



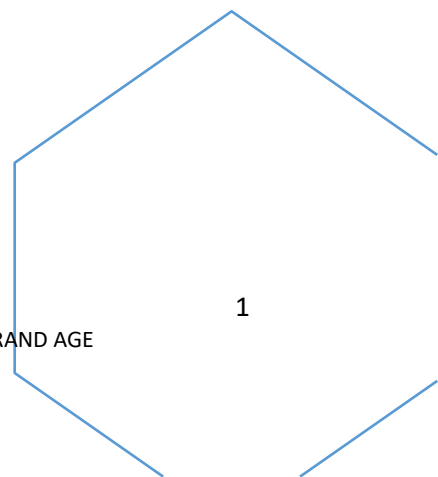
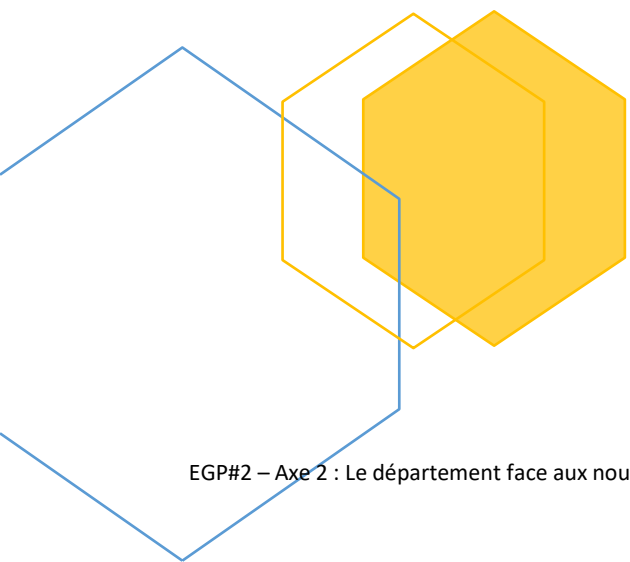
# ECLAIRAGE SUR...

LES NOTIONS DE L'AXE 2 EGP#2 : LE DEPARTEMENT FACE AUX NOUVEAUX  
ENJEUX DE COHESION SOCIALE ET DE SOLIDARITE

## « LE GRAND ÂGE »

Délégation Générale du Conseil de Provence

Sous le pilotage de : Magali BENCIVENGA  
Rédacteurs : Thomas VERCELLONE





## SOMMAIRE

<b>La prévention de la perte d'autonomie / dépendance</b>	p4
<b>Concertation, grand âge autonomie</b> Dominique Libault Mars 2019 / Ministère des solidarités et de la santé	p8
<b>La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, construire une priorité partagée</b> Cours de comptes novembre 2021	p13

*Les contributions « Eclairages sur... » de la Délégation Générale du Conseil de Provence visent à éclairer, nourrir et irriguer l'ensemble des travaux EGP#2 des diverses configurations de travail CDP/Délégation, en présentant des éclairages notionnels (conceptuels et/ou théoriques) ; analytiques ou d'actualité.*

# LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE / DEPENDANCE

## QU'EST-CE QUE LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE / DEPENDANCE ?

### La notion de prévention

Nous pouvons distinguer trois dimensions dans la prévention :

- Prévenir au sens d'informer (la « prévention-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 (la « prévention-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 de... » (la « prévention-intervenir »), 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...

Naturellement, les frontières entre ces trois dimensions peuvent être poreuses et certaines actions mises en œuvre relèvent ainsi de plusieurs de ces dernières. Une dominante est toutefois souvent identifiable.

### La notion de perte d'autonomie

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 dépendance.

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.

## QUEL EST LE CONSTAT ?

### Les français vivent plus vieux, mais pas forcément en meilleure santé

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 (au-delà de 85 ans). 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.

## QUELS SONT LES LEVIERS D'ACTION ENVISAGEABLES ?

### Au niveau national

Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie repose sur deux principes :

- Développer une « prévention globale » entendue comme la gestion active et responsabilisée du « capital autonomie » de chaque personne ou groupe de personnes ;
- Confier l'initiative d'exécution aux acteurs de terrain qui réalisent les actions en leur donnant un cadre et des objectifs.

