



Réunion du Groupe de travail sur la prévention de la dépendance des personnes âgées

Mardi 14 février 2017 – 14h00 – 16h30 - DRDJSCS – Salle 204

Relevé de conclusions

Participants

CARSAT Auvergne	Fabienne PLOTON
Conseil départemental de l'Allier	David BARAGOIN
Conseil départemental du Cantal	Michel LAFLORENCIE
Conseil départemental du Puy-de-Dôme	Madou BRIFFOND Véronique LACROIX
DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes	Laurence CASTET
ORS Auvergne-Rhône-Alpes	Sylvie MAQUINGHEN Laure VAISSADE
URIOPSS	Vanessa MAISONROUGE

Excusés

ARS Auvergne-Rhône-Alpes	Aurélie CARDOSO
Conseil départemental de la Haute-Loire	Matthieu BOYER Carole EXBRAYAT
Conseil départemental de la Loire	Bertrand COURT
Conseil départemental de la Savoie	Pascale THIEVENAZ
DRSM Auvergne	Gaëlle CAUVIN
MSA Auvergne	Marie-Pierre CLUET
ONAPS	Corinne PRAZNOCZY
INSEE	Armelle BOLUSSET

Travail sur les indicateurs

Le groupe reprend son travail sur l'identification d'indicateurs qui permettront de repérer ou de mesurer les apports des conférences des financeurs (CDF) et les bénéficiaires des actions de prévention déployées. Ces indicateurs communs permettront également de faire des comparaisons.

- **Bénéficiaires du minimum vieillesse et de pensions de réversion**

La coordinatrice de la PFoss a contacté la Carsat et la MSA pour savoir si les données souhaitées (cf. tableau) peuvent être disponibles à l'échelle de l'EPCI.

Certaines données sont d'ores et déjà disponibles sur le SIG Observatoire des fragilités à l'échelle de la commune et de l'EPCI (anciennes limites territoriales, avant regroupement de 2017) : minimum vieillesse et pensions de réversion pour les retraités RG, retraités MSA et l'ensemble des retraités RG-MSA-RSI (sauf les mono-pensionnés RSI qui sont peu nombreux). Les données 2016 seront disponibles au printemps (mars-avril) sur les anciens EPCI.

Toutefois, le groupe a souhaité travailler sur les nouvelles limites territoriales des EPCI (au 01/01/2017).

Si la Carsat et la MSA transmettaient à la coordinatrice de la PFoss les données à l'échelle de la commune, avec levée du secret statistique, la coordinatrice de la PFoss pourrait réaliser l'agrégation des données. Le respect du secret statistique serait assuré : aucune diffusion de dénombrement inférieur à cinq ne serait réalisée.

La Carsat et la MSA ont besoin de précisions concernant le nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse **par mode de cohabitation**. Il leur sera donc précisé qu'il s'agirait d'avoir le nombre d'allocataires du minimum vieillesse qui vivent seuls, le nombre d'allocataires du minimum vieillesse qui vivent en couple et le nombre d'allocataires du minimum vieillesse qui vivent selon un autre mode de cohabitation (avec enfant(s)).

- **Projections de population de personnes âgées**

Les projections de population des personnes âgées dépendantes seront fournies uniquement à l'échelle départementale, comme données de contexte.

- **Personnes en Gir 5 et 6**

L'indicateur « Nombre de personnes en GIR 5 et 6 » est précisé : il s'agit des bénéficiaires d'une aide technique ou humaine à domicile qui ne sont pas en GIR 1 à 4.

- **Données de santé**

Les données de santé portant sur les bénéficiaires d'une Affection longue durée (ALD) sont disponibles à l'échelle du code postal mais il existe des correspondances pour les communes donc il sera possible d'avoir les données à l'échelle des EPCI (2017).

Il est proposé au groupe de retenir les données suivantes :

- Nombre d'ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- Nombre d'ALD pour maladie de Parkinson ;
- Nombre d'ALD pour affection psychiatrique de longue durée (dépressions).

Les données PMSI permettront de proposer des indicateurs sur les hospitalisations pour pathologies causant l'entrée en dépendance (cf. Pathologies causant l'entrée en dépendance p.4). Ces indicateurs pourront être calculés pour les EPCI (limites territoriales au 01/01/2017).

Il est proposé au groupe de retenir les données suivantes :

- Nombre d'hospitalisations pour accidents vasculaires cérébraux ;
- Nombre d'hospitalisation pour traumatismes en cause principale ou associée (incluant les fractures du col du fémur) ;
- Nombre d'hospitalisations pour fracture du col du fémur.

