

**43<sup>èmes</sup> journées annuelles de la  
S G O C**

**« Bien vieillir »**

**Les politiques publiques favorables  
aux aînés**

*Dr Jean-Pierre AQUINO  
Clinique de la Porte Verte  
Versailles*

# Bien vieillir

**Le modèle retenu doit être multi-critères et ne pas se limiter aux déterminants médicaux:**

- **Absence de maladie, activité physique et cognitive satisfaisantes, vie sociale active (Rowe)**
- **Tirer le meilleur parti de compétences réduites, par la sélection, optimisation, compensation (Baltes)**
- **Rôle déterminant de l'environnement (contraintes sociétales) et de la responsabilité de l'individu (Riley)**

Confidentiel

**Pourquoi ?**

## Le vieillissement et son contexte

L'empire de la vieillesse augmente son emprise, mais ne vieillissons-nous pas de mieux en mieux ou de moins en moins

Les maladies changent de visage: la transformation des maladies létales en maladies chroniques, l'émergence des maladies invalidantes, la maladie d'Alzheimer, le vieillissement des handicapés

- En conséquence, le problème du financement de la protection sociale
- Dans ce contexte, importance d'une démarche préventive adaptée

## La prévention et bien vieillir

- « Bien vieillir » est un compromis réussi entre : la personne, la société et les pouvoirs publics
- La personne et ses caractéristiques: le génome, les capacités et les incapacités, le comportement, la projection dans l'avenir, l'estime de soi, l'aptitude au bonheur...
- La société et sa représentation de la vieillesse, la place faite aux personnes âgées, le jeunisme, les baby-boomers
- Les pouvoirs publics et l'organisation de leurs actions (plans de santé publique, prévention, organisation des soins...)

# Espérance de vie en bonne santé

• Etude de l'espérance de vie en bonne santé, à 50 ans, de 25 pays de l'Union européenne (*JAGGER C*) - Lancet 2008

• Cette durée est plus longue si:

- PIB du pays élevé
- accès à la formation initiale et continue plus important
- taux de chômage prolongé faible

Confidentiel

**Pour qui ?**



# Le Plan national «Bien vieillir» 2007-2009

*9 axes et 32 mesures destinées aux  
personnes de 55 à 75 ans*

*En cohérence et complémentarité avec  
d'autres plans*

- Dépister et prévenir lors du départ à la retraite les facteurs de risque du vieillissement : consultation de longévité
- Promouvoir une alimentation équilibrée,  
une activité physique,  
le bon usage des médicaments
- Prévenir les facteurs de risque et les pathologies
- Promouvoir la solidarité entre les générations
- Développer le «bien vieillir» au niveau local et création d'un label
- Développer la recherche et l'innovation
- Inscrire la démarche dans la dimension européenne

Confidentiel

# Les bilans de prévention

# L'organisation d'une consultation de prévention

- Au-delà des expériences conduites par l'AGIRC-ARRCO et plusieurs mutuelles
- Loi de santé publique de 2004 : consultation de prévention à 70 ans
- Plan « Bien vieillir » : consultation de prévention à la cessation d'activité
- Synthèse des deux propositions (2009) : la consultation de longévité
- Mission Rosso-Debord sur la dépendance (2010) : mettre en place une consultation gratuite de prévention destinée à toute personne âgée de plus de soixante ans

# Les recommandations du Haut Conseil de Santé Publique (2009)

- « Il est nécessaire de développer une logique préventive s'inscrivant dans un continuum organisé au sein d'un parcours coordonné de santé »
- Ce dispositif doit s'inscrire dans la logique de soins de santé primaires proposés dans la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST)
- Les examens périodiques de prévention ne relèvent pas uniquement du médecin traitant, mais doivent s'inscrire dans une coopération entre professionnels et l'instauration d'un temps de concertation pluridisciplinaire
- La réalisation des examens périodiques de prévention n'a d'intérêt que si une prise en charge d'aval et de proximité, à dimension principalement éducative, est prévue

# Une cible identifiée : la fragilité

Critères de L. FRIED (groupe Frailty Task Force 2001)

- Perte de poids involontaire
  - Vitesse de marche ralentie
  - Diminution de la force musculaire
  - Asthénie physique et psychique
  - Activités physiques réduites
- Fragilité : 3 critères ou plus
  - Pré fragilité : 1 à 2 critères

# Facteurs de fragilité - CREDOC

- Ne pas recevoir ni rendre de visites
- Se sentir souvent seul
- Eprouver des difficultés dans au moins un geste de la vie quotidienne
- Eprouver des difficultés particulières dans le logement
- Utiliser une canne
- Eprouver des difficultés pour se déplacer
  - Estimer que son état de santé s'est dégradé au cours des 12 derniers mois
  - Peur de faire un malaise

# Prévention de la dépendance

- Santé en entreprise

- Connaissance et repérage des facteurs prédictifs

- Population cible : les personnes fragiles

- Perte d'autonomie lors d'une hospitalisation (en EHPAD):  
identification des sujets à risque

- Recommandations destinées aux médecins et formation  
(DPC)

- Actions spécifiques préventives : maltraitance, santé des aidants

## Etude PRO-AGE

- Identification des risques de perte d'autonomie et incitation au recours d'examens préventifs
- Trois sites en Europe : Hambourg, Londres, Solothurn
- Personnes rencontrées : autonomes
- Médecins généralistes formés à l'identification des risques, la promotion de la santé et la prévention
- Groupe intervention et groupe témoin
  - Résultats attendus : changement de comportement et évolution positive de l'état de santé après un an