Il est structuré autour de plusieurs leviers :

- Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie :
  - Garantir la santé des séniors
  - Préparer le passage à la retraite
  - Lutter contre l'isolement et favoriser le lien social, l'intergénération et les activités cognitives
  - Favoriser le maintien à domicile en logement individuel ou collectif et adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement
  - Soutenir les dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours et de repérage 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
- Éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité :
  - Prévenir et limiter l'aggravation de la perte d'autonomie
- Réduire les inégalités sociales (et territoriales) 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

- Développer la recherche et les stratégies d'évaluation :

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

### Au niveau du département des Bouches du Rhône

Axe 1 : Favoriser et/ou améliorer l'autonomie des personnes âgées et l'aide aux proches aidants par le recours aux équipements et aux aides techniques individuelles dans tous les lieux de vie de la personne âgée

- Développer des dispositifs complémentaires à ceux existants permettant aux personnes âgées locataires ou propriétaires dans le diffus de financer des travaux d'adaptation / d'aménagement de leur logement
- Etendre la convention "âge d'Or" à l'ensemble des bailleurs sociaux permettant aux personnes âgées locataires de financer des travaux d'adaptation / d'aménagement de leur logement
- Favoriser l'innovation dans les nouvelles technologies afin de faire émerger des solutions de réponse à la limitation de tout type d'activité de la personne âgée

Axe 2 : Initier une politique de prévention coordonnée portée par les résidences autonomie et les services d'aide et d'accompagnement à domicile

- Mettre en place le forfait autonomie permettant le financement d'actions de prévention en résidence autonomie
- Accompagner la généralisation d'outils (Exemple : grille d'évaluation) permettant aux intervenants à domicile de repérer des personnes âgées fragiles et/ou des aidants en risque de fragilité
- Sensibiliser les personnes âgées sur la modification de leur métabolisme par la mise en place de conférences, de temps collectifs d'information, d'ateliers de nutrition

Axe 3 : Soutenir les actions d'accompagnement des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie

- Utiliser les données recueillies par les équipes APA. Définir les informations à faire recueillir par les Pôles infos seniors et par les associations s'occupant des aidants afin d'avoir une meilleure connaissance des aidants
- Etudier les moyens d'intervention de la conférence pour renforcer ou venir en complément de l'action des services de répit à domicile
- Développer des actions de prévention spécifiques en direction des aidants
- Envisager l'opportunité de créer une Maison des Aidants

Axe 4 : Favoriser l'information et l'accès aux droits des personnes âgées

- Faire connaître et renforcer les dispositifs d'information existant dans le département
- Faciliter l'accès aux nouvelles technologies dans toutes les démarches administratives

Axe 5 : Contribuer à garantir la santé physique et psychologique des seniors par des actions collectives

- Favoriser les actions de lutte contre l'isolement en veillant à la cohérence territoriale
- Développer des actions autour des gestes de premier secours, de la prévention des AVC
- Affiner la connaissance des actions existantes en matière d'actions d'éducation thérapeutique
- Travailler sur la prévention du risque dépressif et du risque suicidaire chez les plus de 60 ans
- Renforcer les actions autour de la prévention des chutes en direction des personnes âgées vivant à domicile / hospitalisées / en SSR
- Développer des actions de prévention visant au bien-être et au bien vieillir
- Améliorer les parcours de santé
- Mobiliser les structures hospitalières sur le risque de perte d'autonomie des personnes âgées pendant une hospitalisation et autour de l'accompagnement de leur retour sur leur lieu de vie après une hospitalisation
- Mettre en place des temps d'information et des ateliers pratiques sur la sécurité routière

- Sensibiliser les personnes âgées aux actes de délinquance dont elles peuvent être victimes
- Inciter à la mise en place ou au développement d'actions de préparation à la retraite dans les entreprises et les administrations
- Développer des actions de prévention adaptées aux besoins et aux caractéristiques de publics âgés spécifiques

# CONCERTATION GRAND AGE ET AUTONOMIE

Dominique Libault Mars 2019 / Ministère des solidarités et de la santé

## CONSTAT ET ENJEUX :

---

### 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 : perception d'un décalage entre le coût de la prise en charge et la qualité du service proposé et d'une dégradation du service. La perception d'une prise en charge trop exclusivement centrée sur le soin, pour des personnes âgées traitées comme des « malades ».
- 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. Ces carences sont globales : elles ne doivent pas conduire à sous-estimer les expérimentations convaincantes qui émergent sur les territoires, ainsi que l'engagement fort de professionnels et de structures au service des personnes. Elles se sont exprimées largement à l'occasion de la concertation.