- **Tranches d'âge**

Afin d'être en cohérence avec les tranches d'âge retenues par les conférences des financeurs et la CNSA, 5 tranches d'âge sont retenues par le groupe : [60-69[, [70-79[, [80-89[, [80 et +[et [90 et +[. Les indicateurs par âge seront donc fournis suivant ces tranches d'âge, dans la mesure où les données sont disponibles.

- **Millésime des données**

Les indicateurs seront produits avec les données les plus récentes disponibles, même si le millésime est différent entre producteurs de données.

- **Nombre d'allocataires de l'APA**

Les conseils départementaux fourniront les données au 31/12/2016, selon le lieu de résidence avant l'entrée en établissement en droits ouverts.

- **Échelon géographique**

Les indicateurs seront calculés aux échelons suivants :

- France métropolitaine (si les données sont disponibles)
- Région Auvergne-Rhône-Alpes
- Départements
- EPCI (Délimitations territoriales au 1^{er} janvier 2017)

Les représentations cartographiques auront des classes et une échelle propres à chaque département. Une carte régionale sera également réalisée afin d'avoir une vision globale.

- **Calendrier**

Les données seront collectées par la coordinatrice de la PFoss auprès des producteurs de données au cours du premier semestre 2017.

Le calcul des indicateurs et les cartes seront réalisés par la coordinatrice de la PFoss en septembre 2017.

Tableau des indicateurs

Thème	Indicateurs/Données	Sources
Données populationnelles / démographiques	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de PA • Part de PA dans la population par tranche d'âge et par sexe • Indicateur de « dépendance économique » : part des 60 ans et + pour 100 jeunes de moins de 20 ans 	Insee, RP
		Insee, RP
Perte d'autonomie / fragilité / vieillissement	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de PAD • Projections de population des PAD à l'échelle départementale 	Insee
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'allocataires de l'APA par GIR 1 à 4 à domicile • Nombre d'allocataires de l'APA par GIR 1 à 4 en établissement 	Conseils départementaux
	<ul style="list-style-type: none"> • Score de fragilité des territoires par tranche d'âge • Nombre de bénéficiaires d'une aide technique ou à domicile (GIR 5 et GIR 6) 	Carsat, MSA, RSI
Niveau de vie : pauvreté, niveau de revenus, minimum social, isolement	<ul style="list-style-type: none"> • Part de la population vivant sous le seuil de pauvreté pour deux tranches d'âge : 60-75 ans et 75 ans et + (âge de la personne de référence du ménage) 	Insee, Filosofi
	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de vie médian pour deux tranches d'âge : 60-75 ans et 75 ans et + (âge de la personne de référence du ménage) • Deux premiers déciles les plus pauvres pour deux tranches d'âge : 60-75 ans et 75 ans et + (âge de la personne de référence du ménage) 	Insee, Filosofi (données 2013 ou 2014 ?)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes bénéficiant de retraites par tranches d'âge • Nombre de personnes bénéficiant de pensions de réversion par tranches d'âge • Nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse • Part des bénéficiaires du minimum vieillesse parmi les personnes de 65 ans et + • Répartition des bénéficiaires du minimum vieillesse par sexe • Répartition des bénéficiaires du minimum vieillesse par mode de cohabitation (seul, en couple, autre mode de cohabitation) 	Carsat, MSA, Insee RP
Données de santé : mortalité, morbidité	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de PA en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences • Nombre de PA en ALD pour maladie de Parkinson • Nombre de PA en ALD pour affection psychiatrique de longue durée • Nombre d'hospitalisations de PA pour accidents vasculaires cérébraux • Nombre d'hospitalisations de PA pour traumatismes (cause principale ou associée) • Nombre d'hospitalisations de PA pour fracture du col du fémur 	
Conditions de vie : analyse du lieu de vie et de l'habitat	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition des PA selon leur lieu de vie : logement ordinaire, service de moyen ou long séjour, maison de retraite... 	Insee, RP
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de PA vivant dans un logement ancien (construit avant 1970, période d'achèvement des travaux) 	Insee, RP
Données sur l'offre de soins et le recours aux soins	<ul style="list-style-type: none"> • Offre de prise en charge (EHPAD...) 	FINESS
	<ul style="list-style-type: none"> • Offre libérale (médecins généralistes, infirmiers, masseur-kinésithérapeutes) 	Assurance maladie, ARS, RPPPS

Pathologies causant l'entrée dans la dépendance

Une recherche documentaire a permis d'identifier les principales pathologies qui peuvent causer l'entrée dans la dépendance^{1,2}.

