encore se déplacer, que d'activités domestiques et sociales comme préparer ses repas, acheter volontairement des biens ou respecter l'ordonnance du médecin.   partir de cette grille de lecture, la personne sera class e dans l'un des 6 groupes iso-ressources (Gir).

Gir	DEGRÉS DE DÉPENDANCE
Gir1	<ul style="list-style-type: none"> • Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants. • Ou personne en fin de vie.
Gir2	<ul style="list-style-type: none"> • Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. • Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
Gir3	<ul style="list-style-type: none"> • Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
Gir4	<ul style="list-style-type: none"> • Personne n'assurant pas seule ses transferts (passer de la position couchée à debout par exemple) mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aide pour la toilette et l'habillement. • Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.
Gir5	<ul style="list-style-type: none"> • Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
Gir6	<ul style="list-style-type: none"> • Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

Seules les personnes des groupes 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA. Celles classées dans les groupes 5 à 6 ont la possibilité de demander une aide-ménagère. Pour cela, elles doivent être âgées au minimum de 65 ans. Les personnes ne sont pas figées dans une catégorie. Leur situation peut être revue régulièrement par l'équipe médico-sociale du conseil départemental dans le cas où la personne vit à son domicile. Si elle est hébergée en établissement, c'est le médecin qui s'en chargera. Cette réévaluation peut être demandée à tout moment. Elle est notamment importante pour les personnes en Gir 5 et Gir 6 dont l'état se serait dégradé et qui pourraient, au vu de leur situation, faire une demande d'APA.

► 3. Répartition des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon le groupe iso-ressources (GIR) en décembre 2019



➤ B. La prévention à la perte d'autonomie

1. Prévenir la perte d'autonomie

→ *Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie*

- Garantir la santé des seniors :
 - Promouvoir une alimentation favorable à la santé,
 - Développer la pratique d'activités physiques et sportives,
 - Maintenir les seniors en activité dans le cadre de l'allongement des carrières et favoriser leur entrée en retraite sans inaptitude,
 - Adopter des mesures en faveur de la santé des aidants.
- Préparer le passage à la retraite :
 - La préparation et le passage à la retraite : favoriser l'émergence d'un nouveau projet de vie par le biais des sessions de préparation à la retraite.
- Lutter contre l'isolement et favoriser le lien social, l'intergénérationnel et les activités cognitives :
 - Prévenir, repérer, prendre en charge les facteurs de risque de rupture du lien social et les effets de la situation d'isolement sur l'état de santé et la vie sociale de la personne âgée,
 - Maintien du lien social et conseils en prévention : développer l'expérimentation des paniers de services, offre diversifiée à domicile.
- Favoriser le maintien à domicile en logement individuel ou collectif et adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement :
 - Promouvoir les « résidences autonomie » et favoriser la préservation de l'autonomie de leurs résidents et adapter leur environnement,
 - Adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement,
 - Promouvoir la démarche globale « Villes amies des aînés » en France,
 - Intégrer les enjeux du vieillissement dans les documents d'urbanisme,
 - Garantir la mobilité et l'accessibilité dans les quartiers.
- Soutenir les dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours et de repérage de la perte d'autonomie et des fragilités :
 - Assurer aux personnes âgées une information, une orientation, un accès aux droits et un accompagnement rapide et pertinent vers les aides, les professionnels, les services et dispositifs adaptés à leur situation,
 - Assurer le repérage et la prise en charge des facteurs de risque de la perte d'autonomie et des fragilités.

→ *Prévenir les pertes d'autonomie évitables*

- Retarder l'entrée dans la dépendance par des interventions préventives et coordonnées :
 - Améliorer et coordonner les pratiques en matière d'octroi des aides techniques, de diagnostic habitat et d'adaptation du logement,
 - Lutter contre la sédentarité, conforter le maintien de la mobilité : équilibre, marche, prévention des chutes,
 - Prévenir les risques de dépression pour lutter contre ses effets sur l'autonomie,
 - Prévenir et accompagner les troubles sensoriels,
 - Préserver la plus grande autonomie possible des résidents pour les activités de la vie quotidienne en EHPAD.

