

# 02

PARTIE

## PROSPECTIVE

### Pour une politique de prévention au service de l'autonomie

- Enjeux, définition et champ de la prévention  
au service de l'autonomie ..... 18
- Mieux connaître les déterminants pour mieux piloter  
et prioriser la politique de prévention ..... 22
- Les axes à privilégier : améliorer l'état de santé  
tout au long de la vie et cibler les actions  
sur les populations vulnérables ou fragiles ..... 24
- La nécessité d'un pilotage stratégique et régional renforcé ..... 28

# POUR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION AU SERVICE DE L'AUTONOMIE

“ *Avoir le souci de sa santé, faire raisonnablement de l'exercice, manger et boire de façon à restaurer ses forces et non à les étouffer. En vérité, il ne faut pas seulement s'occuper de son corps, mais encore beaucoup plus de son intelligence et de son esprit ; car eux aussi sont éteints par la vieillesse comme une lampe qu'on n'alimenterait pas en huile.* »

Cicéron, de Senectute

La peur du vieillissement et de ses conséquences est historiquement largement présente, depuis Cicéron qui proposait de « *lutter contre la vieillesse tout comme on doit lutter contre la maladie* » jusqu'aux recherches alchimiques du Moyen Âge ou aux pratiques de rajeunissement des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles<sup>(1)</sup>. Cette espérance est toujours présente, et pousse à la diffusion de pratiques et de traitements dont la validité scientifique n'est pas toujours démontrée.

L'idée selon laquelle une politique du handicap doit s'intéresser aux réponses apportées aux personnes concernées, mais aussi chercher à éviter ces situations a également dicté le titre II de la loi du 11 février 2005 consacré à la « prévention, recherche et accès aux soins ».

Alors que l'accompagnement de la perte d'autonomie s'invite au rang des priorités politiques, quelle place sera laissée à la question de la prévention au-delà d'invocations souvent un peu incantatoires ?

Le Conseil de la CNSA souhaite que le rôle que peuvent jouer la prévention et les politiques de santé au regard de la question de la perte d'autonomie soit mieux défini, que soient identifiés les leviers sur lesquels il est réellement possible d'agir avec efficacité et précisés les rôles de chacun des acteurs – dont la CNSA.

## Enjeux, définition et champ de la prévention au service de l'autonomie

### \* L'autonomie comme objectif à part entière des politiques de prévention et de promotion de la santé

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit une définition générale de la politique de prévention en France : « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé* » ; définition dans laquelle la prévention de la perte d'autonomie s'inscrit naturellement. Elle crée également le nouvel Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), pointant ainsi la dimension technique de la démarche de prévention. En effet, la mise en œuvre de la prévention relève d'une démarche structurée fondée

(1) Par exemple, dans les années 20, les expériences à Paris du Russe Serge Voronoff, de transplantation testiculaire du singe à l'homme ! cf. J. Frexinos (2007), *Vivre longtemps et rester jeune, science ou charlatanisme*, éditions Privat.

sur des méthodes spécifiques, essentiellement populationnelles, en rapport avec son objectif principal, qui est de réduire le risque (la probabilité) de survenue d'un événement péjoratif affectant la santé. Cela suppose que cet événement de santé soit précisé, que son risque initial soit connu et que l'on ait identifié les facteurs de risque, notamment les caractéristiques désignant les individus ayant un risque accru. Elle suppose, enfin, la mise en œuvre des mesures aptes à réduire le risque chez les personnes visées. À côté des actions ciblées de prévention, de façon plus générale, la promotion de la santé vise à créer des conditions de vie et d'environnement, et à inciter à des comportements plus favorables par rapport au risque considéré.

Si, comme le pose l'Organisation mondiale de la santé, la santé « *est un état de complet bien-être physique, mental et social* », la préservation de l'autonomie est un des objectifs à part entière des politiques de prévention en santé. Une politique de prévention en la matière doit avoir pour cible l'ensemble des « événements péjoratifs » dont la survenue porte ou peut porter atteinte à l'autonomie, définie comme l'exercice de la volonté personnelle et relationnelle des personnes, dans leur droit d'assumer leurs propres choix, y compris dans les actes de la vie quotidienne (*l'empowerment*, tel qu'il est repris dans la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées), et en tenant pleinement compte des facteurs sociaux (solitude, cellule familiale, etc.).

**Le handicap (quel que soit l'âge), selon les travaux internationaux conduits par l'OMS<sup>(2)</sup>**, est la résultante sur les activités et la participation à la vie sociale de l'interaction entre des facteurs personnels comme les altérations de structures et fonctions du corps (ou déficiences), et les facteurs environnementaux, qui se comportent comme facilitateurs ou obstacles.

Toute action empêchant en amont la survenue de cette limitation d'activité ou restriction de participation à la vie sociale participe à la prévention du handicap, que cette action concerne des facteurs personnels, comme les capacités de l'individu dans ses différentes fonctions, ou les facteurs environnementaux.

**Il est important de souligner d'emblée que la prévention de la perte d'autonomie ne se limite pas aux risques du grand âge** et que, s'agissant de celui-ci, il n'est pas question de prévenir le vieillissement lui-même, mais ses conséquences en termes de restriction

de participation à la vie sociale, qui peut en résulter pour les personnes concernées. Rappelons en effet que 83 % des personnes âgées de 60 à 79 ans peuvent être considérées comme autonomes, 3,3 % pouvant à l'inverse être considérées comme dépendantes ou fortement dépendantes. Au-delà de 80 ans, près de six personnes sur dix sont encore relativement autonomes malgré quelques difficultés d'audition et de motricité générale<sup>(3)</sup>.

### \* Les différentes stratégies de prévention au service de l'autonomie

Il est habituel de distinguer plusieurs types de prévention, selon qu'il s'agit d'éviter un risque futur, de le dépister avant qu'il ne se soit extériorisé ou de diminuer ses conséquences après qu'il sera avéré.

On parle ainsi :

- ▶ de prévention primaire, ce qui recouvre l'ensemble des actions qui permettent de réduire la survenue d'un événement indésirable : par exemple, des mesures environnementales, ou de vaccination ;
- ▶ de prévention secondaire, lorsqu'il s'agit de réduire les conséquences d'un risque déjà advenu, en le diagnostiquant et le traitant précocement : par exemple, le dépistage systématique du cancer du sein ;
- ▶ de prévention tertiaire, lorsqu'il s'agit d'amoindrir les conséquences, et notamment les limitations d'activité et les restrictions de participation à la vie sociale associées, par exemple, à un accident ou à une maladie chronique.

Dans une logique de prévention primaire, la prévention de la perte d'autonomie passe par la prévention de la déficience et de ses causes. Elle doit ainsi s'exercer vis-à-vis des accidents de la vie aux conséquences handicapantes, à tout âge : la médecine du travail et la prévention des risques professionnels, la lutte contre les accidents domestiques, ou la prévention routière, contribuent clairement à la prévention de la perte d'autonomie. Il peut également s'agir de prévenir le déclenchement d'une maladie par une action sur les facteurs qui, sans en être la cause proprement dite, favorisent son apparition : c'est par exemple le cas du traitement des dyslipémies et de la diminution du surpoids pour prévenir les maladies cardio-vasculaires, de la prise d'acide folique chez la femme enceinte pour prévenir le spina bifida, et aussi dans le cas de certaines maladies mentales pour lesquelles la prise de substances addictives semble jouer un rôle de catalyseur.

(2) Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF – OMS, 2001.

(3) Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées – Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 – Études et résultats n° 718 – février 2010 – DREES.

Une stratégie d'intervention précoce, dès lors qu'une déficience est survenue, est également susceptible de limiter, voire annuler un facteur de risque de handicap dépisté suffisamment tôt. La prévention peut être mise en place dès les premiers âges de la vie, avec un dépistage à la naissance de certains risques, soit systématique (par exemple, la surdité), soit ciblé (prématurité). Cela passe également par la r ducation ou la réhabilitation : d'où l'importance des systèmes de détection et de prise en charge précoces, comme la Protection maternelle et infantile (PMI), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ; ou, de façon plus large encore, les actions des personnels sociaux et de santé de l'éducation nationale en charge des actions de prévention individuelles et collectives et de la promotion de la santé pour les enfants présentant des risques de handicap, ou des dispositifs de r ducation fonctionnelle (par exemple, pour les victimes d'accidents ou les personnes atteintes de maladie chronique). La prévention secondaire comme, par exemple, le traitement de l'hypertension artérielle visant à prévenir les risques d'AVC ou d'insuffisance cardiaque, ou encore le dépistage du diabète constitue également une prévention des déficiences et des limitations d'activités.