### 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

## **L'ATTENTE D'UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES RESSOURCES DANS L'ATTRIBUTION DES AIDES ET LE CHOIX D'UNE COUVERTURE PUBLIQUE**

Si le reste à charge des personnes âgées à domicile est maîtrisé, il reste élevé en établissement. Les Français sont attachés à un principe de différenciation de l'aide financière selon la capacité des personnes âgées à participer, dans un contexte où, d'une part, le niveau de vie relatif des plus de 65 ans en France est le plus élevé de l'OCDE et où leur patrimoine relatif augmente continûment depuis 1992. Par ailleurs, l'assurance dépendance privée n'est actuellement pas identifiée comme un complément généralisable à la prise en charge publique.

- Un reste à charge maîtrisé à domicile mais élevé en établissement
- Un attachement à la modulation de l'aide financière selon les revenus
- Malgré des disparités, un niveau de vie relatif des plus de 65 ans le plus élevé de l'OCDE
- Les français privilégient une couverture publique du risque

## **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

## LES PROPOSITIONS POUR CHANGER DE MODÈLE

---

### UN NOUVEAU REGARD SUR LE GRAND ÂGE

Notre société ne saurait, sans se renier, rejeter une part croissante d'elle-même, paradoxalement celle qui a bâti les acquis d'aujourd'hui en termes de progrès et de gains d'espérance de vie. En un mot, la personne avançant en âge ne doit pas être exilée hors de la vie de la cité. C'est un changement de regard qui doit être engagé. Pour cela, il est tout d'abord nécessaire d'affirmer partout la dignité de la personne âgée, en premier lieu dans les représentations socio-culturelles du grand âge et dans l'ensemble des politiques publiques. Il est également fondamental d'insérer fortement la personne âgée dans un tissu de relations humaines bienveillantes, dans lesquelles la personne âgée doit pouvoir exprimer et démontrer son apport à la vie commune. Cette démarche suppose de porter une attention particulière aux proches aidants.

#### Donner du sens au grand âge en réaffirmant la citoyenneté, la dignité et le droit au libre choix de la personne âgée

- Sensibiliser pour inclure la personne âgée dans la vie de la cité
- Renforcer l'intégration de la politique du grand âge et des politiques du cadre de vie de la personne âgée
- Faciliter l'accès des personnes âgées à des solutions innovantes de mobilité, d'adaptation du logement et d'amélioration du quotidien
- Affirmer en tout lieu la dignité de la personne âgée en prévenant la maltraitance

#### Aider les proches aidants et lutter contre l'isolement de la personne âgée : pour un modèle d'accompagnement et de soin intégré associant démarches citoyennes et démarches professionnelles pour et avec les personnes

- Simplifier la vie des proches aidants, faciliter leurs démarches et rendre leurs droits plus effectifs
- Améliorer l'accompagnement financier des proches aidants
- Mieux concilier le rôle de proche aidant et la vie professionnelle
- Innover sur les territoires en faveur des proches aidants
- Lutter contre l'isolement de la personne âgée en mobilisant les bénévoles de tous les âges

#### L'autonomie de la personne âgée au coeur de la stratégie

Le maintien de l'autonomie de la personne âgée, entendue dans une acception large et inclusive, nécessite, au-delà d'un changement de regard et d'une revitalisation de son insertion sociale, de préserver son libre choix à chaque étape de son parcours et de rechercher de façon volontariste à retarder le moment de la perte d'autonomie. Cela suppose une transformation de l'offre d'accompagnement et de soin et un véritable changement de modèle dans une logique de « chez soi », privilégiant le domicile. Cela suppose également un investissement important dans la prévention de la perte d'autonomie.

