Evaluation des actions financées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus d'Ille-et-Vilaine

Rapport d'Evaluation

Septembre 2018

Solène NAVEOS

Stagiaire EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique)

Master 2 Promotion de la santé et Prévention

Sommaire

Introduction **3**
1) La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie 3
2) La conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine 4
3) Evaluation des actions financées par la conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine 4

Méthodologie **6**
1) Cadre de l'étude 6
2) Méthode 6
3) Traitement des données collectées 7

I- Offre d'actions financées par la conférence des financeurs 35 **8**
1) Répartition des actions financées suivant les axes de la loi ASV 8
2) Répartition des actions financées selon le programme coordonné 13
3) Format des actions 54

II- Bénéficiaires des actions de prévention financées par la conférence des financeurs 35 **56**
1) Source des données 56
2) Nombre de bénéficiaires touchés 56
3) Typologie des bénéficiaires touchés 57
4) Mobilisation du public 62

III- Maillage territorial **66**
1) Cartographies du nombre d'actions par territoire 66
2) Comparaison avec la cartographie des territoires fragiles 72
3) Répartition des catégories d'actions par territoire 73

IV- Evaluation des actions financées par la conférence des financeurs 35 en 2017 **82**
1) Effectivité des actions 82
2) Efficacité des actions 83
3) Continuité des actions sur le territoire 89

V- Retour des porteurs des projets sur le dispositif conférence des financeurs 35 **90**

Synthèse des recommandations **92**

Annexe **94**

Introduction

1) La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), adoptée le 28 décembre 2015, a instauré au sein de chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est présidée par le président du Conseil départemental. Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ou son représentant en assure la vice-présidence. Au sein de cette conférence siègent des représentants de collectivités territoriales autres que le département et d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse (CARSAT, MSA, RSI) et d'assurance maladie, des représentants de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) via ses délégations locales, des fédérations des institutions de retraite complémentaire (Agirc-Arrco) et des organismes régis par le Code de la mutualité (Mutualité française). Par ailleurs, la composition de la conférence peut être élargie, en fonction des partenariats locaux, à toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie[1].

En réunissant ainsi les acteurs du département contribuant au financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie, la conférence des financeurs joue le rôle d'une instance de coordination institutionnelle, avec pour mission la définition d'un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. L'objectif des conférences est ainsi de définir des stratégies de prévention de la perte d'autonomie mieux coordonnées au niveau des territoires, à la fois dans leur cible, leur contenu et leur déploiement territorial. Le programme coordonné de financement des actions de prévention est construit sur la base d'un diagnostic des besoins du territoire, et d'un recensement des initiatives locales.

La loi prévoit que le programme coordonné défini par la conférence des financeurs porte sur 6 axes :

- Axe 1 : L'accès aux équipements et aides techniques individuelles favorisant le maintien à domicile
- Axe 2 : Le forfait autonomie alloué aux résidences autonomie pour la mise en place d'actions de prévention de la perte d'autonomie
- Axe 3 : La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
- Axe 4 : La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)
- Axe 5 : Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants
- Axe 6 : Les autres actions collectives de prévention

En complément des financements alloués à la prévention de la perte d'autonomie par les membres de la conférence, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) verse deux concours spécifiques aux Conseils départementaux : le concours « Autres actions de prévention »

[1] Légifrance, (2015), « Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement », <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo>, 29 décembre 2015.

permettant de contribuer au financement des axes 1, 4 et 6 précités, et le concours « Forfait autonomie » pour le financement de l'axe 2 précité.

2) La conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine

En Ille-et-Vilaine, un des 24 départements préfigurateurs, la conférence des financeurs a été mise en place dès novembre 2015, soit en amont de l'entrée en vigueur de la loi ASV.

La présidence de la conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine a été déléguée par le président du Conseil départemental à Mr Jacky Daviau, conseiller départemental délégué à la prévention du vieillissement, la vice-présidence étant assurée à la fois par l'ARS et la CARSAT au nom de l'inter-régimes. La conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine comptabilise au total 19 membres : 5 conseillers départementaux, 2 membres de l'ARS, 1 membre de la CARSAT, 1 membre de la MSA, 1 membre du RSI, 5 membres des collectivités territoriales et d'établissements public de coopération intercommunale (EPCI), 1 membre de l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat), 1 membre de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), 1 membre de l'Agirc-Arrco, 1 membre de la Mutualité française.

Le programme coordonné de la conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine a été établi sur la base d'un diagnostic réalisé par un cabinet externe (COMPAS) lors de la phase de préfiguration de la conférence des financeurs en 2016. Ce diagnostic comprend à la fois des données du contexte démographique et de la situation socioéconomique des personnes âgées de 60 ans et plus du territoire, un recensement par enquête quantitative auprès des structures locales des actions réalisées sur le département, et les besoins et thématiques d'intérêt du territoire identifiés par les acteurs locaux. Ces éléments ont permis à la conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine de déterminer 15 axes thématiques prioritaires sur lesquels elle souhaite que les acteurs locaux s'investissent et développent des actions de prévention à destination des personnes âgées ou de leurs aidants. Ces 15 axes constituent son programme coordonné, qui sert depuis 2016 de base aux appels à projets diffusés par la conférence des financeurs auprès des porteurs de projet.

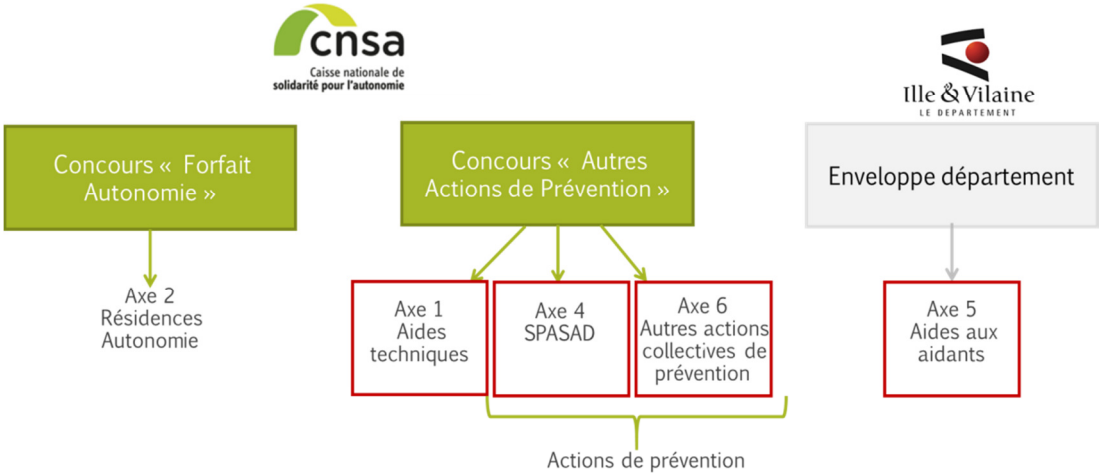
3) Evaluation des actions financées par la conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine

En 2018, la conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine a décidé de faire appel à un stagiaire de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique) afin d'évaluer les actions de prévention de la perte d'autonomie financées par cette instance depuis sa création. Cette évaluation doit permettre de réajuster la stratégie et la gouvernance de la conférence si nécessaire, et d'améliorer et développer l'offre d'actions de prévention. Le périmètre de cette évaluation porte sur les axes 1, 4, 5 et 6 de la loi ASV (Figure 1). Ainsi les actions de prévention mises en place par les résidences autonomie (Axe 2) ou les actions par les SAAD (Axe 3) ne sont pas étudiées.

L'évaluation réalisée porte sur :

- L'offre d'actions financées par la conférence des financeurs 35
- Les bénéficiaires des actions de prévention financées par la conférence des financeurs 35
- Le maillage du territoire
- L'évaluation des actions : leur effectivité, leur efficacité, leur continuité
- Le retour des porteurs de projet sur le dispositif Conférence des financeurs 35

Figure 1 : Cadre de l'évaluation selon les axes de la loi ASV, et sources de financements



Méthodologie

1) Cadre de l'étude

Cette évaluation a été conduite dans le cadre d'un stage de Master 2 de santé publique, spécialisé dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, à l'EHESP de Rennes. Le stage a été réalisé d'Avril à Septembre 2018, au sein de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie d'Ille-et-Vilaine, et portait sur l'évaluation des actions financées par la conférence des financeurs.

2) Méthode

Pour la réalisation de l'évaluation attendue, différentes sources de données ont été utilisées.

- ***Site internet de la conférence des financeurs***

La conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine s'est dotée dès 2016 d'un site internet dédié[2] grâce aux crédits d'ingénierie prévus dans le cadre de la préfiguration. Les porteurs de projets financés par la conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine doivent réaliser des bilans des actions financées sur ce site, pour le 30 avril de chaque année. Les bilans ainsi renseignés comprennent à la fois des données qualitatives sur les actions mises en place (axes du programme coordonné couverts, objectifs, description, résultats, lieux de réalisation des actions) et des données quantitatives sur le nombre de bénéficiaires touchés, leur typologie (GIR, sexe) ou sur le montant des actions. Ces données ont permis dans le cadre de cette évaluation de réaliser un état des lieux de l'offre d'actions financées par la conférence des financeurs, des priorités du programme coordonné couvertes par ces actions, de déterminer la typologie des bénéficiaires des actions et de réaliser des cartographies des territoires couverts par les actions.

- ***Dossiers de candidature des porteurs de projet***

Les données des bilans issus du site internet ont été confrontées aux données renseignées par les porteurs de projet en amont des actions, dans leurs dossiers de candidature. Ceci a permis d'évaluer l'effectivité des actions, en comparant notamment le nombre de bénéficiaires ciblés par rapport au nombre de bénéficiaires touchés, la réalisation des actions par rapport aux objectifs initiaux, ou les montants consommés par rapport aux montants alloués.

- ***Entretiens qualitatifs avec les porteurs de projet***

Des entretiens qualitatifs semi-directifs ont été menés avec différents porteurs de projets, sélectionnés afin d'assurer une bonne représentativité des types de structures porteuses de projets et des territoires d'Ille-et-Vilaine. 23 porteurs de projets ont ainsi été interrogés en mai et juin 2018, dont 6 associations mettant en œuvre des actions collectives de prévention selon des référentiels d'actions établis par les caisses de retraite (associations ci-après nommées « opérateurs »), 9 CLIC, 2 centres sociaux, 1 commune, 1 centre intercommunal d'action sociale, 1 association regroupant SAAD, SSIAD, SPASAD, l'observatoire des retraités de la ville de Rennes, la Mutualité Française d'Ille-et-Vilaine et les Bistrots Mémoire.

[2] http://conference-des-financeurs.ille-et-vilaine.fr/index.php

Ces entretiens ont permis d'obtenir plus de détails sur les actions mises en œuvre par les porteurs de projets (origine des actions, priorisation des thématiques et territoires couverts, ciblage et mobilisation du public cible, effectivité des actions, mesures d'impact des actions etc.) et également d'avoir leur retour sur le dispositif conférence des financeurs et sur leur collaboration avec les acteurs impliqués dans le dispositif.

- ***Enquête auprès des retraités***

Afin de recueillir l'avis des usagers sur les actions de prévention qui leur sont proposées, une enquête a été menée auprès du réseau de retraités Générations Mouvement. Cette fédération créée en 1976 couvre le territoire national et rassemble plus de 30000 adhérents sur le département d'Ille-et-Vilaine. Une enquête par questionnaire auprès de la fédération d'Ille-et-Vilaine a été réalisée en deux temps : tout d'abord via la participation à un évènement annuel organisé par la fédération départementale rassemblant plus de 1000 adhérents ('la fête de l'amitié'), puis via une newsletter hebdomadaire envoyée auprès de 1000 foyers. Cette enquête a permis de connaître le niveau de notoriété des actions de prévention organisées sur le territoire, la participation des retraités à ces actions, leur avis et leurs besoins (cf Annexe 1)

- ***Observations***

La participation à quelques actions de prévention mises en place par les porteurs de projet : théâtre-débat sur la thématique de l'aménagement de l'habitat et le risque de chute, atelier sur la mémoire et atelier sur la sécurité routière, ont par ailleurs permis d'avoir une vision concrète du contenu et de l'organisation des actions, du public participant et de son implication.

3) Traitement des données collectées

Les données collectées ont été confrontées aux apports théoriques sur les actions de prévention à destination des personnes âgées, au diagnostic COMPAS réalisé en 2016, et aux points de vue de gériatres et experts en promotion de la santé et prévention, afin d'établir des préconisations à destination de la conférence des financeurs 35.

I- Offre d'actions financées par la conférence des financeurs 35

Cette partie aborde la répartition des financements alloués par la conférence des financeurs 35 selon les axes de la loi ASV, puis selon les priorités de son programme coordonné. Ces données ont été confrontées aux données de la littérature et à des avis d'experts, afin d'émettre des recommandations sur la pertinence des priorités et l'orientation des financements de la conférence des financeurs.

1) Répartition des actions financées suivant les axes de la loi ASV

En 2016 et 2017, le concours CNSA 'autres actions de prévention' et l'enveloppe du Conseil départemental allouée aux actions d'aide aux aidants ont permis de financer l'appel à projet conférence des financeurs, sur la base du programme coordonné.

Les crédits consommés en 2016 s'élevaient à 803 435€, ceux de 2017 à 771 331€. L'enveloppe budgétaire 2017 est restée relativement stable par rapport à 2016 du fait d'un rapprochement des deux appels à candidature : la conférence des financeurs ayant été mise en place fin 2015, l'appel à candidature 2016 a été diffusé à l'été 2016 après le diagnostic, et les fonds versés aux structures en décembre 2016 ; l'appel à candidature 2017 a, lui, été diffusé en avril 2017. Les financements 2016 et 2017 se sont ainsi chevauchés sur cette année 2017. L'enveloppe budgétaire consommée en 2018 sera plus conséquente ; en août 2018, elle s'élève à 1 458 904€, preuve de la montée en puissance de la conférence des financeurs 35.

Ces enveloppes permettent de financer différentes typologies d'actions suivant les axes de la loi ASV : accès aux équipements et aides techniques individuelles (axe 1), actions de prévention individuelles par un SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) et actions collectives de prévention (axes 4 et 6), actions de soutien aux proches aidants (axe 5). La figure 2 représente la répartition du nombre d'actions financées par l'enveloppe 2017 suivant les axes 1, 4, 5 et 6 de la loi ASV. La figure 3 permet de comparer l'évolution des financements suivant ces axes entre 2016 et 2017.

Figure 2 : Nombre d'actions financées en 2017
suivant les axes de la loi ASV

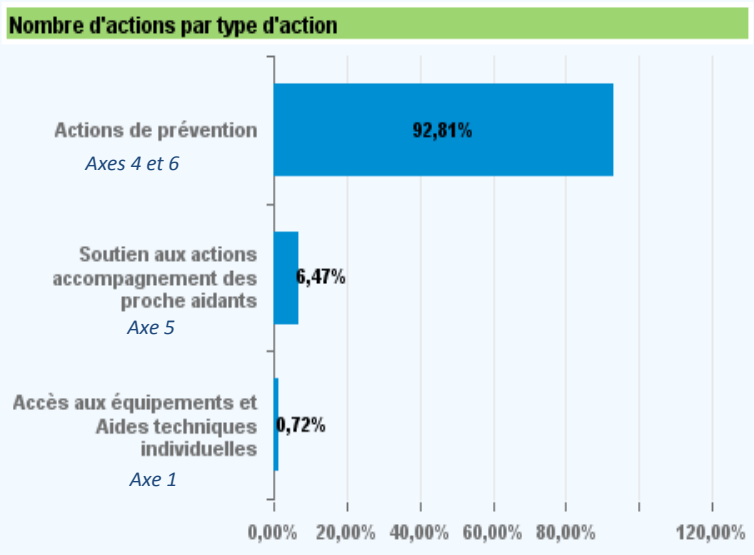
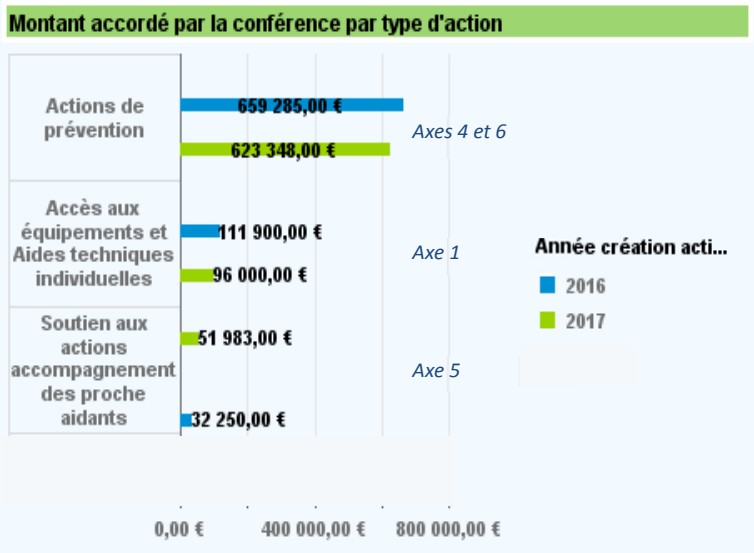


Figure 3 : Financements accordés en 2016 et 2017 suivant les axes de la loi ASV



La majorité des actions financées par la conférence des financeurs en 2016 et 2017sont des actions de prévention (axes 4 et 6). En 2016, 82% de l'enveloppe a permis de financer les axes 4 et 6, alors que 14% permettait de financer l'axe 1 (accès aux équipements et aides techniques), et 4% l'axe 5 (actions de soutien aux aidants). En 2017, la répartition des financements était la suivante : 80% pour les axes 4 et 6, 12% pour l'axe 1, et 7% pour l'axe 5.

En plus de l'enveloppe de la CNSA et du Conseil départemental, les membres de la conférence des financeurs financent avec leurs fonds propres des actions de prévention. La répartition de ces financements en 2016 et 2017 suivant les axes 1, 4, 5 et 6 de la loi ASV figure dans le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition des financements de la conférence des financeurs (CFPPA 35) et des membres de la conférence des financeurs suivant les axes de la loi ASV

Axes de la loi ASV	Financements 2016		Financements 2017	
	CFPPA 35	Membres CFPPA 35	CFPPA 35	Membres CFPPA 35
Axe 1	111 900€	783 744€	96 000€	1 138 588€
Axe 4	22 800€	0€	9121€	0€
Axe 5	32 250€	18 553€	51 983€	223 053€
Axe 6	636 485€	521 276€	614 227€	467 279€

1.1 Accès aux équipements et aides techniques individuelles (Axe 1)

Concernant l'accès aux équipements et aides techniques individuelles, les financements 2016 et 2017 de la conférence des financeurs 35 ont permis de financer une action en particulier : une activité de collecte, rénovation, aseptisation et vente/location d'aides techniques qui ne sont plus

utilisées (63% du budget alloué à l'axe 1 a permis de financer cette activité en 2016, 100% en 2017). Depuis 2018, l'enveloppe conférence des financeurs permet également de financer la mise en place d'aides techniques individuelles pour les bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) et les bénéficiaires de l'aide proposée par les caisses de retraite dans le cadre du maintien à domicile, lorsque leur plan d'aide est saturé.