→ *Eviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité*

- Prévenir et limiter l'aggravation de la perte d'autonomie :
 - Réduire la dénutrition chez les personnes âgées et améliorer sa prise en charge,
 - Améliorer le parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie,
 - Mobiliser les structures hospitalières autour du risque de perte d'autonomie des personnes âgées pendant une hospitalisation et autour de l'accompagnement de leur retour à domicile après hospitalisation,
 - Informer, sensibiliser et former l'ensemble des professionnels intervenant en EHPAD à la prévention des risques liés à la santé des résidents inhérents à leur vulnérabilité pour optimiser leur potentiel restant.

→ *Réduire les inégalités sociales de santé*

→ *Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie*

Faire de la formation des professionnels un levier transversal pour la mise en œuvre des autres mesures du plan de prévention. Améliorer les compétences, renouveler les pratiques professionnelles, faire connaître les bonnes pratiques et les expérimentations en matière de formation dans les différents champs de la prévention de la perte d'autonomie.

→ *Développer la recherche et l'évaluation des stratégies*

Développer la recherche sur les facteurs de risque fragilité et dépendance et donner un nouvel élan à la recherche sur la prévention du risque de démence. En vue de construire les actions et les organisations optimales pour leur prise en charge et donner un nouvel élan à la recherche sur la perte d'autonomie et les démences.

Renforcer le rôle d'interface et d'intermédiation du groupement de recherche longévité et vieillissement entre les chercheurs et entre les chercheurs et les instances décisionnelles.

2. Les motifs de la saisine du Conseil de Provence sur « la prévention à la perte d'autonomie »

Les membres de la commission Exigence sociale, Prévention, Santé ont échangé sur plusieurs sujets et au vu de leurs appétences, expériences professionnelles, ils ont décidé de travailler sur « la prévention de la perte d'autonomie ».

Ils avaient pour ambition de travailler sur un sujet rentrant dans leurs domaines de compétences et sur lequel ils pourraient apporter toute leur expertise. L'enjeu démographique auxquels nous sommes confronté aujourd'hui est conséquent, la prise en charge de la dépendance et la prévention de la perte d'autonomie sont des enjeux prioritaires.

La Commission est convaincue que le public du grand âge est une réelle valeur ajoutée pour le département. Il est primordial de maintenir leur santé physique et morale, de pouvoir les inclure dans la vie de la société et de l'offrir le cadre de vie qu'ils méritent.



II. LES ACTIONS DU DEPARTEMENT EN MATIERE DE PREVENTION A LA PERTE D'AUTONOMIE

➤ A. Schéma départemental²

Pour ses interventions en faveur des personnes du bel âge, le schéma des Bouches-du-Rhône couvrira la période 2017-2022.

- Orientation 1 : Mieux informer et faciliter l'accès aux dispositifs

L'accès à l'information est un enjeu majeur compte tenu de la complexité des dispositifs et de la multiplicité des acteurs. Les priorités du schéma seront de renforcer la coordination des dispositifs et des acteurs pour assurer la cohérence et la continuité des accompagnements, optimiser l'information et l'accueil des personnes âgées et des familles, développer une stratégie d'accueil et d'information territoriale, et faciliter l'accès aux dispositifs d'aide sociale.

- Orientation 2 : Soutenir les professionnels et les aidants et renforcer le lien social

Afin de soutenir les acteurs de la politique gérontologique, les priorités seront de poursuivre la politique de professionnalisation des intervenants et des acteurs, améliorer les mutualisations et les collaborations entre les professionnels, poursuivre la démarche de soutien aux proches aidants et développer des Maisons du bel âge.

Soutenir le lien social des personnes âgées permet également de favoriser le maintien à domicile et lutter contre l'isolement.

- Orientation 3 : Améliorer et organiser l'offre de service et les dispositifs existants

Structurer l'offre d'aide et d'accompagnement des services d'aide à domicile est une priorité pour mieux organiser l'offre de service.

L'offre d'hébergement alternatif doit aussi être favorisée à l'évolution des besoins des personnes âgées, en diversifiant l'offre d'accueil familial.

Enfin la mise en œuvre d'actions d'amélioration d'aménagement ou d'adaptation de l'habitat, doit contribuer à la politique de maintien à domicile.

- Orientation 4 : Maitriser les actions menées

Réaffirmer la place et l'utilité des résidences autonomes, garantir la qualité de la prise en charge en optimisant les moyens existants, projeter des expérimentations pour la création de petites unités de vie doivent permettre d'assurer la continuité et la maîtrise des actions déjà menées.