Afin de renforcer l'efficacité de l'intervention précoce, **il faut mettre davantage en synergie les systèmes qui fonctionnent souvent de façon trop éparse**. Face aux progrès techniques qui peuvent améliorer dans un certain nombre de cas le dépistage et le diagnostic, une vigilance est de mise, d'abord pour éviter de confondre diagnostic et pronostic. Par ailleurs, **le repérage seul ne constitue pas une politique de prévention** ; encore faut-il proposer des mesures d'accompagnement qui permettent d'en limiter, voire d'en empêcher les conséquences des déficiences dans la vie quotidienne des personnes. Le dépistage précoce de la surdité a par exemple donné lieu à d'importants débats autour des suites qu'il convenait de lui donner et de l'accompagnement des familles et des enfants ainsi repérés (choix du mode d'éducation, décision relative à d'éventuelles interventions médicales, apprentissage d'une communication adaptée...).   des âges plus élevés, le repérage de la surdité chez des personnes de plus de 60 ans pose la question de l'accès aux prothèses auditives et des obstacles, notamment financiers. Les progrès de la médecine prédictive, par l'analyse génétique des personnes ou de leurs parents, vont renforcer les possibilités de prévention et de dépistage, mais aussi les exigences déontologiques et d'accompagnement des

personnes lorsqu'un facteur de risque aura été identifié. L'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie et l'amélioration de leur qualité de vie sont à considérer au titre de la prévention tertiaire, en ce qu'ils permettent d'éviter l'aggravation de l'état de santé et la restriction de participation à la vie sociale des personnes concernées.

### \* **Compensation du handicap et accessibilité de l'environnement : prévenir et d j  compagner**

La particularité de la perte d'autonomie tient à l'interaction entre les altérations de fonctions et l'environnement. Les conséquences, dans la vie sociale, d'une déficience ou d'une incapacité définie et considérée comme durable ou définitive peuvent être fortement diminuées grâce à des interventions au niveau individuel – compensation (aides techniques, aides humaines) – et à des mesures collectives d'accessibilité (boucles magnétiques, ascenseurs, formation des personnels d'accueil dans les établissements recevant du public...). Il est ainsi encore possible de réduire les conséquences du handicap en aval de la survenue de l' v nement qui est sa cause première. Cette vision, portée par la Classification internationale du fonctionnement et de la santé, étend très significativement le champ de la prévention de la perte d'autonomie puisqu'elle fait de la politique d'accessibilité (aménagement de l'environnement) et de la politique de la compensation – dont la loi du 11 février 2005 a fait le champ privilégié d'action de la CNSA –, des leviers.

Le Conseil affirme que **l'amélioration de l'accompagnement de la personne, par une politique de compensation efficace, a des conséquences en matière de préservation, de restauration ou d'acquisition de l'autonomie** et constitue par conséquent une action de prévention tertiaire.

Ainsi, parce qu'elle permet d'aider à l'autonomie des personnes par l'intervention d'aides humaines ou techniques et donc de ralentir ou d'éviter l'évolution vers des incapacités plus grandes, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée aux personnes en GIR 4<sup>(4)</sup> joue un rôle en matière de prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie. Pour autant, il convient bien de considérer que les personnes concernées ont d'ores et d j à des besoins avérés d'aide à l'autonomie. La suppression de l'APA pour les personnes en GIR 4 constituerait donc à la fois un recul en matière de politique de

(4) Groupe Iso-ressources, coté de 1 à 4 dans le cadre de la grille AGGIR qui mesure l'éligibilité à l'APA. Le GIR 4 est le niveau le moins élevé de perte d'autonomie ainsi mesuré.



prévention de la perte d'autonomie, mais aussi – et surtout – un retrait du dispositif de solidarité en matière d'accompagnement de l'autonomie.

De la même manière, l'adaptation du logement d'une personne en situation de handicap pourra – en particulier avec l'aide des nouvelles technologies très utilisées en domotique – préserver ses capacités d'autonomie et donc limiter ses besoins d'aide humaine supplémentaire ou atténuer des situations d'isolement et favoriser une vie sociale en milieu ordinaire. Mais elle est également déjà une réponse à des besoins identifiés et son financement est à ce titre spécifiquement couvert par l'un des volets de la prestation de compensation du handicap.

Toutefois, au-delà de ce rappel essentiel sur le rôle de la compensation en matière de prévention de la perte d'autonomie, le Conseil ne reviendra pas, dans la suite de cette analyse, sur la politique de compensation en tant que telle, qui a déjà fait de sa part l'objet d'une réflexion à part entière<sup>(5)</sup>. Il lui importe de bien distinguer la compensation, qui est au cœur du champ d'action de la CNSA, des autres contributions au titre de la prévention des acteurs dont l'action à destination des personnes en perte d'autonomie est parfois moins identifiée.

### \* La promotion de l'espérance de vie sans incapacité, un enjeu majeur du débat qui s'engage

Considérant que la prévention de la perte d'autonomie vise à en limiter l'incidence, le Conseil estime qu'elle devrait avoir toute sa place dans la concertation ouverte par le Gouvernement sur les réponses à apporter à la perte d'autonomie et qui reposent notamment sur les perspectives d'évolution démographique.

Sous l'effet conjugué du vieillissement de classes d'âge très nombreuses (celles du *baby-boom*) et de l'augmentation de l'espérance de vie aux âges élevés, les personnes âgées de plus de 60 ans devraient voir leur part dans la population totale s'accroître de près de 50 % entre 2010 et 2050 (31,9 % en 2050 contre 22,9 % en 2010). La catégorie de population la plus à risque de limitation de son autonomie, au-delà de 75 ans, passera de 8 % de la population totale aujourd'hui, à 9,1 % dans dix ans et à 16,6 % en 2050. Le vieillissement concerne également les personnes handicapées, dont l'espérance de vie, quoique mal appréhendée, s'accroît rapidement. Ainsi, même à couverture des besoins inchangée, les moyens à y consacrer au niveau national vont s'accroître très sensiblement.

Toutefois, si l'espérance de vie a progressé, elle s'est accompagnée d'une augmentation de la durée de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation d'activités. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance en

(5) Construire un nouveau champ de protection sociale – Rapport de la CNSA 2007.

France s'est ainsi accrue de près de deux ans en un peu moins de vingt ans, passant de 62,4 à 64,2 ans entre 1980 et 2008 pour les femmes et de 60 à 63,1 ans pour les hommes sur la même période.<sup>(6) (7)</sup>

**Plus que le vieillissement ou l'espérance de vie, l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité est la variable déterminante** des défis sociaux et financiers auxquels notre société devra faire face en matière de perte d'autonomie, sur laquelle il est possible d'agir par une politique déterminée en matière de prévention.

Des travaux récents de l'OCDE sur le vieillissement en bonne santé évaluent ainsi que la progression des dépenses publiques serait inférieure d'un demi-point de PIB si la moitié des gains d'espérance de vie prenait la forme de gains d'espérance de vie en bonne santé<sup>(8)</sup>. Au-delà des aspects financiers, c'est évidemment la qualité de vie de la population qui est l'objectif principal. En proposant de consacrer l'année 2012, « Année européenne du vieillissement actif », la Commission européenne souligne qu'encourager le vieillissement en bonne santé est un défi commun à nos sociétés européennes. C'est dire si la prévention de la perte d'autonomie devra trouver une place réelle dans le débat qui s'ouvre en 2011.

En matière de politique du handicap, les enjeux quantitatifs sont moins précisément identifiés. Il n'en demeure pas moins que la réduction du nombre de situations de handicap est un défi collectif. L'état des besoins et les prévisions d'évolution sont aujourd'hui très difficiles à établir, faute d'une mesure claire de l'impact global des différentes actions mises en œuvre dans des champs très variés (sécurité routière, politique néo natale, prévention des accidents du travail...): c'est un champ nécessaire d'investissement pour l'amélioration de la connaissance, puis des politiques publiques.

## Mieux connaître les déterminants pour mieux piloter et prioriser la politique de prévention

### \* Systématiser l'élaboration d'indicateurs relatifs aux incapacités évitables

Une connaissance précise des différents types de handicaps et de leurs déterminants est indispensable si on veut progresser dans le domaine de la prévention : on ne prévient bien que ce que l'on connaît et on ne mobilisera l'opinion publique sur cet enjeu qu'en lui rendant accessibles des données claires.