Si le budget de la conférence des financeurs 35 consacré à l'axe 1 de la loi ASV paraît limité par rapport au budget alloué aux actions de prévention, les fonds propres des membres de la conférence des financeurs permettent également de financer cet axe. Ainsi en 2016, 783 744€ provenant des fonds propres des membres de la conférence des financeurs se sont ajoutés aux 111 900€ des crédits CNSA alloués à l'accès aux équipements et aides techniques individuelles. En 2017, 1 138 588€ se sont ajoutés aux 96 000€ de la CNSA. Les principales institutions concourant au financement de cet axe 1 sont les caisses de retraite, la CPAM et l'ANAH.

Recommandations : Ainsi, plutôt que de recommander une augmentation de l'enveloppe conférence des financeurs allouée à cet axe, il serait plus pertinent au vu des sommes déjà engagées d'inciter les membres de la conférence des financeurs à échanger sur le type de prestations financées, afin d'éviter les doublons et de positionner les crédits CNSA en complémentarité des financements actuels.

1.2 Le soutien aux actions d'aide aux aidants (Axe 5)

Les actions d'accompagnement des aidants ne sont pas éligibles aux crédits de la CNSA. Dans le cadre de l'appel à projet conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine, une enveloppe du Conseil départemental permet de financer ces actions. Le budget alloué à ces actions est passé de 32 250€ en 2016 à 51 983€ en 2017. En août 2018, le budget 2018 consacré aux actions d'aide aux aidants s'élève à 150 000€, ce qui traduit une belle montée en puissance du financement de ces actions. Les actions d'aides aux aidants financées incluent des groupes de paroles, des cafés des aidants, des pièces de théâtre, des entretiens individuels avec un psychologue ou encore des ateliers loisirs, gym, bien-être, et sont portées par différentes structures : CLIC, CIAS, SSIAD, opérateurs.

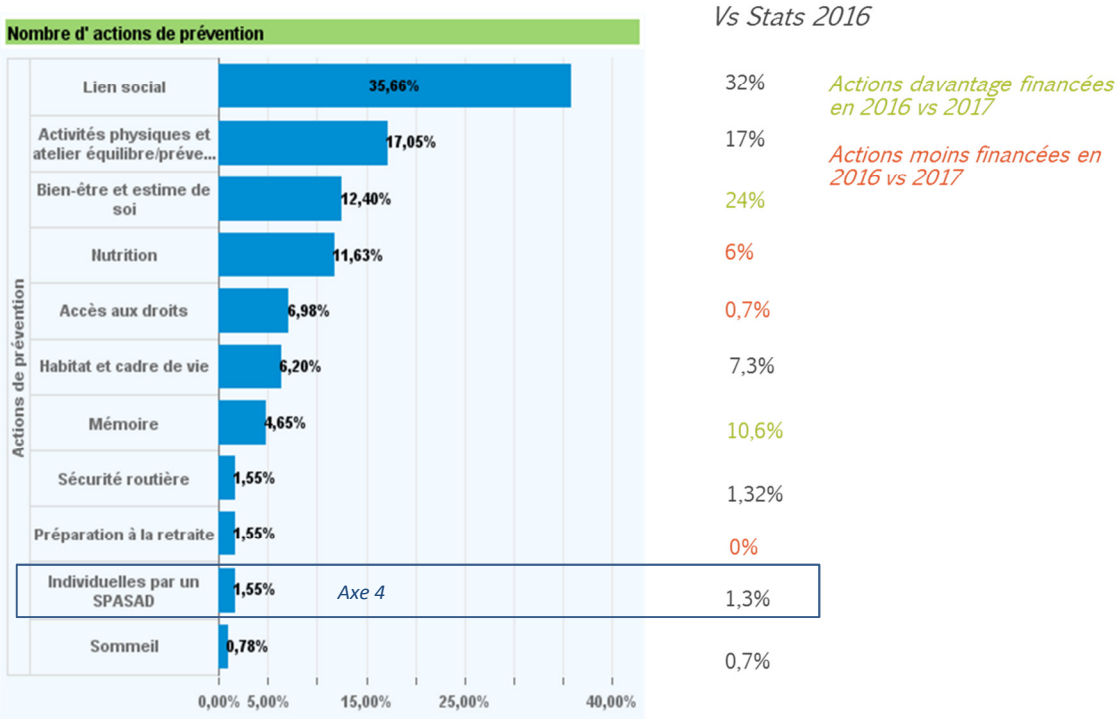
Au-delà de ces actions, d'autres actions d'aides aux aidants sont financées par les membres de la conférence des financeurs via leurs fonds propres. En 2017, en plus de 51 983€ du Conseil départemental, l'ARS Bretagne a financé 216 553€ d'actions d'aide aux aidants et les collectivités territoriales ou EPCI 6500€.

Recommandations : Afin de permettre la complémentarité des actions, d'assurer la bonne couverture du territoire et la visibilité de l'ensemble des actions pour les aidants, il serait judicieux que les membres de la conférence des financeurs impliqués dans le champ de l'aide aux aidants échangent sur les actions qu'ils financent, afin d'harmoniser leurs financements et de positionner ceux de la CNSA en complémentarité.

1.3 Actions de Prévention (Axes 4 et 6)

La catégorie « action de prévention » couvre à la fois l'axe 4 de la loi ASV « Coordination et appui des actions de prévention mises en œuvre par les SPASAD », et l'axe 6 « Autres actions collectives de prévention ». La figure 4 illustre la répartition du nombre d'actions de prévention financées suivant l'axe 4 et les sous-catégories de l'axe 6 définies par la CNSA.

Figure 4 : Nombre d'actions de prévention (axe 4 et 6) financées en 2017, et évolution par rapport à 2016



1.3.1 Axe 6 : Autres actions collectives de prévention

L'axe 6 de la loi ASV est celui qui a été le plus financé par la conférence des financeurs 35 en 2016 et 2017 : 79% de l'enveloppe budgétaire de l'appel à projet 2016 et 2017 ont permis de financer des actions collectives de prévention. La figure 4 montre une répartition non homogène des catégories d'actions collectives de prévention financées, avec certaines actions très couvertes par les financements, telles que le lien social et l'activité physique, à la fois en 2016 et 2017 ; a contrario, d'autres catégories d'actions comme le sommeil, la préparation à la retraite ou la sécurité routière, sont très peu couvertes à la fois en 2016 et 2017. Le financement de certaines catégories d'actions varie en fonction des années (bien-être et estime de soi, nutrition, accès aux droits, mémoire), preuve d'un renouvellement des thématiques sur le territoire d'Ille-et-Vilaine

Les membres de la conférence des financeurs 35 ont par ailleurs financé via leurs fonds propres des actions collectives de prévention, pour plus de 400 000€ en 2016 et 2017, les principales actions financées étant les activités physiques / ateliers équilibre et les actions de lien social, comme pour les financements conférence des financeurs.

Les catégories d'actions collectives de prévention définies par la CNSA correspondant aux thématiques prioritaires définies dans le programme coordonné, seront détaillées dans la prochaine partie.

1.3.2 Axe 4 : Coordination et appui des actions de prévention mises en œuvre par les SPASAD

Les SPASAD assurent conjointement les missions d'un service de soins infirmiers à domicile et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile. L'article 49 de la loi ASV prévoit d'expérimenter sur deux ans une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD afin de développer ces structures et d'en améliorer la coordination au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bientraitance. Cette expérimentation doit permettre notamment de donner aux SPASAD les moyens d'exercer leur rôle de repérage et de prévention de la perte d'autonomie des personnes fragiles. Ces actions de prévention, éligibles aux financements de la conférence des financeurs, peuvent être individuelles ou collectives. En Ille-et-Vilaine, 4 SPASAD ont été retenus dans le cadre de l'expérimentation.

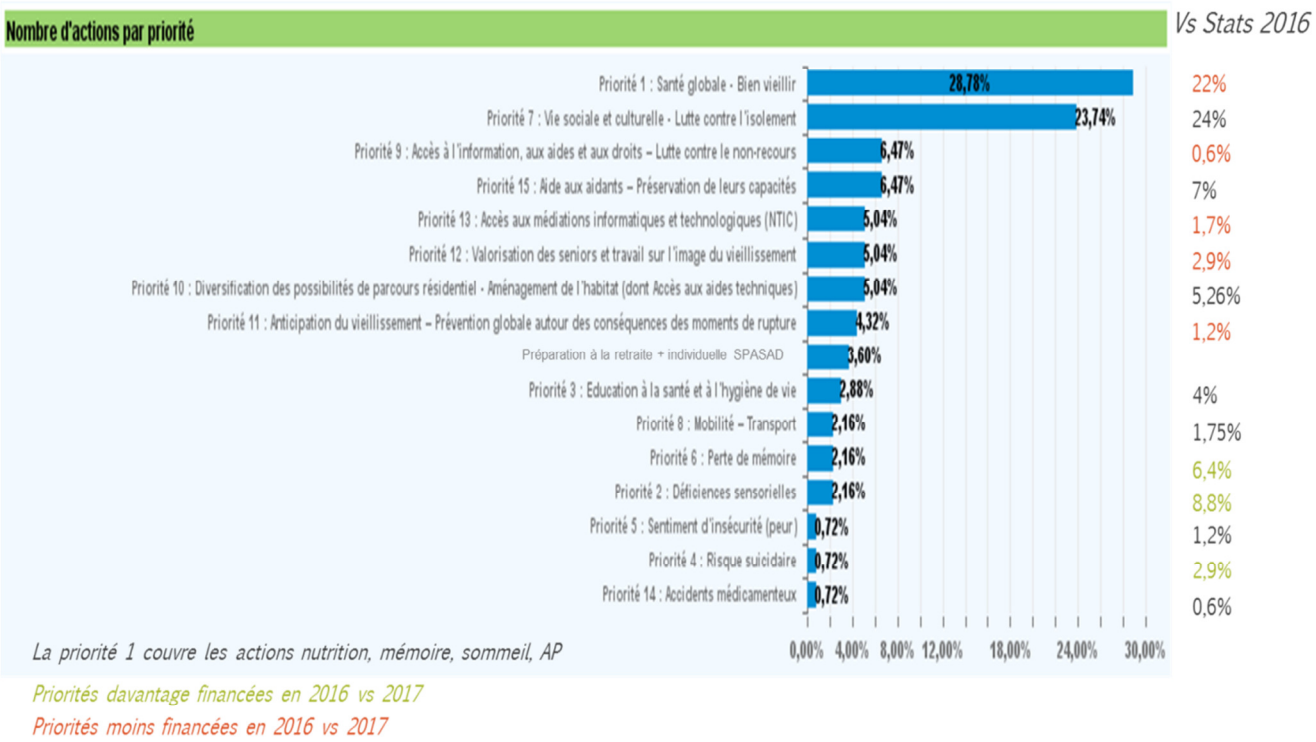
En 2016 et 2017, seules 2 actions de prévention individuelle par un SPASAD ont été financées, représentant 3% et 1% respectivement de l'enveloppe budgétaire conférence des financeurs. Les membres de la conférence des financeurs 35 n'ont, eux, financé aucune action de prévention individuelle par un SPASAD avec leurs fonds propres. Ces actions de prévention individuelles sont pourtant un levier clé pour repérer et toucher les personnes les plus fragiles (cf partie 2). Ces actions permettent de plus de mobiliser les personnes vers les actions collectives de prévention. Un SPASAD financé pour la mise en place de visites auprès de ses bénéficiaires, a ainsi permis à certains usagers d'intégrer ses ateliers collectifs créatifs, et a créé du lien avec des structures ressources comme le CLIC.

Recommandations : Il parait ainsi pertinent d'augmenter la part d'actions individuelles de prévention par un SPASAD financée par la conférence des financeurs 35, en favorisant par exemple l'échange de bonnes pratiques entre les SPASAD qui mettent en place des actions individuelles de prévention. D'autre part, certains acteurs de terrain ont souligné la difficulté pour les professionnels des SPASAD de réaliser des actions de prévention s'ils ne sont pas formés à cette thématique. La formation des professionnels ne rentrant pas dans le cahier des charges de la conférence des financeurs, i**l serait opportun d'inciter les membres de la conférence des financeurs à financer la formation des professionnels de ces structures à la prévention de la perte d'autonomie via leurs fonds propres.**

2) Répartition des actions financées selon le programme coordonné

La figure 5 représente la répartition du nombre d'actions financées par la conférence des financeurs 35 suivant les 15 axes prioritaires qui constituent son programme coordonné (sans hiérarchie entre les axes).

Figure 5 : Nombre d'actions par priorité financées en 2017, et évolution par rapport à 2016



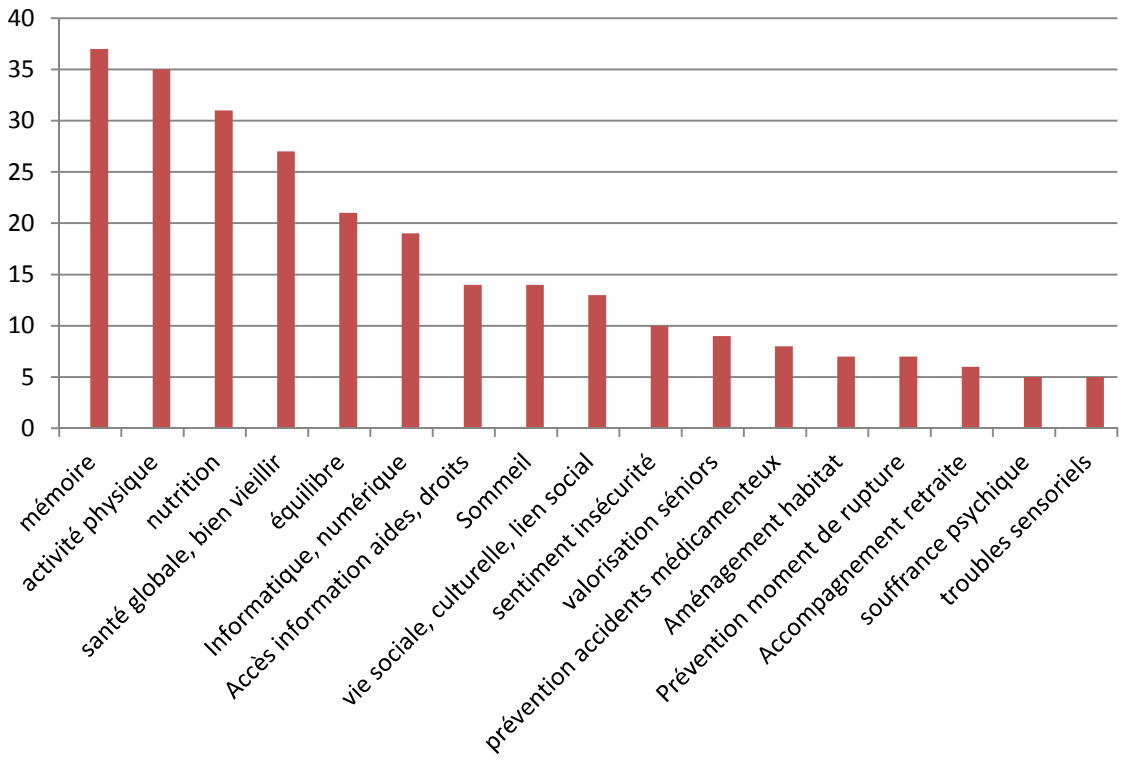
De la même façon que pour la répartition des actions collectives de prévention suivant les sous-catégories d'actions définies par la CNSA, on note une répartition non homogène du nombre d'actions par priorités du programme coordonné couvertes par les financements en 2016 et 2017. Parmi les priorités les plus couvertes figure la priorité 1 relative à la santé globale et au bien vieillir, qui recouvre différentes thématiques comme la nutrition, la mémoire, le sommeil et l'activité physique. La priorité 7 relative à la vie sociale et culturelle et la lutte contre l'isolement est l'autre priorité la plus couverte, ce qui est cohérent avec la figure 4 et la thématique du lien social. Les thématiques peu couvertes en 2016 et 2017 concernent le sentiment d'insécurité, le risque suicidaire et la prévention des accidents médicamenteux. Comme décrit précédemment, le financement de certaines priorités a varié entre 2016 et 2017 (accès à l'information, aux aides et aux droits, numérique, déficiences sensorielles, perte de mémoire, ..), ce qui est plutôt positif dans l'optique de couvrir les différentes thématiques d'une année sur l'autre.

D'après l'enquête qualitative menée auprès des porteurs de projet, la priorisation des thématiques d'actions soumises à l'appel à projet par les structures s'effectue grâce au programme coordonné de la conférence des financeurs et autres diagnostics de territoires, et en fonction du recueil des besoins des usagers recensés par analyses de besoins sociaux, enquêtes, accueil des CLIC ou des centres sociaux. Certains acteurs utilisent également des cartographies des actions mises en

place les années passées sur leur territoire afin de diversifier les activités d'une année sur l'autre. Enfin, les échanges entre professionnels permettent de proposer en Ille-et-Vilaine les bonnes pratiques d'autres départements, de travailler sur des actions complémentaires au sein d'un territoire ou de co-construire des actions.

Afin d'analyser la répartition des financements suivant les différentes priorités du programme coordonné, les actions financées par priorité (nombre d'actions et types d'actions mises en place) ont été confrontées à la littérature existante sur la thématique, ainsi qu'aux thématiques d'actions plébiscitées par les retraités interrogés dans le cadre de l'enquête GeMouv (Figure 6). Cette analyse a permis d'établir des recommandations sur chacune des priorités du programme coordonné.

Figure 6 : Thématiques plébiscitées par les retraités interrogés d'après l'enquête GeMouv (N=75)



2.1 Analyse des priorités

Priorité 1 : Santé globale – Bien vieillir - Actions Activités physiques, équilibre, prévention des chutes

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs:

Les actions d'activités physiques, d'équilibre et de prévention des chutes ont été particulièrement couvertes par les financements de la conférence des financeurs 35 en 2016 et 2017 (17% des actions financées) : elles représentent ainsi la deuxième catégorie d'actions la plus financée après celle des actions de lien social (cf figure 4). Ceci est cohérent avec les souhaits des séniors mis en évidence par l'enquête GeMouv : l'activité physique est en effet la deuxième action la plus plébiscitée auprès des séniors interrogés.