*(STUCK AE - BHC Medical Research Methodology 2007)*

# Etude PRO-AGE - Résultats Hambourg

- **Méthode : 14 médecins généralistes, 2 580 personnes en deux groupes**
- **Résultats : effets favorables du groupe des médecins formés à l'identification des risques**

*(DAPP U - J Géronto A Biol Sci Med Sci 2011)*

# Pour une politique de prévention au service de l'autonomie (CNSA -avril 2011)

## Recommandations

- Approfondir la connaissance des déterminants de la perte d'autonomie
- Améliorer l'état de santé tout au long de la vie
- Cibler les actions de prévention en direction des personnes fragiles, vulnérables, qui sont les plus éloignées des démarches de prévention et d'éducation à la santé
- Reconnaître la nécessité d'un pilotage stratégique et régional renforcé

# Deux rapports contributifs

- **Vivre chez soi**
- **Nouvelles approches de la prévention en santé publique**

Confidentiel

**Rapport « Vivre chez soi »**

**Nora BERRA**

*Juin 2010*

## Six volets

Approche sociétale et environnementale de la mission, contribuant à prévoir, prévenir ou compenser:

- Diagnostic « autonomie habitat »
- Technologies et services pour l'autonomie
- Mobilité et urbanisme
- Compétences et métiers
- Inclusion et prévention des discriminations
- Optimisation de la gestion des services

# Nouvelles approches de la prévention en santé publique

*Centre d'analyse stratégique (mars 2010)*

# Nouvelles approches de la prévention en santé publique

- But des stratégies préventives : certes informer, sensibiliser, promouvoir un comportement vertueux, mais surtout inciter la population à l'adopter
- Apports des recherches en sciences comportementales et sociales
- Contribution des neurosciences qui permettent de mieux appréhender les attitudes des consommateurs
- Parmi les outils, ceux issus des sciences cognitives susceptibles d'optimiser les campagnes d'information et d'éducation à la santé

**Vieillir en bonne santé : un  
challenge pour l'Europe  
(2004-2007)**

# Vieillir en bonne santé

Depuis 2007, mise en place d'un groupe de travail spécifique (experts de 12 Etats membres représentant 14 organisations)

Projet européen de promotion de l'activité physique chez les personnes âgées sédentaires (PASEO)

Enquête européenne SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) :

- panel européen axé sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement
- échantillon de 40 000 personnes de 16 pays
- questions identiques dans tous les pays : état de santé, consommation médicale, statut socio-économique, conditions de vie

Confidentiel

# Commentaires

# Les inégalités en santé au cours de l'avancée en âge

« Il est faux que l'égalité soit une loi de la nature. La nature n'a rien fait d'égal » Vauvenargues

- Le vieillissement accentue les inégalités: grande hétérogénéité des situations personnelles à un âge identique
- Influence directe des conditions de vie dans l'enfance, de l'état de santé des parents sur celui des enfants devenus adultes : patrimoine génétique commun, reproduction des comportements liés à la santé (Devaux)
- Les personnes en situation de précarité
- La prévention : sa contribution à la réduction des inégalités en santé au cours de l'avancée en âge

## Les difficultés

- Problème de comportement individuel, mais surtout déficit de culture préventive par manque de formation des professionnels et d'information du public
- Attention aux actions individuelles qui pourraient accroître les inégalités
- Les dispositifs de prévention sont-ils à la disponibilité du plus grand nombre?
- Les non-répondeurs
- Attention au concept de « vieillissement réussi » : élitisme?
- Le fatalisme: dans une vision négative du vieillissement, la prévention est-elle utile?  
*« La fatalité, c'est l'excuse des âmes sans volonté »  
Romain ROLLAND*

Confidential

**Comment ?**

## Le constat

- **Balkanisation des acteurs (CNSA, CNAV, caisses de retraite, mutuelles...)**
- **Multiples actions, appels à projet...**
- **Confusion entre les financeurs et les opérateurs**
- **Plans de santé publique sans transversalité**
- **Evaluation insuffisante**

## Gouvernance

- Volonté politique affirmée au niveau national
- Globalité de la démarche s'appuyant sur l'interministériel
- Démarche préventive : valorisation et pérennité
- Cadre aidant à la structuration des acteurs : Task force
- Déclinaison régionale ARS

*Prévoir, prévenir, réhabiliter, compenser*

# Recommandations du HCSP pour le deuxième plan national Bien vieillir

- Pérenniser le concept
- Adapter la méthode : action intersectorielle, pilotage et opérateurs
- Inclure la problématique des inégalités sociales de santé
- Intégrer la notion du « Bien vieillir » dans une action politique à visée collective et individuelle

# Plan National « Bien vieillir » 2011-2013

- Volonté interministérielle : Santé, Solidarité, Sports, Ecologie, Logement
- Rédaction des axes de développement pour septembre 2011
- Déplacement du curseur vers les personnes fragiles
  - Prise en compte des inégalités sociales en santé
  - Liens avec le chantier dépendance

# 2012 : Année européenne du vieillissement actif

- Sensibiliser l'opinion publique au rôle utile des personnes âgées dans la société
- Rester le plus longtemps possible sur le marché du travail
- Demeurer en bonne santé
- Demeurer actif et autonome le plus longtemps possible

## Conclusion

- Complexité d'une démarche préventive appliquée à la gérontologie
  - *« A un problème complexe, il existe une solution simple, mais elle est fausse » Oscar WILDE*
- Trois acteurs : la personne, la société et les pouvoirs publics
- Le plan national « Bien vieillir » marque une étape dans la culture française, mais nécessité d'une nouvelle gouvernance
  - Importance du traitement des inégalités en santé, en raison du contexte économique actuel
  - Nécessaire contribution des sciences médicales, humaines, sociales...