La production d'indicateurs est également indispensable pour prioriser les actions d'une politique de prévention. La « mortalité évitable »<sup>(9)</sup> est, depuis longtemps, une cible première des politiques de prévention et conduit à lutter en priorité contre les cancers des voies aérodigestives supérieures, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida<sup>(10)</sup>. **Elle devrait être complétée par la lutte contre « les incapacités évitables ».** Afin d'être opérationnelle, une telle notion nécessite l'approfondissement de travaux méthodologiques permettant de quantifier le phénomène, de la même manière que les épidémiologistes sont capables de le faire en matière de mortalité évitable.

### \* Mieux connaître et faire connaître les causes de la perte d'autonomie

L'enquête Handicap Incapacité Dépendance de 1999 offrait un premier tableau en identifiant différents niveaux de la situation de handicap, de la déficience aux restrictions de participation sociale en passant par le besoin d'aide ressenti et l'intervention des aidants. L'enquête Handicap-Santé 2008, lancée par l'INSEE et la DREES, soutenue par la CNSA, va permettre d'actualiser la connaissance du handicap et de ses origines. Couplée désormais à l'enquête santé, et permettant des rapprochements avec les fichiers de l'assurance maladie et donc d'associer les descriptions déclaratives des pathologies, des activités et de la participation sociale

(6) INSEE – source Eurostat – mise à jour 10/12/2010.

(7) Le gain est le même à des âges plus élevés : âgée de 65 ans en 2007, une femme résidant en France pouvait espérer vivre 23 ans, dont près de 10 années sans incapacité, contre 21 ans, dont 8,5 ans sans incapacité en 1995 (pour les hommes, ces chiffres étaient de 18,4 années, dont 9,4 sans incapacité en 2007, contre 16,2 années, dont 7,6 sans incapacité).

(8) OCDE *Working paper* n°42 – *Policies for healthy ageing: an overview* – février 2009.

(9) Responsable de plus d'un tiers des décès dits « prématurés » (avant 65 ans), soit quelque 36 000 décès en 2005.

(10) Centre d'analyse stratégique – CAS – Nouvelles approches de la prévention en santé publique – mars 2010 ; Les maladies chroniques – importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies – Juliette Bloch - ADSP n° 72 septembre 2010.

avec la consommation de soins, elle est de nature à améliorer considérablement la visibilité sur les liens entre les handicaps et leurs causes. **Son exploitation constitue ainsi un chantier prioritaire auquel le Conseil recommande de donner tout l'écho qu'il mérite.**

Cette enquête et ses exploitations ne sauraient toutefois répondre à elles seules à l'ensemble des besoins de connaissance. Dans un certain nombre de cas, des approches plus fines sont nécessaires : c'est particulièrement le cas pour le handicap rare, dont la prévalence est par définition trop faible pour être correctement documentée par le biais de travaux généraux. Au niveau territorial de l'analyse, les nouvelles conférences de territoires créées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) peuvent utilement contribuer à ce besoin de connaissance.

Pour définir une politique de prévention de la perte d'autonomie, encore faut-il établir clairement le lien entre les situations de handicap et les causes des déficiences qui leur sont liées, qu'il s'agisse de maladies ou d'accidents ; les principales maladies chroniques, causes de restriction d'activité et de mauvaise santé déclarées sont les maladies cardio-vasculaires et respiratoires graves, les cancers, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Nous disposons de données épidémiologiques sur les évolutions temporelles et géographiques de ces affections (cf. rapport état de santé en France). Ainsi, les AVC, dont les progrès de la prise en charge (cent mille séjours d'hospitalisation pour AVC par an) ont permis une baisse de la mortalité, restent la première cause de handicap fonctionnel<sup>(11)</sup> et la deuxième cause de démence<sup>(12)</sup>.

Les troubles locomoteurs et les maladies mentales sont par ailleurs les principales causes de mise en invalidité (c'est-à-dire de restriction des possibilités de travailler avant l'âge de la retraite) : ils apparaissent donc parmi les priorités de santé publique, dès lors qu'on ne cherche pas seulement à réduire le taux de mortalité, mais qu'on s'intéresse aussi aux incapacités. La

transversalité des approches préconisée dans le cadre des projets régionaux de santé et de leurs schémas sectoriels devra contribuer à cette cohérence.

### \* Approfondir la connaissance des déterminants des situations de fragilité

Pour ce qui concerne plus particulièrement la perte d'autonomie liée à l'avancée en âge, la littérature scientifique identifie bien les principaux risques de perte d'autonomie, et par conséquent les trois cibles qui doivent être privilégiées si l'on veut réduire le pourcentage de personnes de plus de 60 ans considérées comme « dépendantes »<sup>(13)</sup>.

- Prévenir les maladies liées à l'âge (risque cardiovasculaire, de cancer, respiratoire, nutritionnel, risques sensoriels...). Généralement, les facteurs de risque de ces pathologies se constituent sur toute une vie : sédentarité, surpoids, mauvaise alimentation, tabagisme, etc. De ce fait, il y a une continuité dans l'approche de prévention depuis le plus jeune âge (donc y compris *via* les parents), et tout au long de la vie : *« il n'est jamais trop tôt et jamais trop tard pour promouvoir la santé »* (SNPIH<sup>(14)</sup>, 2007).

- Lutter contre l'inactivité, qui est un facteur de risque en soi (indépendamment de la survenue d'une maladie liée à l'inactivité), contre lequel on peut lutter à tout âge, et qui concerne l'inactivité physique, mais aussi l'inactivité mentale<sup>(15)</sup>.

- Dépister les situations de fragilité des personnes âgées, qui induisent un risque accru de dépendance (situations estimées à 8-10 % des plus de 60 ans). Le diagnostic se fonde sur les symptômes de fatigue, de dénutrition, de sarcopénie<sup>(16)</sup>, de troubles de l'équilibre, l'isolement social...

Une amélioration de la connaissance des déterminants de la fragilité<sup>(17)</sup> peut sans aucun doute constituer une piste prioritaire de recherche. Elle devra pouvoir progresser dans deux directions : tout d'abord, s'étendre du champ des personnes âgées dans lequel elle est née à l'ensemble des situations à risque de perte d'autonomie ;

(11) On note par exemple que d'après le registre des AVC de Dijon, 42 % des personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) ne peuvent plus marcher sans assistance. Les deux tiers des AVC surviennent après 65 ans.

(12) Les maladies chroniques – importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies – Juliette Bloch – ADSP n°72 septembre 2010.

(13) 3,3 % pour les 60-79 ans et 13,7 % pour les 80 ans et plus. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées – Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 – Études et résultats n° 718 – février 2010 – DREES.

(14) Swedish National Institute of Public Health.

(15) La scolarisation précoce permet de constituer une « réserve cognitive », plus importante, que l'on maintient plus longtemps : les études transversales et en plan longitudinal confirment ainsi que le niveau d'études est le premier facteur de prévention du déclin cognitif lié à l'âge.

(16) Fonte des muscles due au vieillissement ou à une maladie neurologique.

(17) La conceptualisation de la notion de fragilité est récente, cf. Linda Fried, Luigi Ferruci, Jonathan Darer, Jeff Williamson et Gerard Anerson, 2004. *« Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications and improved targeting and care », Journal of Gerontology.*

par ailleurs, intégrer les dimensions sociales et environnementales. La place centrale jouée par les déterminants sociaux dans le modèle du handicap ne peut en effet qu'inviter à approfondir la connaissance que l'on a du rôle qu'ils jouent au stade de la fragilité.

### **Les axes à privilégier : améliorer l'état de santé tout au long de la vie et cibler les actions sur les populations vulnérables ou fragiles**

Les deux premières cibles de prévention de la perte d'autonomie rappelées ci-dessus – les maladies dont la fréquence augmente avec l'âge et l'inactivité – relèvent des politiques générales de santé publique, y compris pour ce qui est de l'accès aux soins des personnes âgées et handicapées. Par contre, les personnes sans risque pathologique avéré mais fragiles (physiquement ou socialement) doivent constituer une cible spécifique, pour laquelle la prévention de la perte d'autonomie a toute sa place, ce qui nécessite une stratégie de dépistage adaptée.