Parmi les actions financées figurent des cours hebdomadaires collectifs organisés tout au long de l'année et portés par des CLIC, CIAS, centres sociaux, résidences autonomies, association de retraités. Divers cours d'activités physiques sont proposés par ces structures : gym douce, Taï chi, Qi Cong, yoga, sophrologie, stretching, marche santé.

Par ailleurs, des opérateurs organisent des cycles de 10 à 12 séances de cours hebdomadaires collectifs ou individuels à domicile, d'activité physique adaptée[3] ou de prévention de chutes. Certaines de ces actions ciblent spécifiquement des personnes plus fragiles, qui ont chuté ou à risque de chute. Ces opérateurs suivent les référentiels définis par l'inter-régimes[4], et mettent en place des tests d'évaluation de la condition physique des participants au début des séances, à la fin des séances, et 3 mois après, via des tests validés (ex : tests Time Up& Go, équilibre Unipodal).

Ce que dit la littérature sur l'activité physique:

- Lien avec la santé des séniors:

L'activité physique comprend l'ensemble des activités qui mettent en mouvement le corps et regroupent à la fois l'exercice physique de la vie quotidienne (à la maison, lors du jardinage, lors du travail, de la marche, l'usage des escaliers), l'activité physique de loisirs, et la pratique sportive[5]. Selon l'OMS, « le sport est un sous-ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé, c'est une activité revêtant la forme d'exercices et/ou de compétitions, facilitées par les organisations sportives ». La pratique régulière d'activité physique peut permettre de retarder ou de ralentir certains processus délétères liés au vieillissement[6] . Elle contribue à maintenir la masse musculaire, favorisant le maintien de la mobilité chez les personnes âgées. Elle a un rôle positif dans la

[3] Les activités physiques adaptées regroupent l'ensemble des activités physiques et/ou sportives, adaptées aux capacités de la personne. Elles sont dispensées auprès des personnes en situation de handicap, et/ou vieillissantes, atteintes de maladies chroniques ou en difficulté sociale, et sont encadrées par des enseignants disposant du diplôme universitaire STAPS APA. L'activité physique adaptée est destinée aux personnes qui ne sont pas en capacité de participer de manière sûre et avec succès à une activité physique de manière classique. De ce fait le professionnel doit adapter le contenu de l'activité, les tâches et/ou l'environnement de telle sorte que toutes les personnes puissent participer sans dénaturer la logique interne de l'activité.

[4] Pour Bien vieillir, (2016), « Référentiel Activité Physique Adaptée », <http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/referentiel_apa_web_2016.04.pdf>, Avril 2016.

[5] *Ibid*

[6] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, (2008), « Activité physique : contexte et effets sur la santé. Synthèse et recommandations », < http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80 >

préservation de l'équilibre et la prévention des chutes ; elle ralentit la diminution de densité minérale osseuse associée à l'âge, contribue à réduire les fractures ostéoporotiques, et a un effet bénéfique sur la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie.

- Comportement des séniors :

D'après les enquêtes sur les séniors, leurs pratiques d'activités physiques sont plutôt positives[7] : dans l'enquête INCA3 (2014-2015), 2/3 des personnes âgées de 65 à 79 ans concernées par l'étude ont un niveau d'activité physique modéré ou élevé[8], atteignant ainsi les recommandations de l'OMS. La population âgée masculine présente globalement un niveau d'activité physique plus élevé que la population âgée féminine : les hommes de 65 à 79 ans sont plus nombreux que les femmes de la même tranche d'âge à atteindre les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique (68% contre 57%). Un glissement d'un niveau d'activité physique élevé vers le niveau modéré est observé avec l'avancée en âge : les adultes de 65 à 79 ans sont moins nombreux à avoir un niveau d'activité physique élevé (5% contre 12% chez les adultes tous âges) mais plus nombreux à avoir un niveau d'activité physique modéré (58% contre 51% chez les adultes tous âges).

- Interventions efficaces :

D'après Bonnefoy[9], les interventions efficaces en matière d'activités physiques chez les séniors incluent l'association d'exercices de résistance (musculation), d'endurance et d'équilibre. D'après une revue des interventions en soins primaires, une activité physique régulière au rythme de 20-60 minutes trois fois par semaine est bénéfique pour prévenir la perte de mobilité sous réserve d'une participation d'au moins 12 semaines[10]. D'après Blain[11], la durée des bénéfices obtenus sur l'adaptation à l'effort des sujets âgés décroît rapidement au décours d'un programme d'entraînement d'une année. La poursuite au long cours de l'activité pour en conserver les bénéfices est donc nécessaire. Blain insiste également sur l'évaluation préalable à la pratique des possibilités et des déficits d'aptitude physique, qui doit être réalisée par des médecins et des kinésithérapeutes ayant une expérience en gérontologie sportive, afin de proposer des programmes d'entrainement personnalisés et évolutifs.

---

[7] Observatoire National de de l'Activité Physique et de la Sédentarité, (2018), « Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France – Edition 2018- Personnes avançant en âge »,< http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_TABPA_pdf.pdf>, Mai 2018

[8] Niveau élevé: au moins 3 jours par semaine avec une AP intense, permettant d'atteindre un minimum de 1 500 METs-minute par semaine ou au moins 1 AP modérée ou intense chaque jour de la semaine, permettant d'atteindre un minimum de 3 000 METs-minute par semaine. Niveau modéré : au moins 3 jours par semaine avec une AP intense pendant au moins 25 min/jour en moyenne ou au moins 5 jours par semaine avec une AP modérée pendant au moins 30 min/jour en moyenne ou au moins 5 jours par semaine avec une AP modérée ou intense, permettant d'atteindre un minimum de 600 METs-minute/semaine.

[9] Bonnefoy M., « Prévention de la perte de mobilité des personnes âgées en soins primaires : synthèses », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Viel* 2016, 14(1), p.16-22

[10] Yeom HA., Keller C., Fleury J., « Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults », *J Am Acad Nurse Pract*. 2009,21(2), p. 95-100.

[11] Blain H., Vuillemin A., Blain A., Jeandel C., « Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées : Médecine préventive chez les personnes âgées ». *La presse médicale*, 2000, vol. 29, n° 22, p. 1240-1248

Ce que dit la littérature sur la prévention des chutes

- Prévalence et impact sur la santé des séniors :

D'après le baromètre santé séniors[12], 25,1 % des femmes âgées de 55 à 85 ans et 17,4% des hommes de la même tranche d'âge déclarent qu'il leur est arrivé de tomber au cours des douze derniers mois. Le nombre de chutes est plus élevé chez les plus âgés (2,3 chutes en moyenne au cours des douze mois écoulés chez les 75‑85 ans vs 1,7 chez les 65‑74 ans). Les conséquences de la chute sont souvent nombreuses et graves, tant pour la santé physique et fonctionnelle que pour la santé mentale. La chute constitue ainsi la première cause de décès par accident chez les 65 ans et plus. Elle est aussi source de fractures, d'hospitalisations, de perte d'autonomie, voire d'institutionnalisation. D'autre part, le fait d'avoir chuté au cours des douze derniers mois est significativement associé à de moins bons scores de qualité de vie mesurés avec le profil de santé de Duke. Près d'un cinquième (19,5%) des personnes de 55 à 85 ans déclarent avoir limité leurs déplacements par peur de retomber.

- Interventions efficaces :

D'après le référentiel de bonnes pratiques sur la prévention des chutes développé par l'INPES[13], les interventions de prévention des chutes ayant démontré leur efficacité sont multifactorielles (intègrent plusieurs dimensions en même temps) et ciblent en priorité les personnes âgées présentant des risques de chuter, à savoir des personnes ayant déjà fait une chute et/ou présentant des troubles de l'équilibre ou de la marche. Il est ainsi recommandé d'identifier les personnes âgées à risque de chute, d'évaluer leur niveau de risque et de leur proposer un programme adapté. Les programmes multifactoriels efficaces s'adressant à des personnes âgées à risque incluent en priorités des stratégies visant à :

- améliorer l'équilibre, la force et la marche au moyen d'exercices adaptés ;
- traiter les pathologies chroniques ou aiguës ;
- réduire l'utilisation des psychotropes et diminuer le nombre de médicaments ;
- réduire les dangers de l'environnement ;
- améliorer les comportements sécuritaires (exemple : utilisation d'aides à la mobilité)

Les programmes peuvent également inclure des stratégies visant à :

- supplémenter les personnes si nécessaire en vitamine D et en calcium ;
- encourager à avoir une alimentation équilibrée
- prendre en charge l'abus d'alcool et les situations de consommation à risque

Une revue Cochrane de la littérature sur les interventions de prévention des chutes a été réalisée en 2009[14].

---

[12] INPES, (2010), «Les comportements de santé des 55-85 ans Analyses du Baromètre santé 2010 », < http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/1549.pdf>

[13] Bourdessol H., Pin S., (2005), « Référentiel de bonnes pratiques :prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile », <www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>, 20/05/2013

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, (2013), « Objectif 99 : Chutes des personnes âgées »,<: www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_santepopulation_2011.pdf >, 30/10/2013

[14] Gillespie L., Robertson M., Gillespie W., Sherrington C.,Gates S., Clemson L.M., Lamb S.E. "Interventions for preventing falls in older people living in the community". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, n°9 : 257

D'après cette revue,

- les programmes d'activité physique collectifs ou à domicile, associant des exercices d'équilibre et de musculation réduisent efficacement les chutes. Ces programmes réduisent également le taux de factures. Plusieurs programmes de Taï Chi ont été validés auprès de personnes âgées de 65 à 97 ans, les effets bénéfiques dépendent cependant d'un nombre élevé de séances (40 au moins).
- Les interventions multifactorielles, qui évaluent les facteurs de risque (dangers environnementaux au domicile et aspects individuels) puis proposent des stratégies adaptées pour réduire ces risques (activités physiques, fourniture d'aides techniques, ajustement de la médication, dépistage ophtalmique, …), réduisent le nombre de chutes chez les sujets âgés.
- Les interventions destinés à améliorer la sécurité au domicile sont efficaces, en particulier chez les personnes avec un risque élevé de chutes, et lorsque réalisées par des ergothérapeutes
- La supplémentation en vitamine D ne semble pas réduire les chutes
- Certains médicaments augmentent le risque de chutes ; un désengagement progressif des psychotropes réduit le taux de chutes, en particulier lorsque le médecin est impliqué
- Les interventions basées sur un apport de connaissances uniquement ne réduisent pas le taux de chutes.

Recommandations relatives aux actions d'activités physiques, d'équilibre et de prévention des chutes :

- Continuer à financer de façon conséquente l'activité physique. Ces actions plébiscitées par les personnes âgées sont un déterminant majeur de leur santé ; elles impactent d'autre part d'autres thématiques prioritaires du programme coordonné comme la nutrition, le sommeil, la mémoire et agissent sur le lien social et l'estime de soi

- Continuer à porter une attention particulière à la formation des professionnels encadrant les activités physiques lors de l'instruction des candidatures. En effet, l'activité physique est un facteur de santé, mais chez les personnes fragiles, peut devenir à risque si elles sont confiées à des intervenants sans les compétences requises[15]

- Repérer et orienter en priorité les personnes qui en ont le plus besoin vers les activités encadrées par les opérateurs ; le public plus autonome peut être orienté vers des activités proposées par d'autres structures

- **Orienter vers les ateliers APA proposés par les opérateurs en priorité les publics qui ne pratiquent pas ou plus d'activité physique régulière**
- **Orienter vers les ateliers équilibre / prévention des chutes les personnes qui ont chuté ou à risque de chutes**

- Assurer une pérennité de la pratique sportive, via l'orientation des séniors à la suite des ateliers opérateurs vers des activités pérennes.

- Développer de l'offre de suite APA pour les personnes qui ont des difficultés, peu d'ateliers existent à l'heure actuelle. Développer les programmes de Taï Chi sur l'année qui sont efficaces dans la prévention des chutes.

- Pour la prévention des chutes en particulier, développer une approche de parcours sur les territoires : en plus des actions sur l'équilibre, orienter les personnes à risque vers des ateliers sur l'adaptation de l'habitat, la nutrition, la médication.

[15] Groupe de travail sous la présidence du Professeur Daniel Rivière, (2013), « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés. Rapport remis aux ministres », http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapportseniors_m3-3.pdf, Décembre 2013

Priorité 1 : santé globale – Bien vieillir - Actions Nutrition

Etat des lieux des actions financées par la Conférence des financeurs:

En 2016, les actions de nutrition financées par la conférence des financeurs 35 représentaient 6% du nombre total d'actions financées. Cette part a doublé en 2017 (12%). Ces actions, portées par différentes structures (CIAS, centres sociaux, CLIC, service à domicile, association de retraités, opérateurs) prennent la forme d'ateliers cuisine ou d'ateliers nutrition (rappels sur les familles d'aliments, l'équilibre alimentaire, etc..). Alors que la plupart de ces ateliers ont lieu pendant quelques semaines, le CIAS propose des ateliers cuisine à l'année. Les opérateurs suivent le référentiel Nutrition élaboré par l'inter-régimes[16].

Ce que dit la littérature :

- Lien avec la santé des seniors :

La nutrition joue un rôle très important sur la santé des séniors. En prenant de l'âge, l'organisme change, les besoins nutritionnels aussi. Contrairement aux idées reçues, les besoins ne diminuent pas avec l'âge et certains augmentent même ; il est ainsi faux de penser qu'en vieillissant, il faut manger moins, surtout pour les personnes physiquement actives. Il est en revanche important que les personnes âgées mangent mieux et bougent tous les jours. Une alimentation adaptée aux besoins nutritionnels (respect des apports en macro- et micro-nutriments) aide à protéger contre certaines maladies (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, etc.), à limiter les problèmes de fatigue, d'ostéoporose – et ainsi réduire à réduire les risques de chutes et de fractures – à se défendre contre les infections et généralement à bien vieillir. Avec l'âge, plusieurs facteurs vont influencer la façon de s'alimenter : une baisse de l'appétit, des modifications métaboliques, voire des facteurs pathologiques ou environnementaux. La fréquente baisse de consommation alimentaire qui en résulte peut fragiliser la personne âgée et entraîner une dénutrition, même si la personne est physiquement active. Un poids stable est le garant d'un bon équilibre entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques (niveau d'activité physique)[17].

- Etat nutritionnel des séniors :

D'après le baromètre santé séniors[18], près de 40 % des individus âgés de 55 à 75 ans sont en surpoids (vs 27 % des 18‑54 ans) et 14 % sont obèses (vs 8 % des 18‑54 ans). La maigreur touche quant à elle 1,5 % des 55‑75 ans, vs 3,9 % des 18‑54 ans (p<0,001). Les prévalences du surpoids et de l'obésité augmentent avec l'âge. Des différences par sexe sont observées, en particulier pour le surpoids : la moitié des hommes âgés de 55 à 75 ans est en surpoids, contre 30 % des femmes.

[16] Pour Bien Vieillir, (2016), « Référentiel Nutrition », <http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/referentiel_nutrition_web_2016.04.pdf>, Avril 2016
[17] *Ibid*
[18] INPES, (2010), «Les comportements de santé des 55-85 ans Analyses du Baromètre santé 2010 », < http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/1549.pdf>

Dans une étude publiée en 2014, Torres et al[19] ont estimé que 7.4% des sujets âgés de 65 ans et plus vivant en milieu rural avaient un mauvais état nutritionnel (personnes dénutries ou à risque de dénutrition), et 18.5% en milieu urbain. Le sexe féminin, un âge avancé, un faible niveau d'éducation, un faible IMC, le fait d'être dément, d'avoir une symptomatologie dépressive et de prendre plus de 3 médicaments sont des facteurs associés dans cette étude à un mauvais état nutritionnel.

Le baromètre santé séniors[20] montre par ailleurs des attitudes des séniors orientées vers une alimentation saine et pour certains groupes alimentaires (fruits et légumes, poisson, féculents) une consommation plus favorable à la santé que celles des plus jeunes. Les séniors peuvent ainsi être considérés comme des vecteurs potentiels dans la promotion d'une alimentation saine, à travers notamment le transfert intergénérationnel d'habitudes nutritionnelles ou de pratiques culinaires. Faire la cuisine est néanmoins fortement lié à la présence ou non d'autres personnes à table. L'accroissement avec l'âge de la part de la population qui vit seule est dans ce sens susceptible de conduire à des modifications des habitudes alimentaires, modifications qui apparaissent souvent moins favorables à l'alimentation des hommes, qui ont tendance à préparer des repas moins diversifiés. En effet, les hommes *«considèrent généralement ne pas savoir cuisiner, […] ont plus facilement recours aux produits en conserve, surgelés ou sous vide et délèguent plus facilement la préparation des repas à un tiers, ce qui va de pair avec une simplification des repas et une moindre diversité dans le panier alimentaire comparativement aux veuves ».*

- Interventions efficaces :

Une revue systématique de la littérature évaluant l'efficacité des interventions nutritionnelles auprès de personnes âgées a été publiée en 2011[21]. Parmi les interventions évaluées figuraient des stratégies axées sur des conseils diététiques à domicile ou en centres de soins (ex : 8 visites à domicile sur 6 mois accompagnées d'appels téléphoniques et lettres d'informations), des programmes d'éducation nutritionnelle en groupe (ex : 5 séances de groupes sur 5 semaines), et des interventions multimodales incluant bilan de santé, évaluation des habitudes, conseils personnalisés en diététique et éducation nutritionnelle. Les auteurs de cette revue concluent que les interventions délivrant des conseils nutritionnels impliquant une participation active des personnes dans le développement d'objectifs et d'un plan de santé personnalisés, le développement de l'auto-efficacité, ainsi que la collaboration (cours collectifs, soutien par les pairs, calendrier de réunions de suivi) étaient les plus prometteuses sur l'amélioration des comportements de santé en nutrition (augmentation de la consommation de fruits et légumes, de produits laitiers, etc..).