### Garantir le libre choix de la personne âgée en construisant une nouvelle offre d'accompagnement et de soin recentrée sur le domicile

- Assurer la viabilité, l'attractivité et la qualité de l'accompagnement et des soins à domicile
- Développer des modes d'habitats intermédiaires pour les personnes âgées plus autonomes
- Décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficacité
- Piloter par la qualité
- Rééquilibrer l'offre sur le territoire
- Changer le regard sur les structures pour personnes âgées et valoriser les bonnes pratiques
- Mettre la personne âgée au cœur de l'accompagnement et partir de ses attentes, dans une logique de « chez soi »

### Prévenir la perte d'autonomie pour augmenter l'espérance de vie sans incapacité

- Matérialiser une forte ambition en matière de prévention de la perte d'autonomie en fixant un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité
- Proposer une nouvelle offre de prévention et sensibiliser le grand public
- Former massivement les intervenants professionnels auprès des personnes âgées aux réflexes de prévention de la perte d'autonomie
- Diffuser les démarches de prévention dans l'ensemble des structures de prise en charge de la personne âgée
- Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie

### Améliorer les conditions de vie de la personne âgée par la revalorisation des métiers, à travers un plan national pour les métiers du grand âge

- Accroître le temps de présence humaine en proximité de la personne
- Améliorer les conditions de travail des professionnels et la qualité de l'accompagnement des personnes par l'innovation organisationnelle
- Avancer vers des hausses de rémunération ciblées pour les métiers du grand âge, en particulier à domicile
- Engager une montée en compétence de l'ensemble des professionnels du grand âge dans une perspective d'amélioration de la justesse relationnelle de l'intervention
- Ouvrir des perspectives de carrière pour les métiers du grand âge, faciliter les reconversions professionnelles et mobiliser des compétences variées auprès des personnes âgées
- Piloter une politique transversale de valorisation des métiers du grand âge

### Mieux accompagner

Réduire la complexité actuelle des prestations et de l'articulation des prises en charge est une nécessité. Cela suppose une refonte des prestations qui doit veiller à améliorer l'accessibilité financière pour les personnes à revenus modestes. Cela suppose également un renouvellement en profondeur de l'approche de l'offre d'accompagnement de la personne, résolument tournée vers la fluidité des parcours. Les ruptures de parcours pour les personnes âgées sont dramatiques et inacceptables. Elles résultent d'un trop grand cloisonnement des prises en charge et elles appellent une mobilisation de l'ensemble des acteurs, sans exclusive. Dans ce déploiement de la logique de parcours, la prise en charge à l'hôpital constitue un moment clé.

### Rénover les prestations pour simplifier la vie des personnes âgées et agir sur l'accessibilité financière, garantie du libre choix

- Simplifier la vie des personnes âgées et des proches aidants et faciliter leurs démarches
- Rénover les prestations à domicile et mieux les articuler avec celles qui relèvent du handicap pour assurer l'effectivité des droits
- Matérialiser l'affirmation de la perte d'autonomie des personnes âgées comme risque de protection sociale en simplifiant le pilotage des établissements, en assumant la part du financement national et en socialisant le risque long de perte d'autonomie lourde en établissement
- Mieux prendre en compte la capacité des personnes à assumer financièrement leur perte d'autonomie dans un triple objectif d'équité intergénérationnelle, intergénérationnelle et territoriale
- Recentrer les dispositifs d'exonération de cotisations sociales ou de crédit d'impôt sur les publics fragiles.

#### Assurer une continuité de prise en charge pour chacun et mettre un terme aux réponses en silos

- Eviter toute rupture de parcours pour les personnes âgées et engager l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans un décloisonnement de leurs interventions
- Prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables
- Organiser le séjour de la personne âgée en établissement de santé de manière à éviter les ruptures de parcours
- Promouvoir un établissement de santé bienveillant pour la personne âgée

#### Un risque national à part entière avec un partenariat territorial renouvelé

#### Reconnaître la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale à part entière

#### Améliorer les connaissances statistiques et économiques et soutenir la recherche pour étayer la politique du grand âge

- Faciliter les remontées d'informations et les traitements statistiques ainsi que l'observation économique pour mieux piloter le risque de protection sociale de perte d'autonomie des personnes âgées
- Accélérer et encourager les travaux de recherche liés au vieillissement afin d'éclairer la prise de décision dans le champ du grand âge

#### Accroître l'effort financier en assurant un financement juste de la perte d'autonomie liée à l'âge par la solidarité nationale

- Affecter des ressources publiques au financement de la perte d'autonomie de la personne âgée, sans hausse de prélèvement obligatoire
- En complément du financement public du nouveau risque de protection sociale, favoriser la mobilisation des patrimoines financiers et immobiliers