#### **\* Améliorer l'état de santé tout au long de la vie est le facteur commun de la prévention en santé et de la prévention de la perte d'autonomie**

Dès son premier rapport de 1994, le Haut comité de santé publique fixait « quatre grands buts à moyen terme : réduire les décès évitables (donner des années à la vie) ; réduire les incapacités évitables (donner de la vie aux années) ; améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et malades (quel que soit leur âge) ; réduire les inégalités face à la santé » : ces objectifs demeurent aujourd'hui complètement pertinents et se retrouvent largement dans les six axes de la loi du 9 août 2004 de santé publique, qui propose une centaine d'objectifs à cinq ans pour réduire la mortalité et la morbidité évitables, et diminuer les disparités régionales en matière de santé <sup>(18)</sup>.

En matière de prévention de la perte d'autonomie, la prévention primaire consiste à prévenir les maladies et accidents à l'origine de la déficience : c'est le rôle des grands programmes de prévention en santé – Direction générale de la santé (DGS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) –, mais aussi des acteurs ayant des responsabilités dans les politiques de sécurité des personnes (Institut de veille sanitaire – INVS, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – AFSSAPS, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation – ANSES, Sécurité routière, Commission de la sécurité des consommateurs, Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes – DGCCRF...).

Les préconisations pour renforcer l'efficacité d'une politique de prévention de la perte d'autonomie tout au long de la vie ne se distinguent pas de celles qui ont été établies par de nombreux experts sur la politique de prévention en santé dont elle constitue un des objectifs. La faiblesse de la politique française de santé publique en matière de prévention est ainsi soulignée depuis longtemps <sup>(19)</sup> et dans de multiples rapports et avis <sup>(20)</sup>, comme en témoigne encore le constat de la Conférence nationale de santé en octobre 2008 <sup>(21)</sup>.

*« Le système de santé français est connu pour être principalement curatif et insuffisamment organisé en termes de prévention et de promotion de la santé publique. Les conséquences de ce déséquilibre sont loin d'être mineures... La Conférence nationale de santé estime qu'il est nécessaire de repenser la stratégie publique pour intégrer la prévention dans une logique plus globale de promotion de la santé publique.*

*La Conférence nationale de santé estime qu'il faut rompre avec la logique antérieure pour affirmer qu'il y a deux modalités de prévention sanitaire :*

*► des mesures et des actions organisées, qu'elles soient médicales ou non, relatives à l'organisation professionnelle, sociale, économique ou de l'environnement : celles-ci peuvent être générales (réglementation, mesures de politique sociale) ou ponctuelles. Elles agissent directement sur les déterminants, mais ne sont efficaces que si elles sont ciblées sur les groupes à risque, tiennent compte des déterminants sociaux et si la popula-*

(18) Pour atteindre ces objectifs, cinq plans nationaux étaient prévus pour la période 2004-2008 concernant la lutte contre le cancer ; la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives ; la santé et l'environnement ; la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ; et la prise en charge des maladies rares.

(19) En même temps, la mesure de la part de prévention dans la dépense courante de soins est mal mesurée. cf. DREES Études et résultats n° 504, « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France ».

(20) Cf., notamment, le rapport annuel de l'IGAS de 2003 : « Santé, pour une politique de prévention durable ».

(21) On pourrait aussi citer les États généraux de la prévention de 2006, ou le rapport de 2008 sur les inégalités sociales de santé de M. André Flajolet, député du Pas de Calais.



tion se mobilise collectivement contre la survenue de ces risques ;

► des actions de promotion de la santé qui ne se focalisent pas seulement sur les facteurs de risques ou des approches ponctuelles et visent à accroître l'autonomie des personnes afin de leur permettre de faire des choix éclairés favorables à leur santé grâce à une éducation (éducation pour la santé ou éducation thérapeutique selon que l'on s'adresse à une population générale ou à un groupe de malades) qui protège et promeut la santé.

La Conférence nationale de santé propose que cette approche devienne la référence dans l'action publique.»

De plus en plus, dans les conceptions internationales, cette notion de promotion de la santé tend à dépasser le cloisonnement, jugé inopérant, entre médecine préventive et médecine curative, comme le montre, par exemple, le rapport de l'IGAS de 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable »...

Le Conseil de la CNSA ne peut que reprendre à son compte ces préconisations.

Il insiste également pour que l'amélioration de l'état de santé vise aussi les personnes déjà concernées par la perte d'autonomie, grâce à un meilleur accès de ces personnes aux dispositifs de prévention, d'éducation pour la santé et de soins.

### \* Garantir l'accès des personnes en perte d'autonomie à des soins de qualité : levier de la politique de promotion de la santé

Souvent qualifié de politique de prévention de la perte d'autonomie dans la mesure où il a également pour enjeu de prévenir l'aggravation de la situation de la personne, l'accès aux soins des personnes handicapées, et plus généralement en déficit d'autonomie, n'est autre qu'une déclinaison, dans le champ de la santé, du principe d'accessibilité consacré par la loi de 2005. Les acteurs du système de santé doivent, comme tous les responsables et acteurs des autres politiques publiques, favoriser l'accessibilité de leurs services et de leurs actions, que ce soit par la mise en conformité des lieux de soins aux règles d'accessibilité du cadre bâti, la formation des professionnels de santé à l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées ; par la mise en place de dispositifs de communication adaptés ; ou l'adaptation des supports des campagnes de prévention aux besoins de certains publics. C'est ainsi que l'INPES a conduit, dans le cadre d'un partenariat avec la CNSA, une action d'adaptation pour les personnes ayant un handicap sensoriel des supports d'information et de sensibilisation en prévention et promotion de la santé<sup>(22)</sup>. Cette action spécifique devra être prolongée par une démarche plus systématique visant à rendre accessibles les supports des campagnes tous publics, en procédant par exemple au sous-titrage en clair et à l'interprétation en langue des signes française (LSF) des campagnes télévisuelles.

L'amélioration de l'accès aux soins en psychiatrie pour les malades mentaux est également une exigence, d'autant plus forte qu'elle constitue à la fois une réponse aux besoins de soins immédiats et une action de prévention des rechutes. Elle doit intégrer la difficulté, intrinsèque au handicap psychique, de proposer une démarche de soins à des personnes qui, le plus souvent, ne la demandent pas.

En raison de la spécificité de son lieu de vie ou de l'existence d'un accompagnement médico-social, la personne en perte d'autonomie est parfois dans une situation telle qu'un effort particulier, voire la mise en place de mesures spécifiques, est nécessaire pour permettre un accès aux dispositifs de prévention et de soins de

(22) Cette action a notamment donné lieu à une recherche qualitative visant à connaître les attentes, perceptions et pratiques des personnes aveugles et malvoyantes en matière de santé (revue *Évolutions*, n° 24 : « Déficience visuelle et rapport à la santé, quelles spécificités ? » – INPES, septembre 2010) et à l'adaptation de documents de prévention.

droit commun<sup>(23)</sup>. Le récent rapport « Handicap et santé bucco-dentaire<sup>(24)</sup> » rappelle ainsi que « *les enfants handicapés en institution, c'est-à-dire hors du milieu scolaire ordinaire, ne bénéficient presque jamais de programmes d'éducation à la santé* ». Le programme d'éducation MT' Dents de la CNAMTS, qui propose un examen bucco-dentaire aux enfants de 6 et 12 ans, soutient ainsi des séances de sensibilisation et de motivation dans les classes de CP et de 5<sup>e</sup>, mais aucun programme d'intervention n'est prévu dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents. Ce rapport conclut qu'il serait tout à fait envisageable d'expérimenter ce programme dans les instituts médico-éducatifs de trois ou quatre régions, ce qui irait dans le sens des dispositions de l'article L.1411-2 du code de la santé publique<sup>(25)</sup>. Des conclusions similaires sont également valables pour les personnes âgées en établissements, pour lesquelles la mise en place d'un suivi bucco-dentaire pourrait significativement améliorer leur prise en charge et par conséquent leur nutrition et leur état de santé général.

Plus généralement, **l'accès aux soins des personnes en situation de perte d'autonomie est en soi un facteur de prévention de l'aggravation de leur situation** : c'est notamment le cas des maladies chroniques, qui demandent un suivi au long cours, ou de risques de santé liés à la limitation d'autonomie elle-même, comme la prévention des escarres. Les limitations de la mobilité peuvent aussi être un facteur de nonaccès aux soins, par exemple lorsque la réglementation ne prévoit pas le déplacement à domicile des professionnels (c'est le cas des audioprothésistes), ou lorsque les lieux de soins ne sont pas accessibles.