<u>Recommandations relatives aux actions Nutrition :</u>

- **Ces actions plébiscitées par les séniors doivent continuer à bénéficier d'un soutien financier substantiel de la part de la conférence des financeurs. Il s'agit, comme l'activité physique, d'un**

[19] Torres MJ., Dorigny B., Kuhn M., Berr C., Barberger-Gateau P., Letenneur L., «Nutritional status in community-dwelling elderly in France in urban and rural areas», *PLoS One*., 2014, 9(8)

[20] INPES, (2010), «Les comportements de santé des 55-85 ans Analyses du Baromètre santé 2010 », < http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/1549.pdf>

[21] Bandayrel K, Wong S., « Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults», *J Nutr Educ Behav.* 2011, 43(4), p. 251-62

déterminant majeur de la santé des séniors. La forte prévalence, à la fois du surpoids mais aussi de personnes à risque de dénutrition justifie par ailleurs ces actions

- **Chercher une participation active du public lors des ateliers nutrition, avec l'établissement d'objectifs nutritionnels personnalisés en partant des habitudes alimentaires des personnes**
- **Positionner les ateliers cuisine en complémentarité (offre de suite) des ateliers nutrition. Ces ateliers permettent en effet d'acquérir des compétences complémentaires aux connaissances nutritionnelles**
- **Repérer et inciter les personnes vivant seules / qui viennent de perdre leur conjoint(e), et en particulier les hommes, à participer aux ateliers cuisine**
- **Utiliser la cuisine et les pratiques culinaires des séniors comme support d'activités intergénérationnelles**

Priorité 1 : santé globale – Bien vieillir - Actions sur le Sommeil

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs :

En 2016 et 2007, seul 0.7% des actions financées concernaient le sommeil. Une seule action a ainsi été mise en place par un opérateur sur ces deux années. Cette action était composée d'une conférence et d'un atelier de 2 séances (séance 1 : Le sommeil et les effets du vieillissement ; séance 2 : les ennemis du sommeil). Cette thématique est par ailleurs abordée dans les ateliers 'Bien Vieillir'.

Ce que dit la littérature :

- Lien avec la santé des séniors :

Le sommeil a un impact direct sur l'état de l'individu et son bien-être. C'est une fonction physiologique impliquée dans les défenses immunitaires, les régénérations cellulaires, et les régulations métaboliques. Le sommeil intervient également dans les processus d'apprentissage et de consolidation mnésique, les performances attentionnelles, la vigilance, l'humeur et les perceptions douloureuses. Le 'bien dormir' apparaît ainsi comme une composante essentielle de la prévention et du rétablissement de certaines affections et par conséquent du 'bien vieillir'[22].

- Prévalence des troubles du sommeil chez les séniors :

Dans la population générale, la prévalence des difficultés à s'endormir et des difficultés de maintien du sommeil augmente de manière linéaire avec l'âge, atteignant près de 50% parmi les individus âgés de plus de 65 ans. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se plaindre de ces difficultés[23].

La plupart du temps les insomnies aigües sont traitées par des médicaments. Entre 5 et 33% des personnes âgées vivant en Amérique du Nord et au Royaume-Uni prennent des benzodiaépines ou des molécules apparentées pour des troubles du sommeil ; les effets secondaires de ces molécules comme les chutes, l'ataxie ou les troubles de la mémoire sont pourtant néfastes pour les personnes âgées[24].

- Interventions efficaces :

Une étude scientifique a montré qu'une nuit paisible est corrélée positivement avec une activité physique importante et l'exposition à la lumière du jour ou à des sources lumineuses relativement intenses[25]. Une autre étude a montré le rôle de l'activité physique et l'activité sociale (participation à des jeux de société) sur la qualité du sommeil[26]. D'après Corman, dans le cas des personnes souffrant de troubles du sommeil dus aux effets du vieillissement physiologique, une bonne hygiène du sommeil, une nutrition variée, une consommation modérée d'alcool, de café ou de tabac, une exposition à la lumière suffisante et une activité physique régulière peuvent très

[22] Centre de prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco, (2012), « Etude nationale 2012- Troubles du sommeil, Les réparer et agir », <https://fr.calameo.com/read/002711729b3a9d06235ee>

[23] Ohayon M., « Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale», *La revue du praticien*, 2007, 57, p. 1521-1528

[24] Corman B., « Le sommeil des séniors », *Gérontologie et Société*, 2006, 29 (116), p. 45-61

[25] Hood et al 2004, dans Corman B., « Le sommeil des séniors », *Gérontologie et Société*, 2006, 29 (116), p. 45-61

[26] Benloucif et al 2004, dans Corman B., « Le sommeil des séniors », *Gérontologie et Société*, 2006, 29 (116), p. 45-61

sensiblement améliorer la qualité du sommeil, même chez des personnes qui ont pris l'habitude de vivre avec des somnifères. Dans le cas où la personne souffre d'une pathologie aiguë ou chronique (apnées du sommeil, syndrome des jambes sans repos, dépression..), il convient avant tout de la diagnostiquer et de la traiter au mieux[27].

D'autre part, les programmes d'éducation à la santé sur le sommeil semblent efficaces. Un cycle de formation de 3 journées espacées de 1 ou 2 mois a ainsi été évalué sur des groupes de 10 à 15 personnes. Ce programme comprenait une évaluation du sommeil pendant 9 jours à l'aide d'un agenda du sommeil et d'un actimètre de poignet, une journée de formation sur les comportements et l'hygiène du sommeil, accompagnée d'un compte-rendu collectif et individuel des caractéristiques du sommeil observées pendant la période d'évaluation. Ce programme a permis d'améliorer la durée du sommeil des séniors participant à l'étude, ainsi que la qualité de leur sommeil et leur dynamisme le matin[28].

Recommandations relatives aux actions Sommeil

- **Proposer des ateliers sommeil en priorité aux personnes ayant des troubles du sommeil avérés, en utilisant un questionnaire validé type questionnaire de Pittsburgh[29]**
- **Du fait des liens du sommeil avec les autres déterminants de la santé, et de la forte prévalence des troubles du sommeil chez les séniors, aborder cette thématique dans les autres ateliers : ateliers du bien vieillir, ateliers d'activité physique, nutrition, mémoire.**

[27] Corman B., « Le sommeil des séniors », *Gérontologie et Société*, 2006, 29 (116), p. 45-61

[28] Corman B., Lauque S., Vanbockstael V.,Teillet L. « Les programmes d'éducation à la santé semblent efficaces pour bien vieillir », *Gérontologie et Société* , 2008, 31(125), p.105-119

[29] Retraite Complémentaire Agirc et Arrco, (2012), « Etude nationale 2012- Troubles du sommeil, Les réparer et agir », <https://fr.calameo.com/read/002711729b3a9d06235ee>

Priorité 1 : santé globale – Bien vieillir - Actions sur la Mémoire

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs:

En 2017, 5% des actions financées par la conférence des financeurs 35 portaient sur la mémoire par rapport à 10% en 2016. Parmi les actions financées figurent des cycles d'ateliers mémoire ou de stimulation cognitive pour des personnes ne souffrant pas de troubles cognitifs, mis en place par des opérateurs, un CCAS et autres associations. D'autres structures (résidences autonomie, CIAS, …) ont mis en place en 2016 ou 2017 des actions autour de la valorisation des savoirs et des histoires des aînés. Enfin, une association et les bistrots mémoire mettent en place des actions pour des personnes souffrant de troubles cognitifs, au travers d'ateliers de stimulation intellectuelle ou de lieux d'accueil et d'accompagnement pour les personnes avec des troubles de la mémoire et leurs aidants.

Ce que dit la littérature :

- Lien avec la santé des séniors :

La santé cognitive se manifeste par l'exercice des fonctions mentales requises pour fonctionner de manière autonome et indépendante. Les principales fonctions mentales incluent, entre autres, la mémoire, le jugement, l'attention, le langage, les fonctions exécutives, la capacité d'apprendre et de résoudre des problèmes. L'augmentation des atteintes cognitives observée avec l'avancement en âge s'explique partiellement par le vieillissement et partiellement par les effets cumulés des conditions vécues tout au long de la vie : le bagage génétique plus ou moins favorable, le niveau de stimulation cognitive, les habitudes de vie plus ou moins saines, l'exposition plus ou moins importante à différents facteurs de risques, les conséquences à moyen et à long terme de conditions de santé aigues ou chroniques. Les principales atteintes cognitives sont le déclin cognitif lié à l'âge, les troubles cognitifs légers et les troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer[30].

- Prévalence chez les séniors :

La plainte mnésique est banale chez la personne âgée et apparaît comme un symptôme multifactoriel. D'après la Haute Autorité de Santé[31], sur les 175 970 ayant bénéficié d'une consultation mémoire en 2013, 8,4 % consultaient pour une plainte mnésique. L'âge moyen des consultants était de 77,2 ± 12 ans, 37 % étaient des hommes et 63 % des femmes. Chez le sujet âgé, la plainte mnésique prend une importance particulière car elle pourrait révéler notamment une maladie d'Alzheimer, dont la prévalence est estimée en France à 60 pour 1000[32] ; cependant le trouble de la mémoire n'est pas forcément lié à cette maladie. Il peut être le reflet d'une dépression, d'une anxiété, d'une diminution de l'estime de soi et de la confiance que le sujet porte à sa mémoire.

[30] Institut National de Santé Publique du Québec, (2017), « La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé », <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2323_sante_cognitive_vieillir_sante.pdf>, Novembre 2017

[31] Haute Autorité de Santé, (2014), « Identification des troubles mnésiques et stratégie d'intervention chez les séniors de 70 ans et plus », <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/argumentaires_art_53_troublesmnesiquesdusujetage_vf_2015-02-16_15-31-37_875.pdf>, Décembre 2014

[32] Santé Publique France, (2016), « la maladie d'Alzheimer et les autres démences », <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences>, 05/06/2018

Il peut également être secondaire à un traitement médicamenteux ou être lié à une maladie neurologique débutante autre que la maladie d'Alzheimer.

- Interventions efficaces :

Les données d'efficacité sur les interventions cognitives chez les personnes âgées sans troubles cognitifs reposent largement sur l'étude ACTIVE conduite sur 2082 individus pendant 10 ans[33]. Trois fonctions cognitives ont été ciblées : la résolution de problèmes, la mémoire et la vitesse de traitement de l'information. L'intervention comportait un entrainement de 10 sessions par petits groupes, d'une durée de 60 à 75 minutes sur cinq à six semaines. Des formations de rappel étaient dispensées 11 et 35 mois après la formation initiale. Les résultats ont démontré pour chacune des fonctions ciblées une amélioration modérée après deux ans et faible après cinq et dix ans. L'amélioration du maintien de l'indépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne était perceptible après cinq ans dans les groupes entrainés pour la résolution de problèmes et après dix ans dans ceux entrainés pour la mémoire et la vitesse de traitement de l'information[34]. Ces résultats suggèrent que chez la personne âgée en bonne santé, des exercices conjoints de plusieurs aptitudes cognitives constituent une stratégie indiquée pour limiter la diminution des fonctions cognitives et des activités de la vie quotidienne sur 10 ans.

De manière générale, adopter une hygiène de vie saine, manger équilibré, pratiquer une activité physique contribuent également à limiter les troubles de la mémoire. Des programmes d'activité physique ont ainsi montré un renforcement des fonctions cognitives et une amélioration de l'estime de soi[35]. De même que les activités sociales, sources de stimulation, sont conseillées pour dynamiser les capacités cognitives. L'Institut National de Santé Publique du Québec, dans son rapport 'la santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé', publié en novembre 2017, a recensé les recommandations de 4 sociétés savantes pour maintenir et protéger la santé cognitive (tableau 2). La majorité des cibles d'intervention retenues portent sur les modes de vie sains et sur les principaux facteurs de prévention des maladies chroniques.

[33] Rebok GW., et al, « Ten-Year Effects of the ACTIVE Cognitive Training Trial on Cognition and Everyday Functioning in Older Adults», *J Am Geriatr Soc.*, 2014, 62(1): 16–24.

[34] Institut National de Santé Publique du Québec, (2017), « La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé », <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2323_sante_cognitive_vieillir_sante.pdf>, Novembre 2017

[35] INPES, (2012), « Synthèse de la littérature scientifique sur les interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 55 ans et plus, autonomes, vivant à domicile », < http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/pdf/synthese-sante-aine.pdf>

Tableau 2 : Cibles d'intervention usuelles visant la santé cognitive, d'après l'INSPQ

Cible d'intervention	Sources Références au bas du tableau			
	1-IOM	2-NIA	3-AA	4-SAC
Être physiquement actif	√	√	√	√
Agir sur les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires :				
▪ Hypertension,	√	√	√	√
▪ Diabète,	√	√	√	√
▪ Tabagisme,	√	√	√	√
▪ Hypercholestérolémie,		√	√	√
▪ Obésité.			√	√
Prévenir et traiter la dépression.		√	√	√
Gérer de manière optimale les médicaments qui ont des effets sur la mémoire, le sommeil, les fonctions cérébrales.	√	√		
Favoriser les interactions sociales.	√	√	√	√
Favoriser la stimulation intellectuelle et la diversité des apprentissages.	√	√	√	√
Dormir suffisamment et traiter au besoin les troubles du sommeil.	√	√	√	
Prévenir les chutes et les traumatismes.		√	√	√
Éviter la consommation excessive d'alcool.				√
Favoriser une alimentation saine.		√	√	√

1. IOM pour Institute of Medicine of the National Academies. 2015. *Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action*, Washington DC: The National Academies, p. 7.
2. NIA pour National Institute of Aging: https://www.nia.nih.gov/health/cognitive-health-and-older-adults
3. AA pour Alzheimer Association: http://www.alz.org/news_and_events_lifestyle_changes_help_reduce_risk.asp[43]
4. SAC pour Société Alzheimer Canada: http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Risk-factors

Données issues de l'enquête GeMouv :

La mémoire est la thématique la plus plébiscitée par les enquêtés. D'autre part, plusieurs personnes rencontrées indiquent qu'elles ont pris en charge l'organisation d'ateliers mémoire, suite à leur participation à des ateliers financés par la MSA, afin de continuer à stimuler leur fonction cognitive.

Recommandations relatives aux actions Mémoire :

- **Veiller à couvrir cette thématique fortement plébiscitée par les séniors (enquête GeMouv) en développant des activités pour tout public et pour séniors avec troubles cognitifs**
- **Encourager les porteurs de projets à diversifier les fonctions cognitives ciblées dans les ateliers mémoire**
- **Tester la possibilité pour des opérateurs de former certains participants afin qu'ils prennent le relais dans l'organisation des ateliers (transfert de compétences vers une offre de suite) selon un principe de pair-aidance, et les équiper avec des exercices adéquats**
- **La mémoire étant influencée par la nutrition, l'activité physique, le sommeil, la prise de médicaments, le lien social, insister lors des ateliers ciblant ces thématiques sur l'impact qu'ils ont sur la mémoire**

Priorité 2 : Déficiences sensorielles

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs :

En 2016, 9% des actions de prévention financées étaient relatives aux déficiences sensorielles ; en 2017, ces actions représentaient seulement 2% des actions financées. Les financements ont permis de couvrir des actions de sensibilisation et de présentation de solutions pour les personnes atteintes de troubles auditifs ou visuels (conférence, théâtre-forum), des actions de repérage des troubles ou encore des groupes de parole, portées par la Mutualité Française de Bretagne, des CLIC ou CCAS.

Ce que dit la littérature :

- Prévalence des troubles auditifs et visuels chez les séniors :

On estimait à 10 millions le nombre de personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives (LFA) en 2008, soit une prévalence évaluée à 16%. Parmi elles, environ 5,5 millions de personnes étaient concernées par une limitation moyenne à lourde, dont 360 000 par des LFA très graves ou totales. La prévalence des limitations fonctionnelles auditives croît très rapidement avec l'âge. À 50 ans, une personne sur cinq a au moins de légères difficultés auditives, une personne sur dix présente des limitations fonctionnelles auditives moyennes. Pour les populations les plus âgées, il est plus fréquent de souffrir de LFA que de ne pas avoir de problème d'audition : à partir de 80 ans, plus d'une personne sur deux a des problèmes auditifs, même s'ils ne sont que légers. Les limitations fonctionnelles auditives moyennes à totales concernent donc majoritairement des personnes âgées : 59 % des personnes atteintes ont plus de 60 ans et 29 % sont âgées de 75 ans et plus[36].

En France métropolitaine, selon l'enquête HID (handicaps-incapacités-dépendance), environ 1 700 000 personnes seraient déficientes visuelles (soit 2,9 % de la population). Comme pour l'ensemble des déficiences, la prévalence de la déficience visuelle augmente avec l'âge. Relativement stable avant l'âge de 50 ans, elle augmente progressivement à partir de 60 ans et plus encore à partir de 60 et 80 ans. 20 % environ des personnes âgées de 85 à 89 ans seraient aveugles ou malvoyantes. Ces personnes seraient 38 % à partir de l'âge de 90 ans. Par conséquent, les déficients visuels sont majoritairement des personnes âgées : six sur dix environ (61 %) sont âgés de 60 ans ou plus et quatre sur dix (39 %) sont âgés de 75 ans ou plus. La déficience visuelle augmente vraisemblablement avec l'âge parce que les principales pathologies causales, glaucome, cataracte et dégénérescence maculaire sont fortement liées à l'âge : la prévalence de ces trois maladies augmente nettement au-delà de 70 ans[37].

[36] DREES, (2014), «Etude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé », < http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt131-etudes_et_recherches.pdf>, Août 2014

[37] Observatoire régional de la santé des pays de la Loire, « la population en situation de handicap visuel en France », <http://www.ophtalmo.net/bv/Doc/2005-2224-SANDER-HID.pdf>, Juillet 2005

- Impact des troubles sensoriels sur la santé :

Non prises en compte, ces altérations ont des conséquences sur la qualité de vie des personnes : isolement, repli sur soi, déficits et/ou troubles de la communication, dépression (pouvant mener au suicide), etc. La diminution des capacités sensorielles accélère la survenue de la dépendance, avec une augmentation non négligeable des accidents domestiques et/ou une aggravation de la morbidité, voire même une augmentation de la mortalité. La prévention et le repérage des déficiences sensorielles et l'ensemble des réponses à y apporter sont donc un enjeu majeur de santé publique[38].

- Interventions efficaces :

Peu d'études évaluant les interventions d'accompagnement des troubles sensoriels chez les séniors ont été identifiées. Les centres Bien Vieillir ont étudié l'impact de leurs ateliers audition sur le ressenti des participants concernant leurs connaissances sur leurs troubles, et les modifications de comportements 12 à 18 mois après les ateliers. Les participants aux ateliers avaient au préalable participé à un bilan de prévention et déclaré être porteurs d'un appareil auditif ou avaient l'intention d'y avoir recours. L'atelier consistait en 6 modules mêlant information sur l'audition, sur les solutions existantes, exercices de lecture labiale et groupes d'échanges. Si les ateliers ont atteint leur objectif en termes d'apport de connaissances, à l'issue des ateliers, les personnes ayant choisi de s'appareiller n'étaient pas significativement plus nombreuses que le groupe témoin. D'autre part, seule 1 personne sur 5 déclarait avoir l'intention de poursuivre la lecture labiale. Les auteurs ont conclu que la question de la sensibilisation aux troubles de l'audition pouvait se faire selon un format plus souple que celui d'un cycle d'ateliers, sous forme de conférence ou table ronde par exemple. Le besoin d'information sur ces troubles est très important : seules 30% des personnes accueillies dans les centres Bien Vieillir déclarent connaître les troubles de l'audition tant en termes de causes que de conséquences. Ce sujet de santé mériterait des actions de sensibilisation à grande échelle[39].