#### Piloter l'offre sur les territoires, au plus près des personnes, tout en garantissant mieux des réponses homogènes et équitables

- Repositionner le Conseil départemental en proximité de la personne âgée et renforcer la conduite partenariale de la politique du grand âge au niveau départemental
- Simplifier le pilotage de l'offre médico-sociale
- Renforcer les compétences de la CNSA, notamment en matière de pilotage financier et de garanties d'équité entre les territoires
- Evaluer la réforme, notamment sur les aspects de gouvernance et de pilotage

# LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

## CONSTRUIRE UNE PRIORITE PARTAGEE

Cours de comptes novembre 2021

### UNE POLITIQUE INADAPTEE A L'ENJEU DEMOGRAPHIQUE

#### Des résultats médiocres alors que les besoins sont croissants

La population française vieillit, comme celle des pays de l'OCDE en général, et ce vieillissement va s'accélérer avec l'arrivée des classes nombreuses du baby boom à l'âge où survient le plus souvent la perte d'autonomie, soit au-delà de 85 ans. La France comptait 100 centenaires en 1900, 1 120 en 1970 ; ils sont actuellement 26 300 et approcheront 200 000 en 2060.

La France connaît une situation paradoxale avec une longévité enviable mais de longues années passées avec des incapacités. La moindre place faite à la prévention par rapport à d'autres pays constitue l'une des explications possibles.

La perte d'autonomie n'est, en effet, pas un corollaire automatique du vieillissement : c'est l'accumulation de pathologies qui peut conduire à la dépendance si elles ne sont pas compensées.

Clarifier les objectifs opérationnels de la politique de prévention de la perte d'autonomie apparaît un préalable nécessaire. Maintenir le plus longtemps possible le maximum de capacités fonctionnelles des personnes pourrait constituer l'ambition raisonnable de cette politique.

La Cour a chiffré à 1,5 Md€ les dépenses de santé annuelles évitables pour une année gagnée d'espérance de vie sans incapacité, sur la période 2021-2031. Mais au-delà de cet impact financier, ce gain représente une amélioration significative de la qualité de vie et de l'autonomie des seniors.

#### Des interventions encore trop dispersées malgré un début de structuration

Les acteurs participant, sous une forme ou sous une autre, à la prise en charge de la prévention de la perte d'autonomie sont très nombreux (conseils départementaux, caisses de retraite, agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie, Agence nationale de l'habitat, communes et établissements de coopération intercommunale, conseils régionaux, bailleurs sociaux, mutuelles, associations...). Un début de restructuration eu lieu en 2015 avec la création, par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) du 28 décembre 2015<sup>11</sup>, des conférences des financeurs, présidées par les présidents des conseils départementaux. L'action sociale des caisses de retraite, quant à elle, a entamé un processus d'association en « inter-régimes ». L'ensemble est cependant encore foisonnant, administrativement complexe, désordonné dans sa progression. On ne sait du reste pas évaluer le montant des dépenses engagées au titre de la prévention de la perte d'autonomie. La Cour l'estime à près de 1,5 Md€ par an, dont près de 460 M€ pour les « aides techniques » (fauteuils, déambulateurs, cannes...) de l'assurance maladie et près de 300 M€ pour l'action sociale de la Cnav.

Cette variété d'intervenants, tantôt partenaires, tantôt concurrents, mais agissant aussi souvent seuls, explique les difficultés particulières de mise en oeuvre de cette politique et le besoin accru de concertation et de coordination.

Cette situation n'induit pas seulement un risque d'inefficience administrative, elle confronte trop souvent les usagers à des interlocuteurs multiples, pouvant les conduire à renoncer à entreprendre les démarches dont ils auraient besoin.

## **UN DIAGNOSTIC COMMUN SUR LES BONNES PRATIQUES A PRIVILEGIER**

Les déterminants sociaux, environnementaux et culturels de la perte d'autonomie sont bien connus. Ils aggravent le cas échéant des problèmes de santé existant par ailleurs. Les conditions et parcours de vie des personnes (ressources, contraintes, environnement, etc.), le contexte dans lequel elles évoluent (protection sociale, système de santé ou services disponibles) entravent ou favorisent tout aussi sûrement le vieillissement en bonne santé.