L'audition publique sur l'accès aux soins des personnes handicapées, qui s'est tenue les 22 et 23 octobre 2008, a mis en évidence l'ensemble des obstacles à l'accès aux soins et les pistes pour y répondre : il faut les mettre en œuvre. La constitution d'un groupe de travail spécifique au sein du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) répond à l'exigence d'accompagner ce mouvement.

La question de la qualité des soins dans les établissements médico-sociaux relève de la même logique : celle de l'accès des personnes en perte d'autonomie à des soins de qualité. Si l'ANESM a été créée pour élaborer des recommandations de pratique professionnelles spécifiques aux établissements et services médico-sociaux (ESMS), elle ne peut se passer d'une forte collaboration avec la Haute autorité de santé (HAS), dont les recommandations en matière de qualité des soins s'adressent aux professionnels de santé de ces établissements comme à ceux du secteur sanitaire. La convention de collaboration entre les deux institutions signée en 2010 est là pour le signifier. Cela suppose également que les établissements et services disposent de moyens humains suffisants pour mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques.

Au-delà des soins qu'ils apportent aux personnes, les établissements et services peuvent aussi être des vecteurs d'une politique de prévention, d'éducation thérapeutique et de promotion de la santé auprès des personnes qu'ils accompagnent<sup>(26)</sup>. De la même manière, s'ils bénéficient d'une formation adaptée, les aidants familiaux peuvent aussi veiller à l'accès de leurs proches à des soins de qualité.

Le Conseil rappelle que, bien qu'elle concerne les personnes âgées et handicapées, la question de l'accessibilité de la prévention et du système de soins ne relève pas de la CNSA (si ce n'est à travers la contribution des établissements et services médico-sociaux). Elle est de la compétence des acteurs responsables de ces politiques ; et il veillera à ce que la Caisse ne soit pas appelée à se substituer à ces derniers. Il considère toutefois que la CNSA peut s'y associer, en réponse aux sollicitations, pour apporter une expertise sur les besoins des personnes en perte d'autonomie et accompagner l'appropriation de cette problématique par les acteurs de droit commun ou leur mise en réseau. Elle ne doit cependant pas se trouver en première ligne de telles actions, pour des raisons tant de principe que d'efficacité.

(23) La non-prise en compte des déplacements à domicile des professionnels de santé est dans certains cas, aussi, un obstacle.

(24) Rapport handicap et santé bucco-dentaire élaboré par les docteurs Patrick Hescot, président de l'Union française pour la santé bucco-dentaire, et Alain Moutarde, secrétaire nationale du Conseil de l'ordre des chirurgiens, et remis le 19 octobre 2010.

(25) « *Le rapport établi par le Haut conseil de la santé publique dresse notamment un état des inégalités socioprofessionnelles et des disparités géographiques quant aux problèmes de santé. Il précise les moyens spécifiques à mettre en œuvre le cas échéant pour permettre aux personnes handicapées de bénéficier pleinement des plans d'action* ».

(26) C'est à ce titre, par exemple, que l'INPES a développé, dans le cadre de son partenariat avec la CNSA, un dispositif national de formation des aides à domicile pour leur permettre de mieux en prendre en compte le maintien de l'autonomie des personnes âgées dans les pratiques du quotidien, autour de la nutrition, de la mobilité et du lien social.

### \* Cibler les actions de prévention de la perte d'autonomie sur les populations vulnérables ou fragiles

Les inégalités sociales se retrouvent non seulement dans l'espérance de vie (à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie supérieure de six ans à celle des ouvriers), mais aussi dans l'espérance de vie sans incapacité (ces mêmes cadres vivront sans incapacité dix ans de plus que les ouvriers). « Ces différences persistent aux âges élevés. À 60 ans, les ouvriers et ouvrières ont toujours une espérance de vie inférieure à celle des cadres : 19 ans et 25 ans pour les ouvriers et les ouvrières, contre 23 ans et 27 ans pour les hommes et femmes cadres supérieurs. Et les incapacités de type I<sup>(27)</sup>, fréquentes aux grands âges, s'installent durablement pour les professions manuelles. Après 60 ans, les ouvriers et ouvrières vivent en moyenne plus d'années avec que sans limitations fonctionnelles. Les incapacités les plus sévères, de type III, occupent 16 % de l'espérance de vie des ouvriers à 60 ans et 9 % de celle des hommes cadres (22 % et 16 % pour les femmes).<sup>(28)</sup> »

Ce que confirme le rapport de l'INSERM sur les inégalités de santé : « Tout se passe comme si on devenait vieux plus tôt lorsqu'on est en bas de la hiérarchie sociale, lorsqu'on a eu un travail pénible et chichement payé... Les avantages et handicaps acquis durant la vie active continuent de s'exprimer au cours du vieillissement jusqu'à la date de la mort ».

Ces inégalités ne sont pas seulement liées aux conditions de travail, mais à un ensemble de causalités plus vaste : revenus et éducation, conditions de vie et de logement (ou absence de domicile fixe), familles monoparentales ou issues de l'immigration, habitudes alimentaires, tabagisme, sédentarité, absence de dépistage et de suivi médical, renoncement aux soins pour motifs financiers... Elles touchent aussi l'entourage des personnes en situation de perte d'autonomie : il a été démontré que **les aidants familiaux présentent aussi un risque de fragilité**, notamment si l'accompagnement professionnel ou les solutions de répit ne sont pas suffisants ou inaccessibles.

Or, on sait que **les stratégies de prévention et de dépistage en santé ont tendance à toucher prioritairement les catégories sociales qui en ont le moins besoin.**

Comme l'indique le Conseil d'analyse stratégique, on arrive au résultat paradoxal qu'« une promotion accrue des pratiques de prévention risque d'accroître les inégalités en matière de santé en ce qu'elle bénéficierait au premier chef aux populations déjà sensibilisées aux bonnes pratiques sanitaires ». Ce risque est encore plus important en matière de prévention de la perte d'autonomie, dans la mesure où l'on n'attend pas une prise en charge sanitaire (comme pour le dépistage précoce d'une tumeur), mais un changement de comportement individuel ou d'environnement. Gagner globalement des années d'espérance de vie en bonne santé, c'est donc s'efforcer en priorité d'atteindre les catégories sociales les moins accessibles aux messages de prévention<sup>(29)</sup>, surtout dans la mesure où l'essentiel est lié à un changement de comportement individuel (activité physique, alimentation, lutte contre le tabagisme...), d'autant plus difficile avec l'avancée en âge.

**Cibler la politique de prévention de la perte d'autonomie sur certaines catégories sociales, pour ce qui est du risque de « fragilité », est donc une nécessité.**

Cela implique de réfléchir à une politique de dépistage centrée sur ces catégories sociales, à rebours de l'idée d'une « consultation généralisée », qui en pratique ne bénéficierait qu'à une fraction de la population, et sans doute celle où elle est le moins nécessaire.

Ce dépistage pourrait par exemple se centrer, au moins initialement, sur les GIR 5 et 6, qui sont identifiés par les caisses de retraite et qui, du fait des critères de revenus, relèvent plutôt des catégories sociales les moins favorisées, ainsi que sur les individus fragiles identifiés par l'intermédiaire des réseaux sociaux (bénéficiaires de l'aide sociale des conseils généraux et des centres communaux d'action sociale – CCAS) ou associatifs. Une des conditions de réussite est que cette « action ciblée de dépistage de la fragilité » **puisse être étroitement articulée avec les solutions d'accompagnement proposées** aux personnes concernées, par exemple pour un développement de l'activité physique, une modification des pratiques alimentaires, un changement dans l'habitat ou une meilleure socialisation : sinon, le

(27) Le niveau I correspond aux personnes ayant déclaré une incapacité fonctionnelle qui n'engendre aucune gêne particulière dans les activités du quotidien, mais nécessite une aide technique ou un aménagement du logement ou du poste de travail. Le niveau III correspond à des incapacités avérées d'effectuer certains gestes de la vie quotidienne (AVQ).

(28) Cambois E., Laborde C. et Robine J.-M. : la « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte in *Populations et sociétés*, n° 441.