<u>Recommandations relatives aux actions sur les troubles sensoriels :</u>

L'accompagnement des troubles sensoriels est important chez les sujets âgés du fait de la prévalence des troubles auditifs et visuels dans cette population et de son impact sur la qualité de vie (isolement, dépression, risque suicidaire).

- **Cette thématique a été bien couverte en 2016 par des actions de sensibilisation, de repérage et de soutien psychologique qui semblent pertinentes. Les financements 2017 étant moins importants, encourager le financement de ces actions dans les prochaines années.**
- **Rappeler que la conférence des financeurs peut octroyer des financements lors de l'achat d'appareil auditif dans le cadre de l'accès aux aides techniques, afin de lever les freins à l'appareillage**

[38] ANESM, (2016), « Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées », <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_deficience_volet_ephad.pdf>

[39] Retraite complémentaire Agirc et Arrco, (2017), « Etude Nationale Bien vieillir : de l'importance de bien entendre- Tome II », < https://fr.calameo.com/read/0027117295fad7d2e3075>

Priorité 3 : Education à la santé et à l'hygiène de vie

Cette priorité recouvre une thématique très large 'éducation pour la santé' qui n'est pas en lien avec un axe spécifique de santé. L'éducation à la santé est plutôt une stratégie de promotion de la santé, qui s'applique aux différentes priorités du programme coordonné.

D'autre part, les préconisations du programme coordonné correspondant à cette priorité : *'réfléchir à l'opportunité de créer un Inter-Clic lorsqu'un pays en compte plusieurs ; conforter les envies de travailler en partenariat'* ne se rapportent pas spécifiquement à l'éducation à la santé et l'hygiène de vie.

Finalement, les actions renseignées par les porteurs de projets pour cette priorité sont très variées : ateliers bien vieillir, sophrologie, causeries bien-être et santé, atelier maintenir son relationnel et communication avec l'âge, …

<u>Recommandations relatives à cette priorité</u>

Supprimer cette priorité du programme coordonné

Priorité 4 : Risque suicidaire

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs :

Cette priorité fait partie des moins couvertes par les financements de la conférence des financeurs, à la fois en 2017 (1 seule action) et en 2016 (5 actions). Les actions qui ont été financées sont soit des actions de soutien psychologique portées par les CLIC sous la forme d'entretiens individuels avec un psychologue au CLIC ou au domicile des personnes, soit des actions sous forme de théâtre-débat, ciné-débat portées par les CLIC ou la Mutualité Française de Bretagne. Peu de personnes ont été touchées par ces actions en 2016 et 2017. Les porteurs de projets considèrent ces actions comme pertinentes mais plus compliquées à mettre en œuvre que d'autres actions, car elles nécessitent des compétences particulières.

Ce que dit la littérature :

- Prévalence et impact sur la santé des séniors :

La souffrance psychique et le risque suicidaire constituent une problématique réelle parmi les séniors. Selon les chiffres du CepiDc[40], en France, sur près de 10 400 suicides survenus en 2010, 28% ont concerné des personnes âgés de 65 ans et plus. Les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge. Le taux de suicide est multiplié par 2,33 à 75 ans et par 3,13 à 85 ans par rapport à celui des personnes de 25 ans. Les hommes âgés se suicident plus que les femmes âgées[41].

Le baromètre santé des 55-85 ans réalisé par l'INPES met en évidence que dans cette tranche d'âge, 1 femme sur 4 et 1 homme sur 10 ont vécu une période de détresse psychologique, ou souffert d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) ou pensé à se suicider dans les 12 mois précédents l'enquête. Ces données doivent être considérées avec attention, compte-tenu des enjeux de santé associés aux troubles du spectre dépressif et de leur implication dans l'aggravation des troubles liés au vieillissement. Les personnes âgées qui présentent des symptômes dépressifs sont confrontées à un certain nombre de conséquences négatives, y compris un déclin fonctionnel (cognitif et physique), une diminution de la qualité de vie, des comorbidités entre autres cardiovasculaires et une mortalité plus élevée par suicide. Cinq types de facteurs sont positivement associés aux 3 troubles (EDC, détresse psychologique, pensées suicidaires).

- Le genre : les femmes sont particulièrement touchées avec des risques relatifs deux à trois fois supérieurs aux hommes
- L'âge : la tranche d'âge 55-64 ans est significativement associée aux EDC et aux pensées suicidaires ; le passage à la retraite, qui intervient le plus souvent dans cette tranche d'âge est reconnu comme un facteur précipitant des états dépressifs chroniques
- L'isolement social : qu'il s'agisse de vivre seul ou de ne pas avoir de contacts sociaux, l'isolement social reste un facteur associé aux troubles du spectre dépressif

[40] Rigaud AS., (2013), «Comité National pour la Bientraitance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD)- Prévention du suicide chez les personnes âgées », < http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf>

[41] Rigaud AS., « Suicide des aînés et prévention : traiter la dépression et prévenir l'isolement », *Les essentiels amis des aînés*, 2017, 2, p.33-35

- La précarité : le fait de percevoir sa situation financière comme précaire est positivement associé aux troubles précités
- La limitation fonctionnelle : la présence d'un handicap ou d'une maladie chronique est associée à un état de santé mentale dégradé chez les femmes, quel que soit le trouble, et aux pensées suicidaires chez les hommes

Le phénomène est d'autant plus important en Bretagne, 1ère région en France concernée par le suicide. La surmortalité par suicide y est observée dans tous les départements et à tous les âges, et donc notamment parmi les aînés.

Tableau 3 : Taux de mortalité par suicide chez les séniors bretons en 2012-2014 – deux sexes confondus (unité pour 100 000) D'après ORS Bretagne [42]

	Ille-et-Vilaine	Bretagne	France Hexagonale
55-64 ans	33.9	32.9	22.4
65-74 ans	25.9	29.5	18.5
75-84 ans	35	37.5	28.2
85 ans et +	42.9	38.9	35.3

- Interventions efficaces :

Parmi les interventions ayant fait leur preuve sur la diminution du risque suicidaire, une étude japonaise montre que des programmes de sensibilisation, repérage et prise en charge par des infirmières dans les milieux ruraux permettait une diminution significative des taux de suicide chez les femmes âgées[43]. De Roscoät et Beck ont réalisé une revue de la littérature sur les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide[44]. D'après les auteurs, deux approches préventives prévalent pour la population personnes âgées :

- le repérage et la prise en charge de la dépression au travers de la formation des professionnels de santé et de campagnes ciblées d'information, de repérage et d'orientation
- le développement de services de prévention et promotion de la santé pour les personnes isolées. Un exemple d'intervention efficace consiste à équiper des personnes isolées d'un service téléphonique avec une option d'appel à utiliser en cas de besoin et une option de suivi avec laquelle les personnes âgées sont contactées 2 fois / semaine pour s'assurer qu'elles vont bien ; une seule mort par suicide a été constatée parmi les personnes âgées qui ont bénéficié de ce programme par rapport aux 8 'attendus' (taux dans la population générale)[45] .

[42] ORS Bretagne, (2017), « La mortalité par suicide en Bretagne », <http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/suicide-indicateurs-mortalit%C3%A9-actu-2017.html>, décembre 2017

[43] Oyama H., Goto M., Fujita M., Shibuya H., Sakashita T., «Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan», *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2006, 27, n° 2, p. 58-65.

[44] Du Roscoät E., Beck F., «Efficient interventions on suicide prevention : A literature review», *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 2013, 61, n° 4, p. 363-374

[45] De Leo D., Carollo G., Dello Buono M., « Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home», *Am J Psychiatry,*1995,152(4), p.632-4.

Recommandations relatives aux actions sur le risque suicidaire:

- **Bien que peu plébiscitées par les séniors (enquête GeMouv), il parait indispensable de développer les actions de prévention du suicide en Ille-et-Vilaine, notamment envers les professionnels, du fait de la surmortalité que le suicide représente dans ce département.**
- **Développer les actions de sensibilisation et formation au repérage du risque suicidaire des intervenants auprès de la personne âgée (bénévoles, aides à domicile, professionnels de santé, aidants, …), via les fonds de la conférence des financeurs ou fonds propres des membres de la conférence des financeurs (pour les actions ciblant les professionnels) (Exemple des collectifs de bénévoles et professionnels Misaco, animés par la Mutualité Française de Bretagne).**
- **Développer les actions ciblant les facteurs de risque de la dépression et pensées suicidaires : moments de rupture (passage à la retraire, veuvage), isolement, handicaps dont troubles sensoriels... Dans ce contexte, les actions recommandées dans le cadre des priorités 2 (troubles sensoriels), 7 (lutte contre l'isolement), 11 (prévention des conséquences des moments de rupture), 12 (valorisation de l'image du vieillissement) sont particulièrement pertinentes.**
- **Développer les actions de soutien psychologique (par entretien ou téléphone) auprès des personnes repérées à risque suicidaire (exemple du dispositif Vigilans piloté par le CHU de Brest)**

Priorité 5 : Sentiment d'insécurité

<u>Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs :</u>

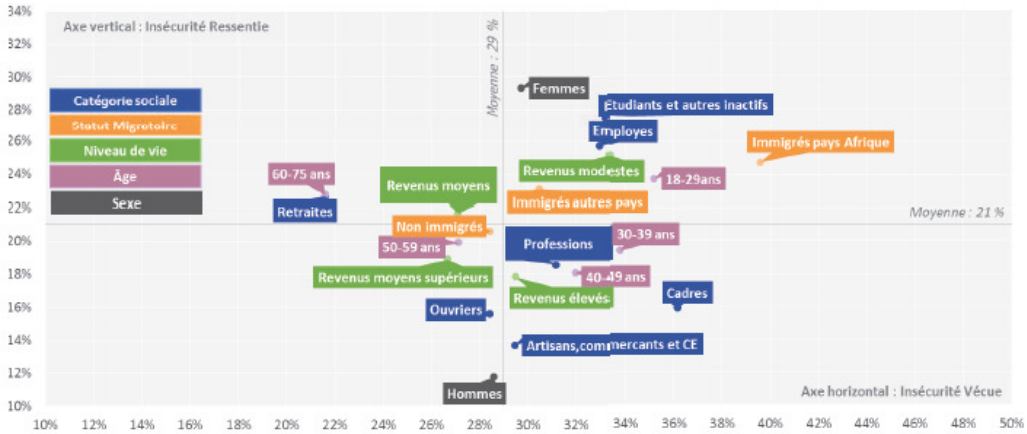
Cette priorité fait partie des thématiques les moins couvertes par les financements de la conférence des financeurs (1% des actions financées). Les actions financées sont généralement des conférences animées par la gendarmerie sur des conseils et réflexes à adopter en cas de cambriolages, escroqueries, … D'après les coordonnateurs de CLIC, le sujet revient régulièrement, mais il ne faut pas non plus mettre trop l'accent dessus pour ne pas entraîner un isolement des personnes âgées.

<u>Ce que dit la littérature :</u>

- Prévalence chez les séniors :

D'après une étude sur l'insécurité et la délinquance en 2017, commanditée par le ministère de l'intérieur[46], les séniors éprouvent un sentiment d'insécurité élevé en regard de leur insécurité vécue. Alors qu'ils apparaissent comme la classe d'âge de loin la moins exposée à l'insécurité au domicile ou dans le quartier (22 % vs 29% pour population 18-75 ans), les seniors se sentent plus en insécurité (23 %) que les 30-50 ans (entre 18 % et 20 %). En effet, pour toutes les atteintes et les phénomènes délinquants visibles et gênants, les seniors apparaissent moins concernés que les autres classes d'âge ; malgré cela, les seniors déclarent plus souvent que les personnes plus jeunes se sentir en insécurité à leur domicile et aussi renoncer à sortir pour des raisons de sécurité. Les auteurs du rapport suggèrent que le sentiment d'insécurité tel que mesuré reflète plus particulièrement chez les seniors une perception accrue de leur vulnérabilité, davantage que la perception du risque de victimisation lié à la délinquance dans leur quartier ou leur village ou, dit autrement, la peur d'un incident qui fragiliserait leur autonomie, qu'il soit lié ou non à la délinquance.

Figure 7 : Insécurité vécue et insécurité ressentie selon les caractéristiques sociodémographiques, d'après Guedj H (2018)



Champ : France métropolitaine, personnes de 18 à 75 ans en ménage ordinaire.
Source : enquêtes CVS 2013 à 2017, Insee-ONDRP-SSMSI.

[46] Ministère de l'intérieur, (2018), «Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique», <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique>, janvier 2018

Recommandations relatives au sentiment d'insécurité :

- **Conserver cette priorité dans le programme coordonné, car pertinente pour cette population vulnérable. Mais attention à ne pas induire une méfiance et un isolement des personnes**

Priorité 6 : Perte de Mémoire

Cette priorité est redondante avec la priorité 1 Santé Globale – Bien vieillir – actions sur la mémoire. D'ailleurs le même type d'actions que celles décrites dans la priorité 1 sont renseignées par les porteurs de projet pour cette priorité.

Recommandations relative à cette priorité :

Par souci de cohérence, supprimer cette priorité du programme coordonné

Priorité 7 : Lutte contre l'isolement

Etat des lieux actions financées par la conférence des financeurs

La priorité 7 fait partie des deux priorités les plus couvertes par les financements alloués aux actions de prévention. 24% des actions financées en 2016 et 2017 étaient des actions de lutte contre l'isolement. Les actions financées sont des visites de convivialité, des cafés séniors, des sorties séniors avec prise de transports en commun pour initier / rassurer la personne sur les moyens de mobilité, des activités ludiques (jeux), culturelles, artistiques (visites de musées), et des actions intergénérationnelles, organisées par les CCAS, centres sociaux, CLIC et association de retraités.

Ce que dit la littérature

- Prévalence de l'isolement chez les séniors :

En 2014, 27% des 65-69 ans et 49% des 80 ans et plus vivaient seuls à leur domicile. Cette proportion est nettement plus importante chez les femmes (62% des femmes et 26% des hommes chez les 80 ans et plus)[47]. Selon l'enquête sur les solitudes réalisée en 2014 par la Fondation de France sur un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, la classe d'âge des 75 ans et plus est la plus concernée par la solitude en France : 27% des personnes âgées de 75 ans et plus sont en situation d'isolement relationnel (13% dans l'ensemble de la population), en nette progression par rapport à 2010 (16%). Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent plus du quart (26%) de l'ensemble des personnes en situation d'isolement relationnel[48].

- Impact sur la santé des séniors :

L'isolement social est un facteur de risque du mal-être psychologique. D'après le baromètre santé séniors[49], le fait de vivre seul multiplie par quatre chez les hommes et par deux chez les femmes la probabilité de survenue d'un épisode dépressif au cours des douze derniers mois. D'autre part, le fait de ne pas avoir eu d'activité de groupe ou de loisir au cours des 8 derniers jours, multiplie par deux la probabilité chez la femme d'être en détresse psychologique.

- Interventions efficaces :

Une efficacité dans la prévention de l'isolement social et la solitude a été montrée dans certaines interventions de proximité. Par exemple une intervention avec des groupes de discussion s'adressant à des femmes vivant seules, permettant d'aborder différents sujets de santé, a montré son efficacité dans la réduction du sentiment de solitude. Une autre intervention validée consiste à pratiquer des activités physiques sur le long terme, accompagnées de séances d'éducation au sujet de la santé et menées dans des centres de quartiers. Ce programme montre également une réduction du sentiment de solitude. Finalement, la mise en œuvre d'un soutien psychologique auprès des personnes âgées qui viennent de perdre leur conjoint, via des groupes d'entraide menés par des

[47] Observatoire National de de l'Activité Physique et de la Sédentarité, (2018), « Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France – Edition 2018- Personnes avançant en âge », < http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_TABPA_pdf.pdf>, Mai 2018
[48] *Ibid*
[49] INPES, (2010), «Les comportements de santé des 55-85 ans Analyses du Baromètre santé 2010 », < http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/1549.pdf>

professionnels ou des pairs qui ont réussi à faire leur deuil, permettent de réduire l'isolement social ainsi que le sentiment de solitude[50].

D'après l'enquête solitude réalisée par la Fondation de France, 5 principes d'actions permettent de lutter contre l'isolement social[51] :

- Personnalisation : ce n'est pas sur la solitude qu'on agit mais sur une personne unique et singulière
- Décloisonnement : favoriser les engagements citoyens de toute personne dans l'organisation, la gestion, la gouvernance de la vie commune. Organiser des partenariats locaux entre des structures publiques, associations, entreprises qui s'associent autour d'un projet commun favorable aux habitants
- Empowerment : augmenter les possibilités de la personne par l'accès à des savoirs, des outils, des lieux, des conseils ou des compétences. Redonner aux personnes l'accès à la mobilité est un enjeu crucial
- Apport d'expertise : s'assurer de la qualité des actions en prenant soin d'apporter une expertise technique, juridique, logistique, artistique selon les cas
- Inscription dans la durée et dans la régularité

Recommandations relatives aux actions de lutte contre l'isolement :

Le lien social est un facteur clé du bien vieillir. La lutte contre l'isolement est une des priorités les plus importantes du fait de la prévalence des personnes âgées isolées et de l'impact de l'isolement sur le mal-être psychologique. Les actions de lutte contre l'isolement permettent par ailleurs de toucher un public plus fragile (isolé, précaire) que les actions sur l'activité physique, la nutrition, la mémoire ….