### **Permettre le maintien à domicile dans un logement adapté**

Le vœu formulé par le plus grand nombre de demeurer à son domicile aussi longtemps que possible appelle une rationalisation de la politique d'adaptation des logements qui n'a que trop tardé. Principalement portée par les acteurs du logement, cette politique, malgré le constat ancien d'une pluralité des financements et de critères d'éligibilité illisibles, ne fait pas l'objet d'un suivi satisfaisant: ni le besoin, ni le nombre de logements adaptés ne sont connus. La pertinence des travaux ou des équipements financés n'est que peu interrogée.

La crise sanitaire aura mis en évidence les effets délétères de la sédentarité sur l'ensemble de la population. La promotion et l'accès aux activités physiques des personnes âgées doivent changer d'échelle et s'adapter aux attentes et aux capacités variables des personnes, avec une attention particulière à celles éloignées de cette pratique pour des raisons sociologiques ou de santé.

### **Prévenir les chutes et leurs récives, promouvoir l'activité physique et lutter contre l'isolement**

Les chutes sont un marqueur d'entrée dans la dépendance et un bon témoin de l'état de santé global de la population âgée. Elles ne constituent pas une fatalité et nombre d'entre elles pourraient être évitées. Une action plus déterminée de prévention améliorerait la qualité de vie des individus (et leur survie dans de très nombreux cas) et constituerait une source non négligeable d'économies pour le système de soins.

Il est prouvé que des comportements sont à recommander ou inculquer aux personnes. On considère que les moments charnières pour infléchir préventivement les habitudes se situent, d'une part, vers 40-45 ans et, d'autre part, au moment du départ en retraite (par exemple pour l'exercice physique). Il faut aussi promouvoir une activité physique suffisante pour les personnes âgées, à moduler en fonction de leur état. Le défaut de mise en oeuvre de la prescription médicale d'activité physique adaptée aux patients souffrant de maladies chroniques, autorisée depuis 2017 mais qui n'a pas connu succès escompté, souligne l'importance des efforts à réaliser en ce domaine.

Une meilleure surveillance de la santé au quotidien des personnes âgées par leur médecin traitant doit être promue pour éviter l'aggravation d'affections ou de problèmes bénins. Dans les établissements de santé, une prise en charge adéquate, conforme aux recommandations de la Haute autorité de santé, doit permettre de réduire les cas de dépendance iatrogène évitables.

## UNE POLITIQUE PUBLIQUE A REDEFINIR ET A REORGANISER

### Bâtir une offre de prévention graduée selon trois niveaux :

Le contexte d'accroissement du nombre de personnes très âgées susceptibles de devenir dépendantes impose de repenser l'offre de prévention actuelle (dispersée, éclatée et par bien des aspects inégalitaire). La construction d'une offre graduée est de nature à apporter à chacun une réponse adaptée à son besoin. Cette offre comprendrait trois niveaux :

- ✓ Sensibiliser le plus grand nombre :

Une information générale très accessible (campagne de communication grand public, sites internet mis en cohérence, articulation entre information nationale et information des collectivités territoriales) et la création d'une plateforme téléphonique d'information de premier niveau qui répondrait aux questions sur la prévention ;

- ✓ Détecter et prendre en charge les publics vulnérables :

Une politique de ciblage en direction des plus fragiles pour que les actions collectives bénéficient à ceux qui en ont le plus besoin, assortie d'une offre de visite conseil à domicile, réalisée par des professionnels formés aux problématiques de prévention ;

- ✓ Accompagner les plus démunis :

Des plans d'aide à domicile pour les plus modestes et les plus isolés attribués par les caisses de retraite au titre de l'action sociale, à rendre moins hétérogènes.

L'internalisation de la complexité inhérente au nombre élevé d'acteurs est une condition nécessaire de réussite de cette politique. Or, c'est certainement là que résident les transformations les plus complexes, le système actuel résultant de l'accumulation de strates et de décisions opportunes à un moment donné mais qui ne présentent pas de cohérence d'ensemble. La mise en oeuvre de guichets uniques et le renforcement de la coordination entre les acteurs doivent guider l'action publique.