(29) Cf. rapport de l'Académie de médecine de 2002 : « La réduction des inégalités sociales de santé dépend d'une meilleure prévention, qui doit s'exercer dès l'enfance ».

diagnostic restera sans suites réelles, et donc inefficace. C'est donc une politique « médico-sociale » au plein sens du terme, qui doit allier diagnostic, prise en charge médicale et accompagnement social. **La coordination des intervenants est un prérequis indispensable, dans une approche multidimensionnelle des besoins de la personne et de son entourage.** Une des principales nécessités est d'être en situation d'identifier, à tous les points d'entrée, les acteurs capables de répondre à l'ensemble de ces missions : un acteur unique, professionnel de santé ou professionnel social, est rarement en mesure de poser l'ensemble du diagnostic, de proposer toutes les solutions et d'en suivre la mise en œuvre.

Le deuxième axe d'une stratégie spécifique de prévention de la perte d'autonomie devrait **viser les situations de rupture où le risque est particulièrement important** : le retour à domicile après une hospitalisation<sup>(30)</sup>, la perte de l'aidant familial, le changement de lieu de vie, l'interruption de l'activité professionnelle d'une personne handicapée, par exemple. Ce sont des moments où le risque de perte ou d'aggravation de la perte d'autonomie est majeur et où une vigilance particulière doit s'exercer, avec une adaptation rapide des réponses aux nouveaux besoins de la personne.

## La nécessité d'un pilotage stratégique et régional renforcé

Des politiques spécifiques de prévention de la perte d'autonomie, ciblées sur les populations fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, aidants), sont donc légitimes et nécessaires. Elles doivent mobiliser un réseau d'acteurs diversifiés, mais en s'assurant qu'ils inscrivent leur action, au plan national et au plan territorial, dans une stratégie d'ensemble dont les résultats sont mesurables.

### \* Reconnaître l'intervention d'une pluralité légitime d'acteurs

Au-delà des acteurs nationaux en charge de la conception et du pilotage des politiques générales de prévention et de promotion de la santé (ministère de la Santé, INPES), de nombreux acteurs concourent déjà aujourd'hui à ces actions de prévention spécifiques, qui par définition s'adressent à une pluralité de publics, et

doivent se décliner au plus près du terrain. On doit citer notamment :

### L'action des caisses de retraite et d'assurance maladie et des mutuelles

Les caisses de retraite de base et complémentaires proposent pour la plupart à leurs adhérents une action sociale destinée à prévenir la perte d'autonomie. La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) consacre 285 M€ (2009) pour l'aide ménagère aux GIR 5-6.

La Caisse centrale MSA (dont 40 % des assurés ont plus de 60 ans) a initié depuis 2005 les « ateliers du bien vieillir », dont ont bénéficié trente mille seniors, avec un taux de satisfaction très important (98 %) et, ce qui est notable, une importante proportion d'effets mesurables dans les changements de comportements individuels. Les MSA proposent aussi le « Pac Eurêka » d'entretien de la mémoire, conçu avec la Fondation nationale de gérontologie, qui a déjà bénéficié à plus de soixante-dix mille personnes et s'appuie largement sur le bénévolat des clubs d'aînés ruraux.

Dans leur action sociale, les institutions AGIRC-ARRCO mettent l'accent sur la perte d'autonomie, non seulement pour l'hébergement (réservation de places, travaux...), mais aussi en matière de prévention, axe qui mobilise ainsi 29 % des engagements des institutions AGIRC. La CNAMTS et la CNAV ont initié conjointement en 2003 un plan de Préservation de l'autonomie des personnes âgées, récemment réactualisé et recentré sur le ciblage des populations fragilisées et sur la mise en place d'une offre globale d'accompagnement.

Avec le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), la CNAMTS intervient directement en matière de prévention générale en santé. Certains de ces programmes prioritaires sont plus directement ciblés sur la perte d'autonomie, comme le programme de dépistage néonatal de la surdité.

Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2009, les retraités fonctionnaires de l'État de plus de 65 ans en GIR 5-6 bénéficiaient d'heures d'aide ménagère qui leur étaient allouées par l'État. Ce fonds (17 M€, environ) était géré par la Mutualité fonction publique, et les mutuelles qui la composent finançaient le reste à charge pour leurs bénéficiaires. Suite au désengagement de l'État à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, et pour permettre à ses adhérents de continuer à bénéficier d'une aide-ménagère, chaque mutuelle compense ce désengagement en fonction de ses possibilités propres.

Les mutuelles développent également des actions diversifiées non seulement auprès de leurs adhérents,

(30) Une étude menée en Bourgogne et en Franche Comté a ainsi montré qu'un suivi organisé des sorties d'hôpital diminuait significativement le risque de réhospitalisation, générant une économie de plus du double du coût du dispositif.



mais également pour l'ensemble de la population autour du bien vieillir et de la prévention de la perte d'autonomie.

#### L'action des associations

Par leurs actions propres, ou en relayant sur le terrain les programmes initiés par les acteurs publics ou les organismes de protection sociale, les associations dans leur diversité sont un relais de proximité indispensable au déploiement des actions de prévention. Elles sont souvent, aussi, à l'origine d'actions innovantes, ou permettent d'identifier des situations individuelles à risque chez des personnes qui ne s'adressent pas spontanément aux dispositifs collectifs existants.

#### Le rôle des établissements et professionnels de santé et médico-sociaux

Les établissements de santé ont dans leur mission de contribuer à la prévention. Cette mission générale a pour les établissements de santé été complétée explicitement d'une mission d'éducation thérapeutique. Les établissements et services médico-sociaux contribuent et doivent contribuer à favoriser l'accès des personnes qu'ils accompagnent aux actions de prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique développées à destination de la population générale, sans se substituer à l'action des professionnels de la prévention. Ils apportent aussi leur connaissance des problèmes particuliers liés à la diversité des situations pathologiques, de handicap et de perte d'autonomie, et peuvent ainsi favoriser l'adaptation des actions de prévention aux situations particulières.

#### Le rôle des collectivités locales

Les collectivités locales, départements et communes essentiellement, ont un rôle important en matière de prévention dans le champ de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (financement des aides à l'autonomie à travers les prestations APA et PCH, pilotage des maisons départementales des personnes handicapées, mise en œuvre de l'accessibilité dans les domaines relevant de leur compétence).

Les départements sont responsables du dispositif général de prévention de protection maternelle et infantile ; ils sont également cofinanceurs de dispositifs de prévention plus spécialisés tels que les CAMSP. Ils ont aussi vocation à dresser un état des lieux de l'offre de services à destination des personnes en perte d'autonomie dans le cadre des schémas départementaux et à planifier son développement et son évolution. Ces outils leur permettent d'initier et de suivre des collaborations en matière de prévention.

Les communes et les intercommunalités ont également des leviers à leur disposition pour favoriser la prévention, à travers l'action sociale des CCAS et CIAS. Leur responsabilité est également importante en matière d'accessibilité de la ville. On peut citer, aussi, l'engagement de certaines communes dans le programme de labellisation « Bien vieillir – vivre ensemble » (trente-quatre villes labellisées début 2010), qui s'inspire du programme de l'OMS des « Villes amies des aînés ».

L'efficacité de leur intervention implique de nouer des partenariats. C'est ainsi que, dans une optique de prévention secondaire à l'égard des populations fragilisées, **une meilleure coordination de l'action des**

**départements et des caisses de retraite, entre GIR 5-6 et GIR 4 et au-delà, est nécessaire :** le récent rapport de l'IGAS relatif à l'APA <sup>(31)</sup> a souligné que les évaluations faites successivement par les caisses de retraite et les départements sont rarement partagées et que l'antériorité des interventions d'une caisse de retraite au titre des GIR 5-6 n'est généralement pas connue des équipes médico-sociales des départements.