- **Continuer à bien couvrir cette priorité par des financements conséquents, au travers notamment du déploiement de la démarche Monalisa sur le département mise en place par la coopération départementale d'Ille-et-Vilaine**
- **Amener les personnes isolées repérées dans le cadre d'actions de lutte contre l'isolement vers des actions collectives de prévention (activité physique, nutrition, mémoire, …). Ces actions contribuent non seulement à l'entretien du lien social, mais permettent d'adopter des comportements de santé plus vertueux**
- **S'assurer de la durée et de la régularité des actions**
- **Veiller à ce que les actions confèrent aux personnes des compétences (ex : mobilité dans la ville - lien avec la priorité 8 ; initiation numérique – lien avec la priorité 13) et/ou vise l'intégration de la personne dans son environnement (visite de musées, médiathèque, …)**

[50] INPES, (2012), « Synthèse de la littérature scientifique sur les interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 55 ans et plus, autonomes, vivant à domicile », < http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/pdf/synthese-sante-aine.pdf>

[51] De Nervaux L., « Enquête solitudes en France », *Les essentiels amis des aînés*, 2017,2, p.36-37

Priorité 8 : Mobilité – Transport

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs :

Seules 2% des actions de prévention financées par la conférence des financeurs concernaient la mobilité et le transport en 2016 et 2017. Parmi les actions financées figurent des actions sur la sécurité au volant organisées par CLIC, opérateur ou CCAS, et des services de transport adaptés aux personnes âgées mis en place par les CCAS ou communes. Par ailleurs, certains CLIC mettent en place des solutions de transports pour que les personnes âgées participent à leurs actions de prévention concernant d'autres priorités.

Ce que dit la littérature :

La mobilité est un élément clé de la vie quotidienne des individus et un des premiers maillons dans la quête d'autonomie. Les difficultés à se déplacer peuvent constituer un frein à la participation et à l'insertion sociale et faire ainsi apparaître des inégalités.

D'après l'enquête nationale transports et déplacements (ENTD-2008), le nombre de déplacements quotidiens diminue avec l'âge (5.4 chez les 35-45 ans vs 3.3 chez les 65-75 ans, 2.2 chez les 75-85 ans et 1.6 chez les 85 ans et plus) alors que la part des personnes immobiles un jour donné augmente (4% chez les 35-45 ans vs 18%, 31% et 46% respectivement chez les 65-75, 75-85 et 85 ans et plus). Une part importante des personnes âgées déclare par ailleurs rencontrer des difficultés lors de leurs déplacements : 4.5% des personnes âgées de 65 à 74 ans et 20.5% de celles âgées de 75 ans et plus[52].

Concernant la conduite automobile, en 2008, 68% des hommes de plus de 80 ans avaient accès à une voiture ce qui n'était le cas que de 25% des femmes. En effet, le veuvage conduit souvent les femmes à se séparer de leur véhicule et à arrêter la conduite lorsque leur conjoint conduisait[53]. Au-delà de 70-80 ans, on observe une hausse du risque par kilomètre parcouru car la sécurité est étroitement liée aux capacités motrices et cognitives du conducteur qui évoluent avec l'âge. Il pourrait être nécessaire pour cette classe d'âge de s'assurer de ses compétences de conducteur ; le rôle joué par l'automobile pour l'autonomie rend cependant difficile ces démarches et ceci d'autant plus qu'il existe un risque réel de se voir retirer l'autorisation de circuler[54].

Finalement, l'utilisation de transport en commun peut être freinée par différents facteurs : distance à parcourir à pied entre le lieu de départ et la station, démarrage trop rapide des bus, portes qui se ferment trop vite, difficulté à monter ou à descendre,…Ainsi les services de transports à la demande semblent répondre aux besoins d'une clientèle âgée. D'après une enquête réalisée par le centre des études techniques de l'équipement, les usagers des transports à la demande organisés dans 111 villes sont principalement des personnes âgées[55].

Si les principaux leviers d'actions pour favoriser la mobilité des séniors reposent sur l'adaptation des villes (mise à disposition de bancs, éclairage, sécurisation des trajets, accessibilité

[52] Blanchet M., « Les multiples dimensions de la mobilité spatiale », *Les essentiels amis des aînés*, 2018, 6, p. 6-7

[53] Demoli Y., « Les âges de la conduite, les effets de l'âge et de la cohorte sur la mobilité automobile en France depuis les années 1970 », *Les essentiels amis des aînés*, 2018, 6, p. 24-25

[54] Dumas C. « La mobilité des personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2012,35(141),p. 63-76

[55] *Ibid*

des transports en commun…) et ne rentrent pas dans le champ de la conférence des financeurs, certaines solutions de transport peuvent tout de même être encouragées par le dispositif.

Recommandations relatives au transport et la mobilité :

La mobilité est un facteur clé pour la prévention de l'isolement et doit donc être maintenue le plus longtemps possible. D'après les enquêtés GeMouv ayant répondu à la question sur les raisons de leur non-participation aux actions de prévention proposées sur leur territoire, 20% ont répondu que les actions étaient difficiles d'accès ou trop éloignées de leur domicile (cf partie II). Cela justifie de bien mailler le territoire et renouveler les communes sur lesquelles ont lieu les actions de prévention. Cela suggère également un besoin de mise à disposition de transport pour accéder à ces actions.

- **Intégrer dans le cahier des charges de l'appel à projet conférence des financeurs un item sur les solutions de transport envisagées par les porteurs de projet pour mobiliser les plus fragiles / isolés à leurs actions (information sur transport en commun permettant de venir aux actions, information sur les possibilités de subvention pour transport / sortir +, incitation au covoiturage, organisation de ramassage, …)**
- **Développer les solutions de déplacement à la demande ou autres solutions de mobilité des personnes âgées au sein d'une commune**
- **Favoriser l'appropriation des transports en commun par les séniors en encourageant les actions utilisant les transports de la ville (ex dans le cadre de la priorité 7)**
- **Favoriser la participation des femmes n'ayant pas conduit depuis longtemps aux ateliers sécurité routière afin qu'elles reprennent confiance dans leur conduite**

Priorité 9 : Accès à l'information et aux droits

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs :

Cette priorité, a été assez bien couverte en 2017 (6% des actions financées) par rapport à 2016 (0.6%). Les actions financées recouvrent des ateliers informatiques, des permanences administratives et informatiques, des conférences sur les mesures de protection juridiques, actions portées par des centres sociaux, des CLIC et des CCAS.

Ce que dit la littérature :

La dématérialisation des services publics s'inscrit dans le cadre de politiques publiques : la révision générale des politiques publiques lancée en 2007, puis la modernisation de l'action publique depuis 2012. Le Plan France Numérique 2020, adopté en 2011, prévoit, entre autres, la dématérialisation de toutes les démarches administratives d'ici 2020. Certaines démarches se font déjà exclusivement en ligne : demande de logement social, impôt sur le revenu (obligatoire à partir de 2018, réactualisation de situation auprès de la Caisse d'allocations familiales (CAF), demande de prime d'activité, …

Différentes études se sont penchées sur les impacts de la dématérialisation des démarches administratives pour les usagers, en particulier les plus vulnérables. Elles pointent ses effets pervers et les risques d'un accroissement des inégalités. En effet, le fait de devoir faire ses démarches exclusivement en ligne devient un obstacle supplémentaire dans l'accès aux droits et peut accentuer le non-recours[56]. D'après le défenseur des droits, une personne sur cinq éprouve des difficultés à accomplir les démarches administratives courantes, les personnes les plus précaires étant les plus concernées : une personne précaire sur quatre est confrontée à ce type de situation contre 17 % des personnes ne déclarant pas de difficultés financières. D'autre part, les personnes sans accès à internet, ou qui sont peu à l'aise avec cet outil, rencontrent également plus de difficultés dans leurs démarches que les autres : 27 % des personnes qui n'ont pas accès à internet et 33 % des personnes qui bénéficient d'un accès mais se sentent peu à l'aise sur internet rencontrent des difficultés contre 20 % en moyenne. Finalement, 12 % des personnes qui rencontrent des difficultés dans leurs démarches avec les services publics abandonnent leurs démarches[57].

D'après le CREDOC, *« se repérer sans accompagnement sur les sites internet, gérer ses multiples mots de passe et identifiants, peut devenir un parcours semé d'obstacles insurmontables. Certains, et notamment les plus âgés, développent une forme de complexe, voire de blocage (…). Les effets de la précarité, du chômage et de l'isolement au sens large sont amplifiés par le manque d'expérience et de culture numérique ». « Dans un pays plutôt bien placé tant sur le plan des équipements que sur celui des usages, subsiste un réel enjeu d'inclusion des publics dits fragiles. Personnes âgées, personnes handicapées ou souffrant de maladie chronique, allocataires de minimas*

[56] Fabrique territoires santé, (2017), « Dématérialisation et accès aux droits de santé », <https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/dossier_dematerialisation_et_acces_aux_droits_vf.pdf>, Novembre 2017

[57] Défenseur des droits, (2017), « Enquête sur l'accès aux droits », <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/enquete-relations-usagers-servpublics-v6-29.03.17.pdf>, Mars 2017

sociaux, habitants de zone rurale restent en effet sur le bord du chemin digital alors même que les services publics qui s'adressent à eux communiquent de plus en plus via internet»[58].

Pour faire face à ces inégalités, des collectivités et des associations agissent localement, afin de favoriser l'accès aux droits dans ce contexte marqué par le numérique et la fermeture des guichets :

- Les Maisons de services au public, portées par des collectivités ou des associations, accueillent dans un lieu unique différents services, en partenariat avec des grands opérateurs (dont la CNAMTS, la CAF, Pôle Emploi, le Défenseur des droits, …). Cela permet, dans des zones peu dotées en services, de faciliter l'accès aux services publics, notamment par des systèmes de visio-guichets
- Des Médiateurs numériques se déplacent au domicile des personnes (porte à porte dans un quartier), équipé d'une tablette, permettant d'aider directement la personne dans sa difficulté : recherche en ligne d'un professionnel de santé, prise de rendez-vous, information sur les droits, … et de présenter à l'habitant l'offre numérique locale (maisons des services publics, espaces publics numériques, …).
- Des CCAS, centres sociaux, associations mettent à disposition des espaces numériques gratuits, et accompagnent à l'utilisation des outils numériques avec l'aide notamment d'écrivains numériques[59]

<u>Recommandations relatives aux actions d'accès aux droits et à l'information :</u>

- **Repérer et cibler en priorité les personnes précaires par des actions de proximité portées par CCAS, centres sociaux, …**
- **Développer les démarches « d'aller vers »**
- **Mesurer l'impact des actions mises en place en 2018 par les CLIC sur l'accompagnement des démarches administratives en vue de leur déploiement**

[58] Alberola E., Croutte P., Hoibian S., « E-administration : la double peine pour les personnes en difficulté », *Consommation et modes de vie*, 2017, 288, p.1-4

[59] Fabrique territoires santé, (2017), « Dématérialisation et accès aux droits de santé », <https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/dossier_dematerialisation_et_acces_aux_droits_vf.pdf>, Novembre 2017

Priorité 10 – Aménagement de l'habitat

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs :

La thématique de l'aménagement de l'habitat a concerné 5% des actions financées par la conférence des financeurs en 2016 et 2017. Les actions financées correspondent principalement à des diagnostics conseils réalisés par des ergothérapeutes et des théâtres-débat ou des forums afin de sensibiliser les séniors à l'adaptation de l'habitat. L'accompagnement à domicile de l'utilisation d'aides techniques et le développement et l'animation d'un référentiel de « logements témoins adaptés », permettant la mise en relation de propriétaires ayant adapté leur logement avec des potentiels demandeurs, ont également été financés. Ces actions sont portées par des CLIC, des CCAS, des opérateurs, et des associations.

Ce que dit la littérature :

L'enquête SHARE estime que la France dispose de 6% de logements adaptés pour les plus de 65 ans. L'ANAH évalue, quant à elle, à deux millions le nombre de logements qui auraient besoin d'être adaptés du fait de l'avancée en âge de leurs occupants[60]. Or, les personnes de plus de 65 ans qui habitent des logements peu adaptés voire inadaptés à l'avancée en âge s'exposent à des facteurs de fragilités, comme le risque de chutes (62 % des 450 000 chutes enregistrées chaque année surviennent à domicile), pouvant entraîner une prise en charge en établissement et annoncer les premiers signe de perte d'autonomie[61].

Une synthèse de la littérature a été réalisée en 2011 pour évaluer l'efficacité des modifications du milieu de vie sur la réduction des blessures liées à des dangers domestiques. Cette revue montre que les interventions efficaces pour réduire les chutes chez les personnes âgées sont des interventions multifactorielles, incluant une modification du domicile, mais aussi des exercices physiques, une évaluation de la prise de médicaments, la formation à l'utilisation d'aides techniques ou encore des corrections visuelles. Une étude a évalué l'effet spécifique des modifications du milieu de vie, chez des personnes avec des troubles visuels importants. Cette étude montre une réduction des chutes dans le groupe bénéficiant d'une intervention évaluant la sécurité du domicile et apportant les modifications nécessaires, réalisée par des ergothérapeutes[62].

Recommandations relatives aux actions d'aménagement de l'habitat :

- **Poursuivre la sensibilisation du public sénior en général sur cette priorité pertinente via des conférences, théâtre-forums, …**
- **Repérer et mobiliser en particulier les personnes à risque de chutes vers les diagnostics conseils ou ateliers aménagement de l'habitat, dans le cadre d'un parcours multifactoriel de prévention des chutes (ateliers équilibre, nutrition, médication).**

[60] Collombet C., (2011), « L'adaptation du parc de logements au vieillissement et à la dépendance», < http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2011-10-17-logementdependance-na245_0.pdf>, Octobre 2011

[61] ANAH, CNAV, (2013), « Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées », http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000844.pdf, Décembre 2013

[62] Turner S., Arthur G., Lyons RA., Weightman AL., Mann MK., Jones SJ., John A., Lannon S., « Modification of the home environment for the reduction of injuries», *Cochrane Database Syst Rev*. 2011, 16(2)

Priorité 11 - Anticipation du vieillissement – Prévention globale autour des conséquences des moments de rupture
&
Priorité 12 - Valorisation des séniors et travail sur l'image du vieillissement

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs :

4% des actions financées en 2017 et 1.2% des actions financées en 2016 se rapportaient à la priorité 11. Les actions financées étaient des cafés séniors ou des pièces de théâtre qui permettent d'échanger sur des thèmes du vieillissement. Ces actions, portées par des centres sociaux et des CLIC sont assez similaires aux actions financées dans le cadre de la priorité 7 (lutte contre l'isolement) et 12 (valorisation des séniors, travail sur l'image du vieillissement). Seules 2 actions financées en 2017 ont porté sur la préparation à la retraite. Aucune en 2016.

Concernant la priorité 12, en 2017, 5% des actions de prévention financées par la conférence des financeurs 35 portaient sur la valorisation des séniors et l'image du vieillissement, 3% en 2016. Les actions financées étaient des ateliers bien-être (ateliers socio-esthétiques, sophrologie, massage), des activités de théâtre d'improvisation, des théâtres-débat sur le thème du vieillissement, de l'isolement, de la maladie d'Alzheimer. Deux actions ont été financées autour de la valorisation du savoir-faire des séniors auprès des enfants ou des habitants du quartier, autour du jardinage ou des métiers manuels et du patrimoine. Ces actions portées par les CLIC, CCAS, Centres sociaux, CIAS, associations ou résidences autonomie, ont ainsi davantage porté sur l'image et l'acceptation du vieillissement que sur la valorisation de l'utilité sociale des séniors et la transmission de leur savoir-faire.

Ce que dit la littérature :

- Les moments de rupture :

Si la retraite constitue pour une majorité de personnes une période libérée des contraintes professionnelles et de certaines responsabilités familiales, le passage de la vie active à la sortie du monde du travail n'en demeure pas moins une transition importante. Aux changements financiers et de statut social s'ajoutent des changements d'ordre relationnel engendrés par l'appauvrissement et la perte de relations sociales liés à l'arrêt du travail. La retraite constitue une nouvelle phase de la vie ouvrant la possibilité de réaliser des projets toujours repoussés par manque de temps. Différentes enquêtes pointent que les changements qui s'opèrent à ce moment de la vie peuvent être considérés comme un soulagement, le temps du repos étant enfin gagné par l'arrêt des obligations professionnelles. Cependant, il arrive souvent qu'une fois passée l'étape euphorique de la vie libérée des contraintes respectées pendant plusieurs décennies, le sentiment de vide et l'ennui prennent place, laissant la personne livrée à elle-même pour affronter l'anxiété générée par ce nouveau rythme. Passé le temps de latence nécessaire à toute adaptation, la perspective d'avancer sans objectif ou projet précis peut être la source d'un profond malaise et mal-être[63]. D'après le baromètre santé séniors, le passage à la retraite est ainsi reconnu comme un facteur précipitant des états

[63] INPES, (2011), « Les sessions de préparation à la retraite, un enjeu citoyen», <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1374.pdf>

dépressifs chroniques. Les sessions de préparation à la retraite ont pour objectif d'aider les futurs retraités à réfléchir à cette étape. Elles doivent offrir au public le moyen d'envisager la transition entre travail et retraite sereinement, inscrire l'individu dans une dynamique active et apporter les connaissances nécessaires pour favoriser un vieillissement réussi.

La perte d'un conjoint est un autre moment de rupture pouvant entraîner l'isolement, la dépression voire le suicide chez la personne âgée. Les interventions de soutien psychologique auprès de personnes âgées qui viennent de perdre leur conjoint(e) en prévention d'une dépression potentielle ont montré leur efficacité. Des groupes d'entraide organisés dans des centres communautaires ou des bibliothèques municipales, menés soit par des professionnels, soit par des pairs qui ont réussi à faire leur deuil, permettent de réduire l'isolement social, ainsi que le sentiment de solitude[64].

- La valorisation des séniors :

La littérature sur le bénévolat met en évidence le lien entre la valorisation de l'utilité sociale des séniors et leur bien-être[65]. La proportion de bénévoles de plus de 65 ans en France était estimé en 2016 à 34.6%. L'engagement bénévole des séniors et leur utilité sociale sont des facteurs de reconstruction identitaire, de lutte contre l'isolement et de maintien des liens sociaux, eux-mêmes facteurs clés du maintien de l'autonomie et de la bonne santé. Avoir des activités socialement reconnues, c'est « servir à quelque chose ». Le centre d'analyse stratégique dresse le constat suivant : *« Sur le plan individuel, l'existence d'un lien direct entre la pratique d'une activité bénévole et l'amélioration du bien-être physique et psychologique a été mise en évidence par plusieurs recherches menées aux Etats-Unis, au Canada ou aux Pays-Bas – même si le lien de causalité peut parfois être difficile à établir. Chez les seniors en particulier, les bénévoles auraient un taux de mortalité et de dépression plus faible et de meilleures capacités fonctionnelles. Une étude française, réalisée par des sociologues et des professionnels de santé au sein du Centre d'étude et de recherche sur la philanthropie (Cerphi), tend à démontrer que la vitalité, le capital social, l'estime de soi et la satisfaction de rendre service dans un cadre associatif fondé sur l'autonomie des bénévoles sont des facteurs directs d'amélioration de la santé»*[66] .