### Resserrer et clarifier la gouvernance

Pour être mise en oeuvre de façon efficiente, l'offre de prévention graduée suppose que les rôles des acteurs locaux et nationaux soient préalablement clarifiés et organisés dans un dispositif de gouvernance plus resserré. Les mauvais indicateurs relatifs à l'espérance de vie sans incapacité ou aux chutes résultent en partie du manque de lisibilité de l'organisation et de l'absence d'un responsable in fine de cette politique publique. La dispersion des efforts et le manque de mise en commun des bonnes pratiques ont un coût.

Quelques principes pourraient guider cette redéfinition de la gouvernance :

- ✓ Simplifier les organisations et les procédures et en tout état de cause, rendre la complexité transparente pour l'utilisateur ;
- ✓ S'appuyer sur les expertises et les ressources propres à chaque territoire ;
- ✓ Valoriser dans chaque organisme l'atteinte des objectifs partenariaux pour favoriser la réalisation d'actions communes.

L'internalisation de la complexité inhérente au nombre élevé d'acteurs est une condition nécessaire de réussite de cette politique. Or, c'est certainement là que résident les transformations les plus complexes, le système actuel résultant de l'accumulation de strates et de décisions opportunes à un

moment donné mais qui ne présentent pas de cohérence d'ensemble. La mise en oeuvre de guichets uniques et le renforcement de la coordination entre les acteurs doivent guider l'action publique.

Au niveau national, la position de la CNSA, maître d'ouvrage de la prévention de la perte d'autonomie, garante de l'équité entre territoires doit être soutenue avec un mandat interministériel clair et des moyens renforcés. Au niveau local, le département, responsable de la politique sur son territoire, doit prendre toute sa place dans un cadre national rénové.

Permettre à la CNSA d'assurer le pilotage national de la politique de prévention de la perte d'autonomie en la dotant de ressources suffisantes pour mener à bien ses missions, au besoin par redéploiement de moyens humains des caisses nationales de sécurité sociale ; en particulier, afin qu'elle s'assure que l'offre de prévention concerne tous les retraités, quel que soit leur régime d'affiliation, garantir la mise à sa disposition des données utiles de l'ensemble des caisses (ministères des solidarités et de la santé et du budget).

Les départements sont en charge des politiques sociales mais ont aussi des compétences diverses en matière de sport, de culture, d'insertion, permettant la mise en oeuvre à la fois d'une politique transversale d'adaptation au vieillissement et de parcours de prévention pour les plus précaires. Il serait logique que le département, en cohérence avec son rôle de président de la conférence des financeurs, soit responsable des résultats de la politique de prévention de la perte d'autonomie sur son territoire.

## RECOMMANDATION DE LA COURS DES COMPTES

1. Amplifier et suivre l'adaptation des logements tout en simplifiant les aides et en uniformisant les procédures (ministères des solidarités et de la santé et du logement).
2. Définir un objectif de santé publique ambitieux de diminution de l'incidence des chutes et des décès induits, en donnant aux agences régionales de santé les outils leur permettant de mobiliser les leviers identifiés pour y parvenir, dont un recueil statistique systématique des chutes (ministère des solidarités et de la santé).
3. Encourager les professionnels de santé à infléchir leurs pratiques (détection des signes de fragilité, prescription d'activité physique adaptée, réexamen de la pertinence des médicaments, etc.) via des incitations financières (ministère des solidarités et de la santé et Cnam).
4. Construire une offre graduée de prévention de la perte d'autonomie que le département serait chargé de mettre en oeuvre sur son territoire (ministère des solidarités et de la santé).
5. Moduler les crédits versés par la CNSA aux départements en fonction de l'atteinte d'objectifs clairs, dans l'objectif d'une plus grande équité territoriale, (CNSA).
6. Doter la CNSA, pilote national de la politique de prévention de la perte d'autonomie, des ressources suffisantes pour mener à bien ses missions, au besoin par redéploiement de moyens humains des caisses nationales de sécurité sociale et mettre à sa disposition les données nécessaires, relatives à l'accès des retraités à l'offre de prévention, de l'ensemble des caisses (ministères des solidarités et de la santé et du budget).









# CONSEIL DE PROVENCE

52 avenue de Saint Just

13004 MARSEILLE

Tel : 04 13 31 27 03

Mail : [conseil.de.provence@departement13.fr](mailto:conseil.de.provence@departement13.fr)

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



---

Délégation Générale du Conseil de Provence