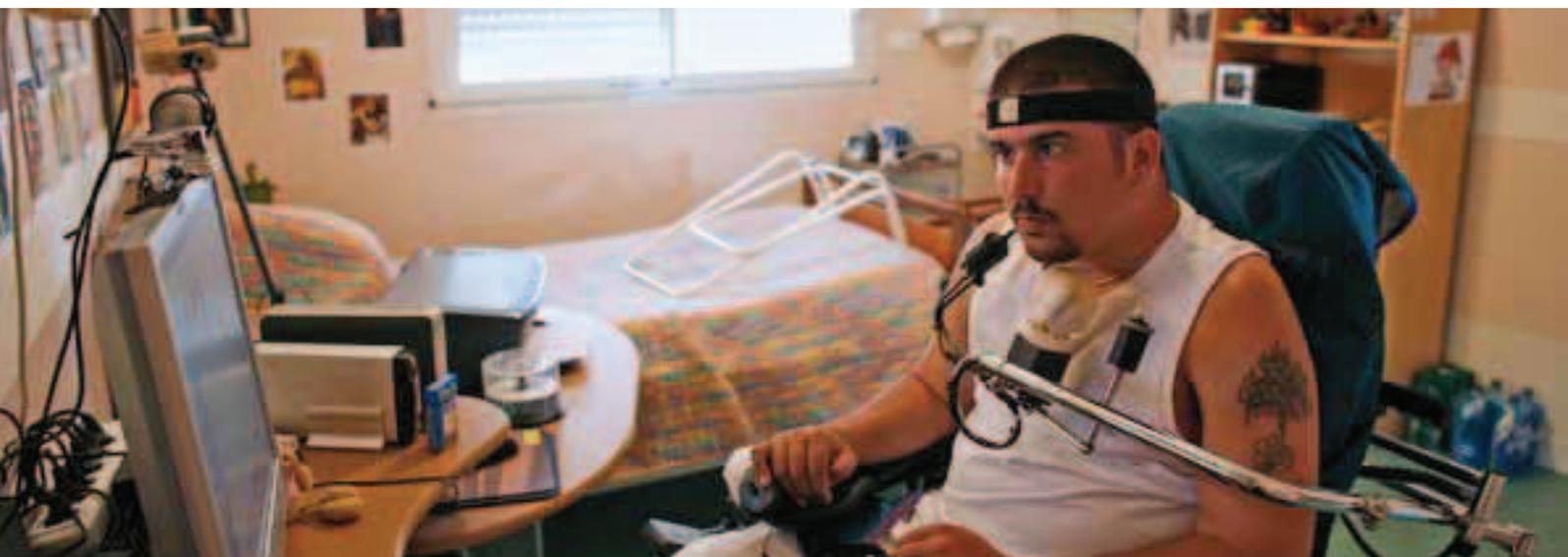
### Le rôle des ARS

Créées le 1<sup>er</sup> avril 2010, dans la logique d'une approche transversale des différentes dimensions de la santé (au sens de l'OMS), les nouvelles agences régionales de santé ont notamment pour mission de « *définir, financer et évaluer les actions visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie* ».

Cette mission est déclinée spécifiquement au sein du projet régional de santé (PRS) et en particulier du schéma régional de prévention, qui constitue l'un des trois schémas obligatoires <sup>(32)</sup>. Il fait l'objet de concertations menées au sein même des instances gouvernantes de l'agence : commission spécialisée de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et commission de coordination des politiques publiques de santé « *dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile* », qui associe les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les

organismes de sécurité sociale afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions menées. La loi de financement de la sécurité sociale 2011 a prévu que les contributions de la CNSA aux ressources des ARS puissent également couvrir « *les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées* ». Cette extension doit permettre de déléguer aux ARS les crédits de prévention jusqu'ici gérés au plan national (programme Bien vieillir) afin qu'elles les intègrent dans le cadre général de leur schéma régional de prévention, pour mieux articuler la dimension « *prévention de la perte d'autonomie* » avec les autres actions de prévention. Il s'agit, ainsi, d'une extension de la logique qui avait conduit à la création des groupements régionaux de santé publique (GRSP), et à la mutualisation, dans ce cadre, des crédits de l'État et de l'assurance maladie.

Cette prise en compte de la prévention au service de l'autonomie s'appuie sur la compétence régionale donnée aux ARS pour piloter et réguler l'offre de prise en charge et d'accompagnement médico-social (établissements et services pour les personnes âgées ainsi que pour les enfants et adultes handicapés). En lien avec les conseils généraux (schémas départementaux pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées), elle est au cœur de l'élaboration du schéma d'organisation de l'offre médico-sociale (SROMS) et des programmes d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).



(31) Rapport IGAS RM2010-035 P d'avril 2010 sur la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie, V. Guillermo ; M. Laroque ; J. Voisin ; D. Lacaze.  
 (32) Article L. 1434-5 du CSP : « *Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire...* ».

### Le rôle de la CNSA

Créée pour contribuer au financement des politiques d'aide à l'autonomie des personnes âgées et handicapées et veiller à l'égalité de traitement sur le territoire national, la CNSA n'a pas de compétence générale comme opérateur sur l'ensemble des politiques à destination de ces populations. Elle n'a pas à se substituer aux acteurs nationaux en charge des politiques de prévention, d'accès aux soins, ou de promotion de la santé pour les personnes en perte d'autonomie, pas plus qu'à ceux à qui ont été confiées celles de l'accessibilité.

Il y a lieu de bien distinguer ici ses compétences d'agence de celles de son Conseil.

Ce dernier rassemble tous les acteurs participant à l'accompagnement des personnes en déficit d'autonomie : il a vocation, de par la loi, à porter un regard large sur les politiques au service de l'autonomie et à faire des propositions au Gouvernement et au Parlement sur la manière d'en renforcer l'efficacité. C'est à ce titre qu'il a estimé nécessaire d'insister, aujourd'hui, sur la place de la prévention, et la part que chacun doit y prendre.

Opérateur dans le champ des politiques d'aide à l'autonomie, la CNSA dispose en tant qu'agence de quelques leviers bien identifiés pour favoriser la prévention et la promotion de la santé.

Dans le champ de la compensation de la perte d'autonomie, elle contribue à prévenir les conséquences des limitations d'activité en termes de participation à la vie sociale, que ce soit par ses concours financiers, par les crédits de fonctionnement apportés aux maisons départementales des personnes handicapées ou par son rôle de mise en réseau des acteurs locaux.

Chargée d'éclairer les besoins en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie, elle a contribué à élaborer la méthodologie des schémas régionaux d'organisation médico-sociale en intégrant la dimension de participation à la prévention, y compris dans leurs liens avec les schémas départementaux. Elle doit continuer d'animer, dans le cadre du conseil national de pilotage, le réseau des ARS dans la programmation de l'offre médico-sociale, en lien avec les autres volets du programme régional de santé, notamment celui dédié à la prévention.

Responsable de la gestion des crédits de l'assurance maladie dédiés au financement des établissements et services médico-sociaux, elle ne peut se désintéresser de la qualité des soins ainsi délivrés aux personnes qui y sont accompagnées dans une démarche de promotion de la santé : sa participation au GIP ANESM en témoigne.

Dans le cadre de sa politique de soutien aux études, à la recherche et aux actions innovantes, la CNSA a financé les appels à projets régionaux du plan Bien vieillir et participe aux réflexions relatives à l'amélioration de l'efficacité de cette politique de prévention spécifique au grand âge. Ses crédits d'études et de recherche sont mobilisés au service de l'amélioration de la connaissance des personnes ayant des besoins d'aide à l'autonomie et des réponses qui leur sont apportées, intégrant une logique de prévention du handicap.

Enfin, elle a vocation à apporter son expertise des besoins des personnes en perte d'autonomie aux différents acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé afin d'appuyer le développement de leur action à destination des personnes âgées et handicapées, sans pour autant se substituer à leur responsabilité.

### \* Développer une approche stratégique

Il est frappant de constater que les différentes initiatives nationales et locales reprennent très largement les mêmes constats de départ, proposent des programmes d'action très similaires, mais semblent le plus souvent ignorer les précédents et leurs enseignements, faute d'évaluation suffisante. Il est par exemple illustratif de relire le programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles de 2002, le programme d'action de 2003 « pour une politique de la longévité et de la solidarité entre les générations », le programme Bien vieillir de 2007 et le programme Vivre chez soi de 2010, qui ne se fondent pas sur un bilan des actions précédentes, mais se recoupent cependant largement. Cette absence de continuité est caractéristique de ce que la prévention de la perte d'autonomie ne constitue pas une stratégie de long terme<sup>(33)</sup> et de la faiblesse de l'évaluation en France.