<u>Recommandations relatives à ces deux priorités :</u>

- **Fusionner ces priorités qui sont assez proches dans les thématiques traitées. Renommer cette priorité 'Anticipation du vieillissement et Valorisation des séniors'**
- **Encourager les actions portant sur les moments de rupture, tels que le passage à la retraite et le veuvage, qui constituent des facteurs de risque d'isolement, de dépression et de suicide**

[64] INPES, (2012), « Synthèse de la littérature scientifique sur les interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 55 ans et plus, autonomes, vivant à domicile », < http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/pdf/synthese-sante-aine.pdf>

[65] Thierry D., «L'engagement bénévole des seniors : rôle sociétal et bien-être », *La santé en action,* 2018, 443, p.26-27

[66] Naves MC., « Développer, accompagner et valoriser le bénévolat ». *La Note d'analyse. Questions sociales*, 2011, 241, 12 p.

- **Développer les ateliers de passage à la retraite, sur la base du référentiel inter-régimes[67] et du guide développé par l'INPES[68]**
- **Développer des groupes de parole sur le deuil, animés par des professionnels ou des pairs**

- **Développer les actions qui valorisent l'expérience et l'habileté des séniors (compétences, transmissions de savoirs) et les activités intergénérationnelles :**
  - **Valorisation des pratiques culinaires des séniors auprès des jeunes**
  - **Activités entre collèges soutenus par le département sur le numérique et les personnes âgées**

[67] http://www.pourbienvieillir.fr/referentiel-bienvenue-la-retraite

[68] INPES, (2011), « Les sessions de préparation à la retraite, un enjeu citoyen», <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1374.pdf>

Priorité 13 : Accès aux médiations informatiques et technologiques

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs :

Représentant 5% des actions financées en 2017 et 1.7% en 2016, cette thématique recouvre les ateliers d'initiation ou de pratique d'internet et des outils multimédias (ordinateurs, smartphone, tablette) portés par CIAS, centres sociaux, résidences autonomie, CLIC, associations.

Ce que dit la littérature :

D'après le Conseil national du numérique, le numérique est « *un formidable levier de reconquête de l'estime de soi, de valorisation des personnes, de recréation de lien social, mais aussi de partage de connaissances et d'innovation sociale et de réponses collectives aux besoins de sociétés en transformation* ». Face au développement du numérique, il existe cependant un risque de fracture numérique, qui désigne le fossé entre d'une part ceux qui utilisent les potentialités des technologies de l'information et de la communication pour leur accomplissement personnel ou professionnel, et d'autre part, ceux qui ne sont pas en état de les exploiter faute de pouvoir y accéder par manque d'équipements ou d'un déficit de compétences. Le facteur de l'âge constitue, avec le niveau de diplôme, de revenus et la ruralité, un des facteurs influençant le plus fortement l'autonomie numérique.

D'après le baromètre du CREDOC (2016), sur les 15% des non connectés, les personnes âgées de 70 ans et plus sont les plus concernées par le non-accès à internet ; en termes d'équipements, cette même tranche d'âge reste la plus minoritaire dans l'acquisition d'ordinateurs, tablettes, ou smartphones.

Aussi est-il nécessaire de favoriser l'inclusion numérique à travers la formation afin de permettre l'autonomie numérique des séniors qui revêt deux enjeux clés :

- L'inclusion sociale : le numérique est en effet un vecteur du lien social, de mobilité, d'ouverture sur l'information et sur le monde.

- L'accès aux droits : il s'agit de favoriser l'utilisation des services publics dématérialisés, dans la mesure où les démarches administratives en ligne sont en plein essor et que certaines d'entre elles deviennent progressivement obligatoires dans certaines sphères publiques (impôts, assurance maladie, etc.).

Si cette thématique est encore trop récente pour avoir faire l'objet d'études sur les interventions les plus efficaces, des expériences intéressantes sont partagées dans le livret Essentiel des Villes Amies des Ainés[69] :

- Utilisation des visites à domicile pour faire (re)découvrir aux personnes isolées les outils numériques

[69] Réseau Francophone ville amies des aînés, « Communication, Nouvelles technologies et Silver économie », *Les essentiels Amis des Aînés*, 2017,4, p.18-23

- L'organisation d'ateliers sur les nouvelles technologies entre jeunes bénévoles et séniors volontaires
- Ateliers d'échanges de savoirs informatiques lors desquels les retraités bénévoles transmettent leurs savoirs à des débutants en informatique

La thématique de l'inclusion numérique est ainsi l'occasion d'aborder d'autres priorités du programme coordonné comme la valorisation des séniors, l'échange intergénérationnel ou la lutte contre l'isolement.

<u>Recommandations relatives aux actions d'accès aux médiations informatiques et numériques :</u>

- **Lier les activités numériques avec d'autres priorités du programme coordonné :**
    - **Le numérique peut être le support d'activités de lien intergénérationnel (axe 12) ou de lutte contre l'isolement (axe 7)**
    - **Les formations au numérique doivent permettre l'accès aux droits via l'utilisation des services publics dématérialisés (lien avec l'axe 9)**
- **En termes de modalités de mise en œuvre, favoriser :**
    - **Des ateliers thématiques collectifs diversifiés (de la sensibilisation-familiarisation des personnes âgées aux outils numériques jusqu'à les rendre autonomes). Un des objectifs vise à faciliter les démarches en ligne. L'approche ludique est encouragée mais elle devra être complétée de présentations des différents services en ligne (impôts…)**
    - **Une initiation ou approfondissement à domicile avec un accompagnement personnalisé si nécessaire. Ce suivi devra être effectué par des professionnels compétents. En effet, il a été constaté que des ateliers s'avéraient inutiles lorsque le matériel utilisé était différent de celui qui était disponible au domicile (ordinateur, tablettes…)**
    - **Un accompagnement de type permanences d'écrivains numériques dans des lieux identifiés**
    - **Une assistance informatique à distance pour assurer une aide et résoudre les problèmes courants**

Priorité 14 : Prévention des accidents médicamenteux

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs:

Les actions relatives à la prévention des accidents médicamenteux représentent moins de 1% des actions de prévention financées en 2016 et 2017. Une seule action a ainsi été mise en œuvre sur cette thématique chaque année. Dans les deux cas, il s'agissait d'une conférence-débat animée par un docteur en pharmacie afin d'informer et prévenir les risques liés la prise de médicaments chez le sujet vieillissant en perte d'autonomie. Cette thématique est par ailleurs intégrée dans les ateliers bien vieillir d'un opérateur. Les CLIC reconnaissent la pertinence de cette thématique mais le sujet n'est d'après eux pas simple à traiter avec peu de clés pour agir et peu de demandes de la part des usagers.

Ce que dit la littérature :

Les médicaments sont indispensables mais leur utilisation n'est pas anodine. Dans certains cas (mauvais dosage, traitements multiples,..), leur consommation peut avoir des effets négatifs sur la santé et entraîner des troubles : on parle de « iatrogénie médicamenteuse » qui désigne les conséquences sur la santé d'un mauvais usage des médicaments. Les personnes âgées sont particulièrement exposées à ce risque. Les personnes âgées souffrent en effet souvent de plusieurs maladies chroniques et prennent donc quotidiennement plusieurs médicaments. Cette polymédication s'accompagne d'un risque accru de prescriptions inappropriées, d'interactions entre les médicaments et d'effets indésirables.

En moyenne, la consommation journalière s'établit à 3,6 médicaments par personne âgée de 65 ans et plus. Elle passe de 3,3 médicaments différents par jour pour les 65-74 ans, à 4,0 pour les 75-84 ans, et 4,6 pour les 85 ans et plus. Les femmes en consomment plus que les hommes (3,8 versus 3,3). Une utilisation inappropriée de médicaments a d'autre part été retrouvée chez 53.5% des patients de plus de 75 ans dans l'étude PAQUID. Finalement, il est estimé que 20% des hospitalisations des patients de plus de 80 ans sont dues à l'iatrogénie médicamenteuse ; plusieurs études récentes montrent qu'une partie non négligeable de cette iatrogénie grave est évitable[70]. La prise de médicaments chez le sujet âgé est par ailleurs associée à un certain nombre de problématiques déjà évoquées (chutes, sommeil, mémoire).

La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse est une priorité affichée depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Elle figure en bonne place dans le Programme National pour La Sécurité des Patients (2013-2017) et s'est imposée comme un thème majeur pour le législateur à travers la Stratégie Nationale de Santé la loi ASV. De nombreuses actions ont été développées ou sont en cours d'élaboration par différentes instances :

- *Programmes AMI (Alerte Médicament Iatrogénie) et PMSA (Prescription Médicamenteuse Sujet Agé) de la Haute Autorité de Santé dans le cadre du Plan « Bien vieillir 2007-2009 »,*
- *Rapport sur la politique du médicament en EHPAD (décembre 2013),*

[70] Legrain S., (2005), « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé », < https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf>

- *Expérimentations régionales et recommandations sur la prescription des benzodiazépines chez le sujet âgé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie,*
- *Actions d'éducation thérapeutiques autour de la polymédication dans le cadre du dispositif « Parcours santé des aînés » (PAERPA)*
- *Développement de la conciliation médicamenteuse au sein des hôpitaux.*

Alors que 90% des personnes âgées vivent à leur domicile (INSEE) et que 75% des prescriptions sont réalisées par les médecins généralistes, les efforts et les moyens de lutte contre l'iatrogénie doivent se concentrer principalement sur le secteur des soins primaires.

Recommandations relatives à la prévention des risques médicamenteux :

- **Conserver cette thématique qui reste prioritaire pour la santé des aînés dans le programme coordonné**
- **Développer des sessions de sensibilisation pour les personnes intervenant auprès de la personne âgée (service à domicile, bénévoles, pharmaciens, professionnels de santé) afin qu'ils puissent repérer les risques d'une polymédication et orienter la personne âgée vers son médecin généraliste. Le pharmacien a en particulier un rôle clé sur cette thématique.**
- **Développer la sensibilisation des séniors à cette thématique via des conférences-débats dédiées, et via l'intégration de cette thématique dans d'autres actions de prévention qui y sont liées (bien vieillir, prévention des chutes, sommeil, la mémoire)**

Priorité 15- Aide aux aidants – préservation de leurs capacités

Etat des lieux des actions financées par la conférence des financeurs :

6 à 7% des actions de prévention réalisées en 2016 et 2017 concernait l'aide aux aidants. Les actions d'aide aux aidants financées par la conférence des financeurs incluent des groupes de paroles, des cafés des aidants, des pièces de théâtre, des entretiens individuels avec un psychologue ou encore des ateliers loisirs, gym, bien-être, et sont portées par différentes structures : CLIC, CIAS, SSIAD, opérateurs.

Ce que dit la littérature :

- Nombre d'aidants en France et impact de la fonction d'aidant sur la santé :

Plus de huit millions de personnes en France âgées de seize ans ou plus sont des proches aidants participant au maintien à domicile et à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes en situation de handicap : 4,3 millions auprès de personnes âgées de 60 ans ou plus (dont 79 % prodiguent de l'aide pour les actes de la vie quotidienne) et 4 millions auprès de personnes âgées de moins de 60 ans[71]. D'après l'article L. 113-1-3 du CASF : *« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »*

Différentes enquêtes et études ont permis de caractériser l'impact de la fonction d'aidant sur la santé : 48 % des aidants déclarent avoir une maladie chronique, 29 % se sentent anxieux et stressés, 25 % déclarent ressentir une fatigue physique et morale[72].

- Interventions efficaces :

Des synthèses de la littérature concernant l'efficacité des interventions de soutien aux aidants ont été publiées récemment. Dans une de ces synthèses[73], les auteurs concluent qu'il n'y a pas de solution unique de soutien aux aidants ; néanmoins, il semble que le contact avec d'autres personnes en dehors du réseau habituel de l'aidant (que ce soit avec des professionnels ou d'autres aidants) est bénéfique, indépendamment du format de l'intervention. Le tableau 4 liste les preuves les plus probantes identifiées par les auteurs comme pouvant avoir un impact sur les aidants. Parmi

[71] DREES, (2008), « Enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels », < http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/HSA_-_Ponderations_c.pdf>

[72] CNSA, (2017), « Accompagnement des proches aidants », <https://www.cnsa.fr/documentation/exe_cnsa_guide_methodologique_db.pdf>, Décembre 2017

[73] Thomas S., Dalton J., Harden M., Eastwood A., Parker G., « Updated meta-review of evidence on support for carers », *Health services and delivery research*, 2017,5(12)

les interventions jugées efficaces figurent l'apprentissage partagé, le recadrage cognitif, la méditation, les interventions psychosociales[74], le soutien psychologique et l'art thérapie.

Tableau 4 : Meilleures preuves d'interventions pouvant avoir un effet sur les aidants. D'après Thomas et al (2017)

Type of carer	Outcome improved	Type of intervention
Dementia	Anxiety	Cognitive reframing
	Anxiety	Psychosocial interventions (computer mediated)
	Burden	Educational interventions aimed at teaching skills
	Burden	Interdisciplinary education and support
	Burden (although outcome not explicitly defined)	Support groups
	Burden and stress	Cognitive reframing
	Burden and stress	Psychosocial interventions (computer mediated)
	Depression	Cognitive reframing
	Depression	Meditation-based interventions
	Depression	Psychosocial interventions (computer mediated)
	Depression	Support groups
	Depression	Telephone counselling
Cancer	Mental health	Art therapy
	Physical distress	Couples-based psychosocial interventions
	Psychological distress	Couples-based psychosocial interventions
	Quality of life	Psychosocial intervention based on problem solving and communication skills
	Quality of life: relationship functioning	Counselling therapy
Stroke	Family functioning	Counselling

Une autre synthèse de la littérature[75] conclut que des interventions psycho-éducatives[76] et multifactorielles peuvent être efficaces pour les aidants de personnes démentes, notamment sur la dépression et le poids de leur fonction d'aidant. En particulier, les facteurs qui contribuent à l'efficacité des interventions sont les suivants :

- Donner la possibilité d'impliquer la personne démente et l'aidant dans les interventions
- Encourager la participation active des aidants dans les sessions éducatives
- Proposer des programmes individualisés plutôt que des sessions de groupes
- Fournir des informations régulièrement, dont des informations spécifiques sur les ressources nécessaires et du coaching sur la fonction d'aidant

Finalement , la CNSA fournit dans son guide d'accompagnement des proches aidants[77] des repères méthodologiques pour la conception et la mise en œuvre des actions d'accompagnement des proches aidants éligibles à la section IV du budget de la CNSA. Ces actions sont de trois types :

[74] D'après Pusey et Richards, les interventions psychosociales sont des interventions interpersonnelles combinant information, formation et soutien émotionnel ainsi qu'un soutien psychologique individuel (Gilhooly et al 2016)

[75] Parker D., Mills S., Abbey J., «Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review», Int J Evid Based Health, 2008 ,6(2) p.137-72

[76] Les termes psychosocial et psychoéducatif sont interchangeables : D'après Pusey et Richards, les interventions psychosociales sont des interventions interpersonnelles combinant information, formation et soutien émotionnel ainsi qu'un soutien psychologique individuel (Gilhooly et al 2016)

[77] CNSA, (2017), « Accompagnement des proches aidants », <https://www.cnsa.fr/documentation/exe_cnsa_guide_methodologique_db.pdf>, Décembre 2017

L'information (ex : conférence, théâtre-forum, réunions de sensibilisation), le soutien psychosocial collectif ou individuel et la formation des aidants et des formateurs.

Parmi les recommandations figurent :

- la taille du groupe pour les sessions collectives : maximum 10 aidants pour les sessions de formation et en moyenne 8 aidants pour les actions de soutien psychosocial
- La durée du dispositif : minimum 2 heures pour les séances ponctuelles d'information, maximum 14 heures pour les sessions de formation, 10 heures pour les actions de soutien psychosocial collectives et 6 mois maximum avec un nombre de séances compris entre 1 à 5 pour les actions de soutien psychosocial individuel
- La gratuité des actions
- L'entretien individuel entre l'animateur et les aidants en amont des sessions de formation ou de soutien psychosocial, pour une construction adéquate du dispositif
- La formation des animateurs aux techniques d'animation et aux problématiques des aidants. Les sessions de soutien psychosocial (groupes de parole) doivent être animées par un psychologue
- Les techniques d'animation utilisées doivent faciliter l'échange, le partage d'expérience, la réflexion participative.

Recommandations relatives aux actions de soutien aux aidants :

Différentes formes d'interventions de soutien aux aidants semblent efficaces. Les actions financées jusqu'alors permettent d'informer, de former et d'apporter du soutien aux aidants, et sont ainsi pertinentes.