- Les maladies cardiovasculaires et neuro-vasculaires
- Les troubles musculo-squelettiques et articulaires, l'arthrose et l'ostéoporose
- Les maladies chroniques : affections respiratoires chroniques, insuffisances rénales chroniques, diabète
- Les pathologies dépressives (troubles de l'humeur) et neurodégénératives (état démentiels) dont la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées
- Les affections aiguës : infections ou cancers
- Les troubles sensoriels : vision, ouïe et olfaction

Certaines maladies ont bénéficié de progrès médicaux qui permettent une survie plus longue au prix d'une dépendance : affections cardio et neuro-vasculaires, affections respiratoires chroniques, diabète, insuffisances rénales chroniques. Au contraire, des affections aiguës (infections ou cancers), difficilement traitables, raccourcissent la durée de la dépendance. L'association de plusieurs maladies chroniques peut altérer de façon exponentielle les capacités fonctionnelles de la vie quotidienne.

La plupart des pathologies cause de dépendance sont liées à des facteurs de risque donc elles sont accessibles à la prévention. La prévention doit être entendue « tout au long de la vie ».

La correction des grands facteurs de risque vasculaires, des troubles lipidiques, de l'hypertension, du syndrome métabolique, du tabagisme, de l'obésité, du diabète, de l'ostéoporose, des facteurs de risques de cancer permettrait de réduire les grands fléaux qui conduisent à la dépendance².

Selon l'étude HYVET, le traitement de l'hypertension artérielle après 80 ans permet de réduire de 21 % le risque de mortalité totale, de 39 % la mortalité par AVC et de plus de 34% le risque de faire un événement cardiovasculaire³.

Illustration des actions de prévention qui peuvent retarder l'entrée dans la dépendance :

- Prévention des maladies cardiovasculaires de l'âge mûr et avancé : diminution des teneurs en sel et graisses des aliments pour enfants + lutte contre l'obésité de l'enfant + interdiction du tabagisme dans les écoles et tous les lieux qui reçoivent des adolescents.
- Prévention de l'ostéoporose et des fractures : promotion de l'activité physique des adolescentes + ration calcique suffisante. Le capital osseux et musculaire est constitué avant l'âge de 20 ans.
- Prévention des troubles sensoriels : diminution de l'intensité sonore dans les lieux publics + protection des yeux du soleil.

¹ Jean-Pierre MICHEL (rapporteur), Claude DREUX et André VACHERON. Prévention de la dépendance liée au vieillissement - Académie nationale de médecine.

² Rapport d'André TRILLARD, juin 2011. Mission au profit du Président de la république relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées.

³ HYVET : Hypertension in the Very Elderly Trial. L'étude HYVET est publiée le 31 Mars 2008 dans le New England Journal of Medicine. http://www.hyvet.com/press/Press_releases_FR.asp

Freins et leviers pour participer à des actions de prévention

Les éléments figurant dans ce paragraphe n'ont pas pu être présentés ni discutés en réunion faute de temps. Ils sont livrés ici pour information aux partenaires et pourront être discutés ultérieurement.

➤ Principaux freins et leviers pour participer à des actions de prévention ⁴ :

- **mobilité** : accessibilité du lieu, moyen de transport à prévoir
- **thématique des actions**
- **moment et fréquence** : saison, privilégier le moyen terme, fréquence régulière, hebdomadaire, rythme régulier hebdo ou bi-hebdo, durée modérée (< 2 h), moment adapté au parcours de vie
- **critères matériels** : gratuité des activités ou coût modéré
- **prise en compte des besoins des participants et adaptation de l'activité**
- **stratégie multimodale** : information et éducation
- **communication** : utilisation d'images et vocabulaire positifs, éviter de focaliser sur les chutes ou la fragilité (référence au vieillissement en santé)
- **appui sur les pairs et les professionnels, choix de l'intervenant** : préférence pour les professionnels de santé, qualité de l'équipe d'animation
- **information claire et précise sur le contenu du programme**, focus sur les bénéfices attendus et les attentes à l'égard des participants, valorisation du bénéfice social du programme
- **programmes pas trop intrusifs**
- **difficulté quand pas de pratique antérieure de l'activité** (par ex, pas de pratique d'activité physique antérieure, faible sentiment d'efficacité personnelle)
- **état de santé mauvais** : peur de chuter

➤ Déterminants de la participation des séniors aux actions d'animation et de prévention qui leur sont proposées ⁵ :

- **facteurs sociodémographiques** : âge, niveau d'étude
- **facteurs environnementaux** : durée de résidence dans la commune, accessibilité pour les personnes en incapacité physique à se déplacer pour les actes de la vie quotidienne, manque d'information
- **motifs déclarés de non-participation aux activités proposées** :
 - activités ne correspondent pas aux attentes ou aux besoins ;
 - coût des activités (surtout pour les 55-65) ;
 - raisons personnelles (surtout + de 75) : investissement personnel trop élevé, incapacité à se déplacer car perte d'autonomie ou maladie, appréhension ;
 - raisons logistiques (surtout les 65-75) : transports inadéquats, absence de permis, manque d'information.