Pour le Conseil de la CNSA, **l'objectif premier de la prévention doit être le bien-être des personnes, par la préservation de leur autonomie**, les économies générées en matière curative n'étant qu'un objectif secondaire. Le retour sur investissement doit être d'abord qualitatif. Une approche coût/bénéfice, si elle est nécessaire pour évaluer et comparer l'efficacité des programmes, ne doit pas aboutir à une stratégie délibérée de non prise en charge, comme cela peut exister dans certains pays. L'OCDE a mis en lumière le fait que, même si cette préoccupation est de plus en plus présente, cette approche coût/bénéfice des différentes politiques de prévention

(33) De façon plus générale, l'IGAS notait dans son rapport de 2003 : « La politique nationale de santé publique a souvent pris la forme d'une succession de plans et de programmes nationaux derrière laquelle il n'est pas facile de discerner une stratégie claire et reconnue. Cette programmation tous azimuts a pu également donner l'impression d'obéir davantage à une logique médiatique, à la recherche d'effets d'annonce, qu'à une volonté stratégique et durable ».

est encore insuffisante (avec une approche qui ne se limite pas aux comparaisons de coût, mais privilégie des mesures comme l'espérance de vie sans incapacité, ou la mesure coûts/bénéfice approchée par la disposition du public à payer pour un bénéfice ou la prévention d'un effet adverse)<sup>(34)</sup>. C'est particulièrement le cas en France. Il serait d'ailleurs erroné de croire, comme cela est souvent avancé, que toute stratégie de prévention permet de faire des économies par rapport au curatif : le conseil d'analyse stratégique<sup>(35)</sup> cite par exemple une étude<sup>(36)</sup> analysant le rapport coût/efficacité mesuré en années de vie gagnées ajustées par la qualité (QALYS) de cinq cent quatre-vingt-dix-neuf actions de prévention, qui tend à montrer que seules 20 % d'entre elles ont permis des économies réelles.

Au total, et c'est un enseignement à retenir au vu des programmes français actuels et de leur organisation institutionnelle, **il paraît primordial d'avoir une approche intégrée de ces politiques du Bien vieillir et de prévention de la perte d'autonomie**. Il faut mettre l'accent sur l'évaluation des programmes et sur leurs résultats, car il est encore difficile d'apprécier l'efficacité relative et le rapport coût/bénéfice des différentes approches. Il paraît évident que l'efficacité est liée à l'adhésion dans la durée des personnes elles-mêmes aux différents programmes qui impliquent souvent un changement de mode de vie, donc une approche largement psychosociale et pas seulement médicale. Les programmes de prévention (et d'éducation à la santé) doivent faire la preuve de leur capacité à toucher les personnes les plus à risque, condition essentielle de leur succès, dont il ne faut pas sous-estimer la difficulté.

De ce point de vue, le fractionnement en France des politiques de prévention de la perte d'autonomie (selon l'âge, le niveau territorial, les institutions qui les conçoivent et les conduisent) peut sembler compliquer la tâche et doit être dépassé. Il faudrait donc imaginer une approche plus intégrée, où la politique de prévention de la perte d'autonomie serait une partie d'une approche globale de santé publique, et où les différentes institutions seraient associées à la conception et au pilotage aux différents niveaux territoriaux, au plan national et au plan régional.

### L'enjeu est de construire une stratégie nationale de prévention

La diversité des acteurs de la prévention est incontournable et nécessaire. **Regretter l'absence d'une politique**

**cohérente ne doit pas mener à préconiser une unification des acteurs : chacun peut et doit avoir sa place**, eu égard à la diversité des moments et des lieux concernés. Le Conseil préconise une mise en commun des éléments de connaissance et des expériences et, sur cette base, la définition de lignes directrices nationales auxquelles chacun des acteurs pourrait ensuite se référer dans son champ d'intervention propre. On devrait ainsi imaginer une réorientation du plan Bien vieillir, qui serait moins tourné vers l'instrumental (une consultation, des labels, des financements ponctuels...), mais plus vers la définition d'une stratégie nationale interministérielle servant de cadre de référence et de lieu d'échange. Dans son avis du 13 octobre 2008, la Conférence nationale de santé (CNS) notait déjà que « *de nombreux pays, notamment en Europe, font mieux avec des montants financiers comparables, tout simplement parce qu'ils insèrent ces efforts dans une approche globale se référant aux recommandations internationales en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé et de promotion de la santé, en coordonnant les acteurs et en sécurisant leurs interventions* ».

Dans cette vision, **la politique de prévention de la perte d'autonomie ne doit pas exister par elle-même et pour elle-même, mais – comme l'ensemble de la santé publique – irriguer toutes les politiques publiques et de santé publique** dans une logique que les Anglo-Saxons qualifient de *main streaming* : l'habitat, l'environnement, les transports, les conditions de travail, l'éducation, les loisirs et la culture doivent chacun dans leur champ intégrer cette dimension dans la définition des objectifs de politique nationale.

La Conférence nationale de santé, dans la continuité de cet avis, pourrait être ce lieu d'échange organisé<sup>(37)</sup>, ou bien une commission nationale du débat en santé publique, dont la CNS préconise par ailleurs la création.

### Une déclinaison régionale et territoriale de la prévention de la perte d'autonomie est indispensable

Les axes d'une politique nationale de prévention de la perte d'autonomie doivent trouver une déclinaison régionale, là aussi comme la politique générale de santé publique : **en fonction de la situation particulière de la région et de ses territoires, dans un contexte où les inégalités territoriales de santé sont également**

(34) Ces méthodes de mesure sont cependant difficiles (quels coûts et bénéfices mesurer, comment intégrer l'échelle de temps ?), les politiques sont difficiles à isoler les unes des autres, et les études sont souvent menées sur des groupes trop restreints pour qu'une extrapolation soit possible.

(35) Note de veille n° 167 : vaut-il toujours mieux prévenir que guérir ? Arguments pour une prévention plus ciblée.

(36) *New England Journal of Medicine*, 358, « *Does preventive care save money?* » C. Aohen J. T. Neumann, P. J. Weinstein M.C.

(37) La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avait créé un comité national technique de prévention. Il n'a jamais été installé, puis a été supprimé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.



**importantes, l'ordre des priorités et les moyens d'action doivent pouvoir s'adapter aux réalités et aux contraintes locales.**

Les ARS sont naturellement, *via* le schéma régional de prévention et le rôle des conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) et des conférences de territoire, le relais principal de la déclinaison territoriale de cette politique de prévention, en fonction de la situation propre de leur région. Il est indispensable que le schéma régional de prévention prévu par la loi HPST ne soit pas un instrument conçu et piloté indépendamment des autres schémas d'organisation des soins ou du médico-social : de même que la prévention doit intégrer les dimensions des soins de ville, du soin hospitalier et du médico-social, **chacun des schémas sectoriels doit intégrer la dimension de prévention**, notamment dans sa dimension du risque de perte d'autonomie. La possibilité de mutualiser les crédits de prévention, y compris ceux émanant de la CNSA, est une condition nécessaire pour que les ARS soient en mesure de décliner régionalement les axes de la politique nationale de prévention.

C'est aussi au niveau régional que peuvent s'organiser les jonctions concrètes entre les différentes politiques qui peuvent concourir à la prévention de la perte d'autonomie : en première intention avec les conseils généraux (PMI, aide sociale à l'enfance, aide sociale) et les caisses de sécurité sociale, mais aussi avec l'ensemble des actions publiques qui doivent intégrer cette dimension (là aussi, Éducation nationale, logement, précarité, etc.).

## ■ Conclusion

Une politique de prévention efficace se situe nécessairement à l'articulation de différents champs d'action, de la promotion de la santé et de l'accès aux soins pour tous à des programmes plus ciblés sur des populations fragiles ou vulnérables ; du développement de l'accessibilité à l'adaptation de l'environnement de vie des personnes et la mise en place d'accompagnements adaptés qui favoriseront la participation à la vie sociale. Les acteurs légitimement concernés sont ainsi nombreux : cette diversité ne doit pas être un obstacle à l'affirmation d'une stratégie nationale et territoriale, non plus qu'à l'exigence d'évaluation des résultats et de l'efficacité des actions menées.

La prévention doit trouver toute sa place dans les choix et orientations qui résulteront du débat que le Gouvernement a initié sur les politiques à conduire en France, aujourd'hui et demain, en matière de risque de perte d'autonomie. C'est d'abord et avant tout une dimension indispensable pour garantir à chacun, autant qu'il est possible, une espérance de vie maximale sans incapacité, ou au moins limiter l'aggravation des incapacités : l'enjeu est donc humain avant d'être financier. Mais c'est aussi un des vecteurs principaux, avec les progrès de la science, pour limiter la pression liée à l'évolution démographique sur les finances publiques et la solidarité nationale.