La politique de développement de l'offre doit trouver ses fondements dans le principe selon lequel l'offre doit être accessible à tous, quel que soit son niveau de ressources. Dans ce contexte il convient de mettre en œuvre des actions afin d'assurer la maîtrise du reste à charge des personnes âgées.

² Schéma départemental en faveur des personnes du bel âge 2017-2022 (Département des Bouches du Rhône)

➤ B. Audition de la Direction des Personnes Handicapées et des Personnes du Bel Âge

L'audition de Mme Jennifer Miller, Directrice des Personnes Handicapées et des Personnes du Bel Âge (DPAPH) au Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône, s'est déroulée le mercredi 14 juin 2022.

- Le schéma départemental du Bel Age 2017 /2022 (évoqué précédemment) est axé notamment sur l'autonomie et le maintien à domicile, avec des actions portées par des personnels de l'action sociale et médicale (médecins, infirmiers, personnels de soins, personnels en charge de l'entretien et de l'hygiène...), une lutte permanente contre la perte d'autonomie.
- Le département possède 10 pôles d'informations seniors (4 sur Marseille) ; le but de ce réseau de gérontologie est d'apporter une réponse à une volonté d'actions de proximités préventives et pérennes.
- Il existe 40 maisons du Bel Age, avec un objectif de 50 dans les 2 années à venir (les maisons du Bel Age sont notamment acteur sur le loisir et l'information sur les droits).
- L'ARS finance deux DAC (dispositif d'appui à la coordination) pour les situations plus complexes.
- Concernant le maintien à domicile et l'adaptation du logement de la personne âgée, les conventions solidaires logement sont organisées en 2 volets :
 - Financement gros travaux (plafond 4100 euros),
 - Financement petits travaux (sur catalogue avec un plafond de 300 euros).
- A ce jour, nous pouvons compter une centaine de dossiers, avec un montant de 1,4 millions engagés sur une enveloppe budgétaire de 3 millions.
- La CFPPA (conférence de financement de la perte d'autonomie) dont l'axe n° 5 est de promouvoir la santé physique et mentale des personnes âgées.
- Le partenaire principal du département est le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) avec un financement du CNSA (La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Il existe une chargée de mission qui suit ce dossier au sein du département.
- Il existe un projet de création d'une instance perte d'autonomie.
- Sur le territoire, le conseil départemental dispose d'un réseau de 36 centres ressources ; il est nécessaire d'adopter un traitement différencié en fonction du territoire (urbain ou rural ...).
- Une culture de l'étude et surtout du bilan des différentes actions est nécessaire.
- Les problématiques de l'accès aux droits et la carence vis-à-vis du numérique du public concerné, sont un enjeu. Il existe les Maisons France Services qui sont un début de réponse à l'accès aux droits et un début de réponse à l'isolement.
- Concernant les moyens du maintien à domicile la téléassistance par téléphone (13000 abonnés pour 8 euros par mois chacun) a été mise en place.
- Une étude est en cours pour l'utilisation d'un capteur permettant de prévenir les incidents et les accidents.
- Le département, dans le cadre du plan Provence, vient de créer la Maison Départementale des Aidants au 5 place de la Joliette à Marseille. Cet équipement sera ouvert aux aidants, aux professionnels et aux associations. Aider les aidants c'est aider nos aînés.
- Il faut se battre pour favoriser le maintien à domicile et aider au choix de poursuivre sa vie dans son environnement. A ce jour, 10 associations ont répondu aux cahiers des charges sur le maintien à domicile, avec des financements à hauteur de 80% des actions (5 à 10000 euros). Ces aides peuvent être collectives ou individuelles AVP (aide à la vie sociale participative), en collaboration avec les ARS.
- Il paraît primordial de travailler sur la reconnaissance des métiers de l'aide à domicile, une reconnaissance des statuts, d'une revalorisation des salaires, d'une prise en compte des déplacements dans le temps de travail.



III. CONSTAT ET PISTES D' ACTIONS ET PRECONISATIONS

➤ A. Constat

→ *Une demande forte de transformation en profondeur*

La concertation fait ressortir des demandes fortes des citoyens, des professionnels et des personnes âgées :

- La priorité au maintien à domicile.
- L'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement.
- Le besoin d'être « chez soi », quel que soit son lieu de vie.
- Une attente forte de simplification des démarches et du parcours de la personne âgée.
- Une plus grande égalité de traitement entre les territoires.