➤ Facteurs facilitant la participation sociale des aînés ⁶ :

- **caractéristiques sociodémographiques** : âge, statut et milieux de vie ;
- **emploi et retraite** ;
- **niveau d'étude** ;

⁴ Sources :

- Stéphanie PIN LE CORRE. Leviers et freins à la participation des personnes âgées aux programmes de prévention. Dans « La prévention de la perte d'autonomie. La fragilité en questions. Apports, limites et perspectives » - Les rapports de l'Irdes n° 563, janvier 2016 - Actes séminaire Paris 6-7/03/2014.

- Rencontre régionale des Clic conventionnés 23 mars 2015 - Carsat Auvergne

⁵ Activités intergénérationnelles, clubs d'aînés, sorties culturelles, activités de création et d'expression, ateliers de prévention de la dépendance (ateliers mémoire notamment), ateliers sportifs de type « gymnastique douce », ateliers équilibre et prévention des chutes menés par des psychomotriciennes, diagnostic des risques à domicile, adaptation du logement, etc.

⁶ Source : Mélanie LEVASSEUR. La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Dans « La prévention de la perte d'autonomie. La fragilité en questions. Apports, limites et perspectives » - Les rapports de l'Irdes n° 563, janvier 2016 - Actes séminaire Paris 6-7/03/2014.

- **accessibilité des activités, notamment en termes d'environnement physique** : présence d'escalier peut être un frein pour les aînés à mobilité réduite ;
- **respect de la liberté et de la capacité d'action des aînés ;**
- **communication des informations.**

➤ **Recommandations pour les actions de prévention et interventions auprès des personnes âgées**

- **Avoir une approche globale des interventions** : variété des stratégies d'actions, programmes multidimensionnels, prise en compte des déterminants individuels, sociaux et environnementaux
- **Proposer une approche positive de la santé**
- **Prendre en compte les besoins des personnes**
- **Inciter les acteurs à évaluer leurs interventions et à publier les résultats**
- **Bien définir la cible de l'action**
- **Faire attention au vocable**
- **Faire attention à la mobilité et à la capacité à se déplacer** essentielle pour la participation à la vie locale
- **Penser à l'accessibilité financière**
- **Promouvoir ma citoyenneté « active »** : démarche spontanée liée à la personnalité donc l'action publique doit développer des conditions favorables à cet engagement
- **Recourir aux nouvelles technologies** : formation nécessaire

Projet de cohorte de personnes âgées

Lors des précédentes rencontres, les partenaires du groupe ont évoqué leur souhait d'engager une réflexion sur un projet de constitution d'une cohorte de personnes âgées qui permettrait de mesurer l'impact des actions de prévention mises en œuvre.

L'ORS et l'Onaps ont commencé à réfléchir à un protocole dont les premiers éléments sont présentés au groupe :

- intérêt et inconvénients des données longitudinales ;
- objectif principal et objectifs secondaires d'une cohorte de personnes âgées ;
- éléments méthodologiques : population cible, critères d'inclusion, critères d'exclusion, collecte de données, base de sondage, modalités de recrutement, vagues d'enquête, échantillonnage aléatoire, gestion de l'attrition, gestion des non-réponses et des biais de sélection, contrôle qualité des données et résultats attendus ;
- données à recueillir ;
- considérations statistiques : nombre de personnes à recruter, analyse des données ;
- modalités de financement de l'étude, promoteur/opérateur.

L'ORS et Onaps transmettront aux partenaires une proposition détaillée de protocole et du budget que pourrait représenter la constitution d'une cohorte par département. Le coût serait dégressif en fonction du nombre de départements qui s'engageraient dans le projet.

Suggestion émise par la Conférence des financeurs du Puy-de-Dôme après la réunion

Une structure régionale, de type ORS, pourrait faire une offre de service auprès des Conférence des financeurs pour la réalisation d'une étude de type cohorte couvrant la région avec une déclinaison départementale.

L'ORS, en partenariat avec l'Onaps, fera, le cas échéant, une proposition dans ce sens.

Proposition complémentaire émise après la réunion

David BARAGOIN (Conseil départemental de l'Allier) propose d'engager une réflexion au sein du groupe sur l'accessibilité pour les personnes âgées aux services, notamment de réfléchir à un panier de services spécifiques aux personnes âgées. Ce point sera mis à l'ordre du jour de la prochaine rencontre.