Ces attentes mettent en évidence les carences actuelles du système existant d'aide, d'accompagnement et de soin de la personne âgée.

→ *Un système complexe et peu lisible, en dépit d'un effort public croissant et de nombreuses initiatives innovantes*

Malgré l'accroissement de l'effort public constaté depuis près de 20 ans et la capacité d'innovation du secteur, les Français manifestent une inquiétude quant à la façon dont est accompagné leur grand âge. L'offre des prises en charges doit ainsi être réorganisée, les prestations rendues plus lisibles et les réponses apportées moins cloisonnées, en prenant mieux en compte les besoins des personnes.

Le sentiment d'une dispersion de l'effort consenti par la collectivité et le manque de lisibilité de l'action publique sont très présents. Alimenté par la complexité du pilotage local de la politique du grand âge, ce sentiment se nourrit aussi d'un débat parlementaire peu organisé ainsi que de l'insuffisance de la connaissance statistique et la recherche.

→ *Un investissement fort et urgent dans l'attractivité des métiers et les compétences*

Il ne peut y avoir de politique du grand âge de qualité sans professionnels en quantité suffisante, bien formés et valorisés de façon adéquate. C'est le socle de toute politique du grand âge. Aujourd'hui, les fortes difficultés de recrutement et les insuffisances de la formation constatées pour les métiers de l'âge interrogent la capacité du système d'accompagnement et de soin de la personne âgée à affronter le défi de l'accroissement du vieillissement de la population.

- Un emploi en croissance forte depuis une décennie.
- Une pénurie de personnel aggravée par de fortes difficultés de recrutement dans la décennie à venir.
- Un temps professionnel auprès de la personne âgée insuffisant.
- Des tensions sur les effectifs aggravés par la dégradation des conditions de travail.
- Un manque d'attractivité lié aux insuffisances de la formation et des perspectives de carrière.

→ *Un manque de coordination autour de la personne source de ruptures de parcours, de défaut de prévention et d'isolement*

- La prévention, enjeu mal reconnu et peu soutenu,
- Des interventions insuffisamment pensées dans une logique de continuité des parcours,
- Un appui aux proches aidants insatisfaisant,
- Des solidarités du quotidien et un cadre de vie ne parvenant pas à rompre l'isolement.

➤ B. Pistes d'action et préconisations

→ *Agir sur le parcours de vie et sur les facteurs favorisant la perte d'autonomie*

- Changer de perspective et envisager les choses sous l'angle du parcours de vie afin de préparer une vraie société de la longévité. Il faut mener des actions qui devraient concerner toutes les structures de soins que l'on croise au cours de notre parcours de vie. (Enfant, on va en crèche : la motricité, ensuite il y a le sport à l'école, etc.) Il ne faut pas uniquement parler de dépendance quand on devient trop vieux.
- Agir avant la dépendance en mettant tout en œuvre pour éviter que la personne âgée ne tombe dans la dépendance. Quand une personne se trouve dans une situation qui relève de la dépendance, les dispositifs de prise en charge existent. Si, par contre, la personne se trouve dans le processus en amont et que son niveau de fragilité vis-à-vis de la dépendance est léger, elle ne relève d'aucun dispositif.
- Utiliser les tablettes numériques des collégiens via des applications pour mener des actions de prévention (comment agir pour le bien être des personnes en perte d'autonomie qui les entourent et comment prendre soin de soi pour éviter de rentrer dans la dépendance)
- Un grand nombre de personnes âgées n'ont pas anticipé la perte d'autonomie. C'est très difficile de dire aux personnes qu'elles vont vieillir et qu'elles doivent anticiper certaines problématiques. Il faut sensibiliser et faire réfléchir les personnes quand elles sont encore en âge de modifier ou d'adapter leurs environnements (logement...), avant que ce soit trop difficile plus tard.

→ *Agir sur le cadre de vie et la qualité de vie*

- Utiliser les logements sociaux comme habitat inclusif et intergénérationnel.
- Rendre accessible et dynamiser l'offre d'activité sportive et culturelle auprès du public en perte d'autonomie. Il faut donner la possibilité de participer dans les meilleures conditions à la vie collective (exemple : le terrain de boules est un lieu central de socialisation pour certaines personnes âgées. Il serait souhaitable d'y faciliter l'accès)
- Faciliter la mobilité en faisant connaître les services existants et en développant de nouveaux.
- Intervenir sur l'exclusion numérique à laquelle sont confrontés le public du grand âge. Il faut réfléchir aux moyens d'attirer les personnes vers les solutions et outils du numérique. L'enjeu est de favoriser la participation de tous et l'épanouissement. Il faut se servir du numérique pour permettre à des personnes d'être autonomes (banque, santé, consommation de la vie quotidienne...)
- Il faut que ce public ne soit pas vu uniquement comme des personnes dépendantes, mais comme des citoyens à part entière, et qu'on réintègre dans la société de manière inclusive.

→ *Renforcer l'attractivité des métiers du médico-social liés à la perte d'autonomie*

- Favoriser la reconnaissance de ces métiers de l'accompagnement.
- Mener des campagnes de communication de mise en valeur.
- Mettre en avant ces métiers sur des salons.
- Mettre en valeur la dimension humaine et l'utilité publique de ces métiers.
- Organiser une compétition départementale du métier de l'accompagnement, et faire réseau de cette démarche auprès des autres départements.
- Développer des filières de formation de ces métiers.

→ *Soutenir et accompagner les aidants*

- Faire connaître et communiquer sur le nouveau dispositif de la maison des aidants. Les membres de la commission proposent de la visiter afin qu'ils puissent l'apprécier sous le regard de la société civile.
- Dans de nombreux cas les aidants n'ont pas la possibilité de s'absenter. Il faut soutenir la création de centres de loisirs et/ou centres de vacances soumis à des tarifs réglementés, qui permettront aux aidants de partir en vacances avec leurs proches en perte d'autonomie.
- Alerter et sensibiliser les aidants ou futurs aidants en les prévenant des risques potentiels qu'encourent leurs aînés.
- Rompre l'isolement des aidants. Il faut favoriser la création de réseaux d'entraide (possiblement associatif) ayant pour rôle le partage et le retour d'expériences (apport d'un soutien moral et opérationnel)

→ *Coordonner la prise en charge*

- Conseiller, guider et intervenir auprès du public en perte d'autonomie pour lui offrir un service adapté à ses besoins. Il faut développer dans notre département le métier du case-manager (coordinateur de parcours) pour personnaliser l'accompagnement et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées encore en bonne santé.
- Il est impératif de se rendre au domicile des personnes âgées. Il ne faut pas seulement financer l'attribution d'aides (APA...), mais il faut pouvoir faire un constat de leurs difficultés sur le terrain.
- Etre à l'initiative d'une harmonisation des services d'assistances afin de pouvoir proposer un « guichet unique » d'information et d'orientation (physique ou dématérialisé)
- Utiliser les MBA (Maison du bel âge) comme poste avancé des dispositifs « aller vers » en y intégrant des services qui permettent d'aider le public en perte d'autonomie ou de faire de la prévention auprès de ceux qui se situent en amont, en y faisant de la prévention (il pourrait être envisageable de mettre des cabines de téléconsultation dans le MBA).
- Former à la prévention les agents et les travailleurs départementaux en contact avec les personnes âgées et les familles, afin qu'ils puissent eux-mêmes être acteurs de la prévention.

→ *Analyser et structurer l'offre départementale*

- Mettre en place un suivi de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) afin de faire une étude approfondie pour ensuite mener des actions efficaces.
- Faire un bilan de l'offre départementale et un diagnostic en mettant en exergue des axes d'amélioration.
- Etre l'acteur et le coordinateur d'une politique de prévention intergénérationnelle.
- La dépendance est un risque qui touche toutes les tranches d'âge. Le département doit unifier le public des personnes âgées et celui du handicap. Des territoires ont choisi de traiter ces deux publics sous la même direction en se situant d'emblée dans le 5ème risque.
- Orienter ses initiatives en ciblant la prévention à la perte d'autonomie comme l'une de ses priorités et favoriser ainsi les appels à projets en ce sens.

CONSEIL DE PROVENCE

52 avenue de Saint Just
13004 MARSEILLE

Tel : 04 13 31 27 03

Mail : conseil.de.provence@departement13.fr

Site web : <https://www.departement13.fr/conseildeprovence/>