- **Encourager les porteurs de projets à utiliser les recommandations méthodologiques de la CNSA sur les actions de formation, information et de soutien psychosocial pour la mise en place des interventions**
- **Encourager les actions dans lesquelles la prise en charge de l'aidé est prévue (ex d'action : pendant que les aidants suivent une formation, les aidés sont pris en charge par une psychologue), ainsi que les actions aidants / aidés (ex : gym aidant / aidé)**
- **Repréciser dans le cahier des charges que les actions pour les proches aidants ne s'adressent pas qu'aux personnes de 60 ans et plus**

2.2 Synthèse globale des recommandations relatives au programme coordonné :

- **Les priorités définies dans le programme coordonné sont pertinentes au regard de la prévalence et/ou de l'impact des thématiques concernées sur la santé des séniors.**
- **La priorité 1, qui couvre à la fois la nutrition, l'activité physique, la mémoire et le sommeil peut être scindée selon ces sous-catégories. Deux priorités sont redondantes avec d'autres axes ou trop larges/floues et peuvent être supprimées du programme coordonné : il s'agit de la priorité 3 'éducation à la santé et à l'hygiène de vie' et la priorité 6 'perte de mémoire'. Finalement, les priorités 11 et 12 qui traitent de thématiques proches (anticipation du vieillissement – prévention globale autour des conséquences des moments de rupture & valorisation des séniors et travail sur l'image du vieillissement) peuvent être fusionnées.**
- **Du fait de leur impact clé sur la santé des séniors et de leur influence sur les différentes priorités du programme coordonné, les actions sur l'activité physique /équilibre/ prévention des chutes, les actions sur la nutrition et les actions sur le lien social sont à favoriser. Ces actions permettent d'autre part de toucher des publics différents (cf partie II). Tendre vers le financement de ces thématiques par la conférence des financeurs ou ses membres sur chaque EPCI du territoire**
- **Le financement de certaines actions, jusqu'alors peu couvertes par la conférence des financeurs, mériterait de s'accentuer si elles ne sont également pas couvertes par d'autres financements :**
    - **L'accompagnement des troubles sensoriels, peu couvert par les financements de 2017, est essentiel du fait de la forte prévalence de ces troubles chez les séniors et de leur impact sur la qualité de vie et le risque suicidaire**
    - **La sensibilisation et la formation des intervenants auprès de la personne âgée (bénévoles, aides à domicile, professionnels de santé, aidants, …) au repérage du risque suicidaire, en raison de la surmortalité par suicide en Bretagne, ainsi qu'au repérage d'une polymédication, qui a un impact négatif sur la santé des séniors**
    - **Le développement d'actions de prévention liées à des moments de rupture, notamment le passage à la retraite et la perte d'un conjoint, qui peuvent entraîner l'isolement et une dépression chez le sujet âgé**
- **Afin d'encourager les porteurs de projets à soumettre des actions sur les thématiques peu couvertes, la conférence des financeurs devrait régulièrement (1 fois / an) organiser des rencontres afin de partager l'état des lieux des actions financées, et faciliter le partage des bonnes pratiques. La conférence des financeurs devrait privilégier les financements de l'année suivante vers ces priorités peu couvertes.**
- **La santé des séniors et la prévention de la perte d'autonomie sont multifactorielles ; les différentes priorités du programme coordonné sont ainsi liées et il convient de créer des 'ponts' entre elles :**
    - **Les thématiques du sommeil et de la mémoire peuvent être abordées lors des ateliers bien vieillir, activité physique, nutrition, accidents médicamenteux, actions sur le lien social, en raison de l'influence que ces facteurs ont sur le sommeil et la mémoire**

- **Les actions sur le numérique peuvent servir de support à des actions de lutte contre l'isolement et à des activités intergénérationnelles, tout en contribuant à l'accès à l'information et aux droits des séniors**
- **Il serait opportun de créer des parcours de prévention des chutes sur les territoires, combinant des interventions sur l'équilibre, la nutrition, la médication, et l'aménagement de l'habitat, ces interventions multifactorielles ayant fait la preuve de leur efficacité**

3) Format des actions

Les actions financées par la conférence des financeurs ont différents formats : ateliers visant à renforcer les comportements protecteurs de santé, conférence, théâtre-débat, ou forums qui informent les participants sur une thématique de santé particulière ou sur l'offre de prévention du territoire, groupes de paroles ou cafés séniors qui offrent un soutien psychologique…

Quelquesoit le format des actions, leur inscription dans les principes de promotion de la santé doit permettre aux participants « d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci », selon la définition de la charte d'Ottawa (OMS, 1986).

L'INPES a défini des principes « qualité » des actions s'inscrivant dans une logique de promotion de la santé[78]. Ces critères peuvent servir de guide aux porteurs de projet pour mettre en place et/ou évaluer leurs actions :

Critère 1 : L'action favorise une approche globale et positive de la santé

1.1 Le projet reconnaît l'existence de multiples déterminants de santé[79]
1.2 L'action s'articule avec des niveaux complémentaires d'intervention, tenant compte de ces déterminants
1.3 L'action privilégie une approche positive de la santé incluant notamment les facteurs protecteurs et n'est pas exclusivement fondée sur le risque ou la maladie

Critère 2 : L'action est orientée vers la réduction des inégalités sociales de santé

2.1 Les avantages et désavantages que l'action est susceptible d'apporter aux populations bénéficiaires sont estimés (est-ce que l'action ne risque pas de creuser les écarts entre groupes ?)
2.2 Les choix des objectifs, des méthodes et des activités et leurs réajustements éventuels au cours de l'action intègrent la question des inégalités de santé (est-ce que les messages sont appropriables et largement accessibles ? L'action s'adresse-t-elle à tous en portant une attention particulière à ceux qui en ont le plus besoin ?)

Critère 3 : l'action privilégie le renforcement des ressources personnelles et sociales des populations

3.1 L'action est respectueuse des personnes et attentive à leurs croyances, comportements et habitudes. Elle exclut toute forme de jugement, de stigmatisation ou de culpabilisation
3.2 L'action comprend des activités visant à renforcer la capacité/le pouvoir d'agir (empowerment) des individus et des populations concernés en favorisant la prise de conscience, le développement des connaissances et des compétences psychosociales
3.3 L'action comprend des activités qui s'appuient sur les ressources des personnes ou des populations et les valorisent

[78] INPES, (2009), « Comment améliorer la qualité de vos interventions en promotion de la santé », http://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/guide-qualite-version-integrale.pdf, Septembre 2009
[79] Les déterminants de santé sont l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, économqiues et environnementaux qui déterminent l'état de santé d'individus ou de populations

Critère 4 : L'action se fonde sur la participation des populations concernées

4.1 La construction méthodologique de l'action prévoit des modalités, des techniques et des outils permettant de recueillir l'avis des populations concernées ou de leurs représentants

4.2 La participation des populations concernées est favorisée à toutes les étapes de l'action et il est prévu d'apprécier le degré de cette participation tout au long de l'action

Recommandations relatives au format des actions et leur inscription dans les principes de promotion de la santé :

- **Prévoir une session de formation sur les principes de promotion de la santé et prévention, et les stratégies pertinentes à mettre en place dans les actions pour les atteindre, en s'appuyant sur l'expertise des membres de la conférence des financeurs et les échanges de bonnes pratiques entre porteurs de projets.**
- **Les actions développées devraient favoriser la participation active des personnes concernées, en prenant en considération leurs besoins avant la mise en place de l'action, et en privilégiant le renforcement des compétences des participants et de leur capacité à agir pour leur santé**

II- Bénéficiaires des actions de prévention financées par la conférence des financeurs 35

Dans cette deuxième partie, le nombre et la typologie des bénéficiaires des actions financées par la conférence des financeurs 35 sont détaillés, et des préconisations sont suggérées afin d'intégrer aux actions les personnes qui en bénéficieraient le plus. Les moyens utilisés par les structures pour mobiliser le public sont également décrits.

1) Source des données

Les porteurs de projets financés par la conférence des financeurs 35 doivent indiquer dans leurs bilans, le nombre de bénéficiaires touchés par leurs actions et leur typologie (sexe, âge, GIR), par l'intermédiaire du site internet prévu à cet effet. Il n'est cependant pas toujours possible pour les structures de remonter les caractéristiques des bénéficiaires, notamment lors d'actions telles que des conférences, théâtre-débats, qui rassemblent de nombreux participants.

Par ailleurs, si ces statistiques permettent d'évaluer le nombre de participants pour chacune des actions financées, elles ne permettent pas d'estimer le nombre de bénéficiaires touchés par l'ensemble des actions financées par la conférence des financeurs sur une année, certaines personnes participant en effet à plusieurs actions sur un même territoire. Une étude sur un territoire pourrait être envisagée afin d'estimer la part des personnes âgées participant à plusieurs actions de prévention, et le nombre de personnes âgées touchées par au moins une action.

2) Nombre de bénéficiaires touchés

En 2017, les actions financées avec l'enveloppe de 771 331€ ont permis de toucher 8 328 bénéficiaires (chiffres d'août 2018) dont 192 bénéficiaires d'aides techniques, 7 680 bénéficiaires d'actions de prévention et 456 bénéficiaires d'actions de soutien aux aidants.

En 2016, l'enveloppe de 803 435€ a permis de toucher 12 089 bénéficiaires, dont 170 bénéficiaires d'aides techniques, 11 176 bénéficiaires d'actions de prévention et 743 bénéficiaires d'actions pour les aidants.

La différence de bénéficiaires touchés en 2016 et 2017 s'explique par plusieurs facteurs :

- Les actions financées en 2017 ne sont pas encore toutes achevées, certaines structures ayant demandé un report de budget en 2018 (cf partie IV.1). Le nombre de bénéficiaires touchés en 2017 devrait donc augmenter d'ici fin 2018
- Il y a eu plus d'actions financées en 2017 ciblant des petits groupes de personnes (ex: ateliers) ou des individus (ex : gym aidant) par rapport à 2016, et à contrario plus d'actions financées en 2016 qui touchaient plus de personnes pour un budget moindre
- Certaines actions avec un montant conséquent ont pris du retard et n'ont pas encore touché de bénéficiaires

3) Typologie des bénéficiaires touchés

3.1 Sexe des bénéficiaires

En 2017, sur 8 328 bénéficiaires touchés, les caractéristiques par sexe étaient renseignées pour 7 198 d'entre eux, soit 86%. Sur la base de ces données, il ressort que la majorité des bénéficiaires touchés par les actions financées par la conférence des financeurs 35 sont des femmes. Elles représentaient 76% des bénéficiaires des actions financées en 2017. Cette répartition était similaire en 2016. Les figures 8 et 9 représentent la répartition par sexe des participants aux actions de prévention (axes 4 et 6) et aux actions de soutien aux aidants (axe 5).

Figure 8 : Répartition des bénéficiaires par sexe suivant les catégories d'actions de prévention financées en 2017

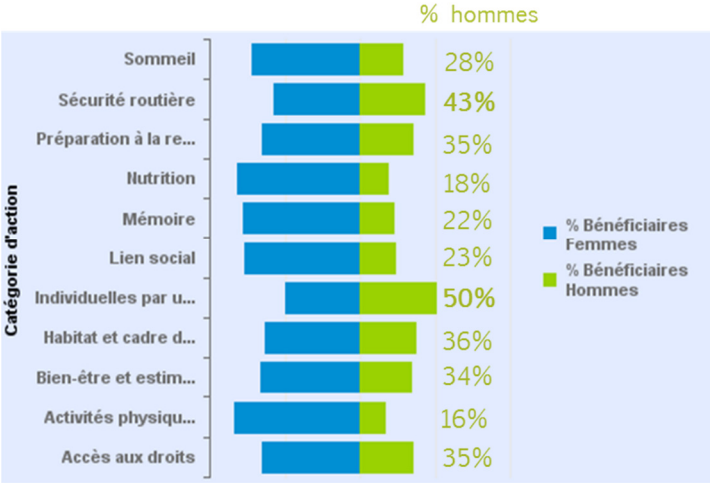
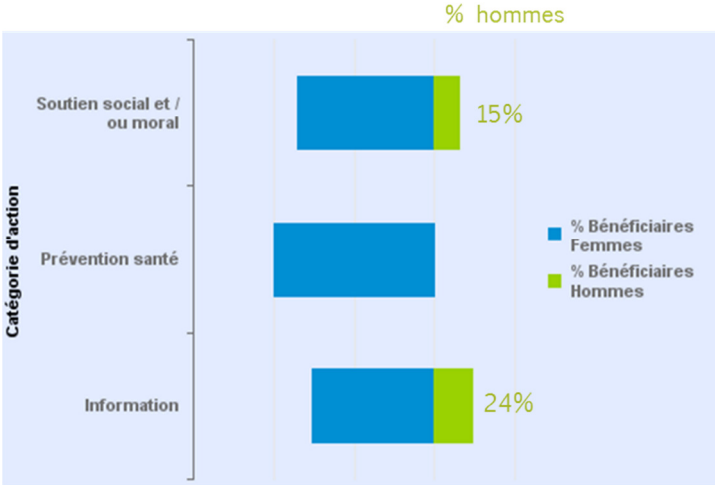


Figure 9 : Répartition des bénéficiaires par sexe suivant les catégories d'actions aux aidants financées en 2017



Pour toutes les catégories d'actions, ce sont surtout des femmes qui participent, en particulier pour les actions de soutien aux aidants, d'activité physique et de nutrition. Quelques actions financées en 2017 ont eu une participation d'hommes plus importante, notamment les actions de sécurité routière et les actions individuelles par un SPASAD. Cependant, ces actions étant peu nombreuses, ces chiffres sont à interpréter avec précaution.

Les porteurs interrogés expliquent cette surreprésentation des femmes dans les actions par les données démographiques (les femmes représentent 61% des 75 ans et plus vs 52% de la population toutes tranches d'âge confondues[80]), et par le fait que les femmes sont plus attentives que les hommes à leur état de santé. Les structures indiquent par ailleurs que les hommes qui participent aux actions viennent souvent en couple.

3.2 GIR des bénéficiaires

En 2017, sur 8 328 bénéficiaires touchés, les caractéristiques par GIR étaient renseignées pour 5 459 d'entre eux, soit 65%. Ces données étaient renseignées pour 75% des bénéficiaires des actions financées en 2016. En considérant les bénéficiaires dont les caractéristiques par GIR sont renseignés, si en 2017, 92% des bénéficiaires étaient des GIR 5,6 ou des personnes non GIRées, les

[80] INSEE, (2018), «Population par sexe et groupe d'âges en France »,< https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>, Janvier 2018

actions financées en 2016 ont permis de toucher plus de GIR 1 à 4 : les GIR 1 à 4 représentaient 21% des bénéficiaires des actions financées en 2016, les GIR 5, 6 ou non GIRés 79%. Cette différence s'explique du fait du financement en 2016 de deux structures (un CCAS et une association de service à la personne), qui ont mobilisé plus de 40% des GIR 1 à 4 comptabilisés cette année-là. Ces deux structures n'ont pas été financées en 2017. En 2016 et 2017, la répartition par GIR répond à la loi ASV qui impose que les concours de la CNSA bénéficient pour au moins 40 % de leur montant à des personnes qui ne remplissent pas les conditions de perte d'autonomie.

Les figures 10 et 11 représentent la répartition par GIR des participants aux actions de prévention en 2016 et 2017 ; la figure 12 représente la répartition par GIR des actions de soutien aux aidants en 2017 (la répartition des GIR aux actions aux aidants étant assez similaire en 2016, elle n'est pas représentée).

Figure 10 : Répartition des bénéficiaires par GIR suivant les catégories d'actions de prévention financées en 2017

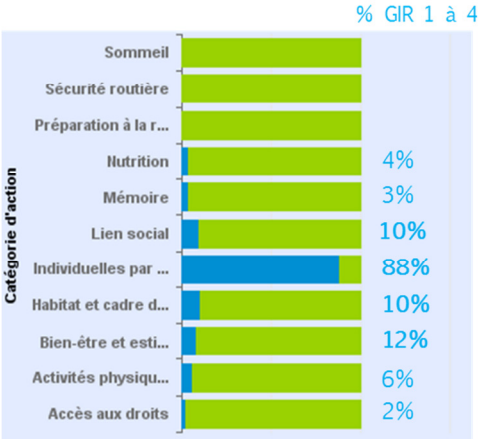


Figure 11 : Répartition des bénéficiaires par GIR suivant les catégories d'actions de prévention financées en 2016

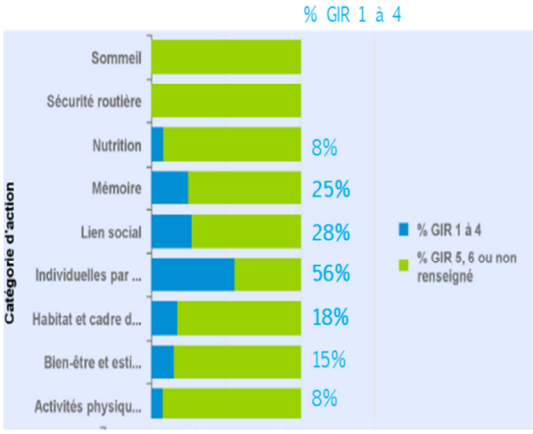
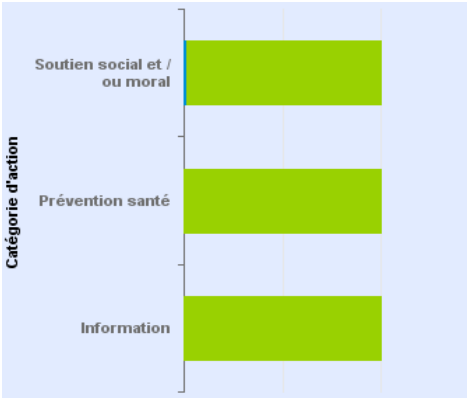


Figure 12: Répartition des bénéficiaires par GIR suivant les catégories d'actions aux aidants financées en 2017



La majorité des actions financées en 2016 et 2017 mobilisent des GIR 5, 6 ou non GIRés, ce qui n'est pas étonnant : les personnes les plus autonomes participent aux actions de prévention proposées sur le territoire. En particulier, les actions sur la préparation à la retraite, la sécurité routière, le sommeil ou les actions pour les aidants ont mobilisé 100% de GIR 5, 6 ou non GIRés.

Certaines actions mobilisent davantage de GIR 1 à 4 : il s'agit des actions sur le lien social, des actions sur l'habitat et le cadre de vie, des actions sur le bien-être et l'estime de soi ; en 2016, les actions sur la mémoire étaient composées de 25% de GIR 1 à 4. Les structures qui mobilisent des GIR 1 à 4 sont principalement des CCAS, des services d'aide à domicile, des résidences autonomie, des CLIC et les bistrots mémoire.

D'après les professionnels interrogés, si quelques GIR 3 à 4 peuvent participer à des actions collectives, notamment sur le lien social, il ne faut pas qu'elles soient trop nombreuses pour que les animateurs puissent gérer le groupe. Leur participation dépend par ailleurs de la mise en place de transport. Les GIR 1 à 2 ne peuvent pas participer à des actions collectives du fait de leur perte d'autonomie.

3.3 Age des bénéficiaires

L'âge de 68% des bénéficiaires des actions financées en 2017 a été renseigné, avec la répartition des âges suivante : 35% de bénéficiaires âgés de 60 à 69 ans, 36% de 70 à 79 ans, 25% de 80 à 89 ans et 4% de 90 ans et plus. Pour les actions financées en 2016, l'âge de 54% des bénéficiaires a été renseigné ; sur la base de ces données, le public des actions 2016 était un peu plus âgé que celui de 2017 : 29% avaient 60 à 69 ans, 35% de 70 à 79 ans et 35% de 80 à 89 ans.

Les figures 13 et 14 représentent la répartition par âge des participants aux actions de prévention et aux actions de soutien aux aidants financées en 2017 (la répartition 2016 étant assez similaire, elle n'est pas représentée). La plupart des actions de prévention mobilisent les différentes tranches d'âge. Sans surprise, les actions de préparation à la retraite mobilisent un public plus jeune et les actions de prévention individuelle par un SPASAD un public plus âgé. Les actions sur l'habitat mobilisent également un public plus âgé, ce qui montre que les jeunes séniors n'anticipent pas le réaménagement de leur logement. Finalement, les actions pour les aidants touchent un public plutôt jeune (une majorité a entre 60 et 69 ans).

Figure 13 : Répartition des bénéficiaires par âge suivant les catégories d'actions de prévention financées en 2017

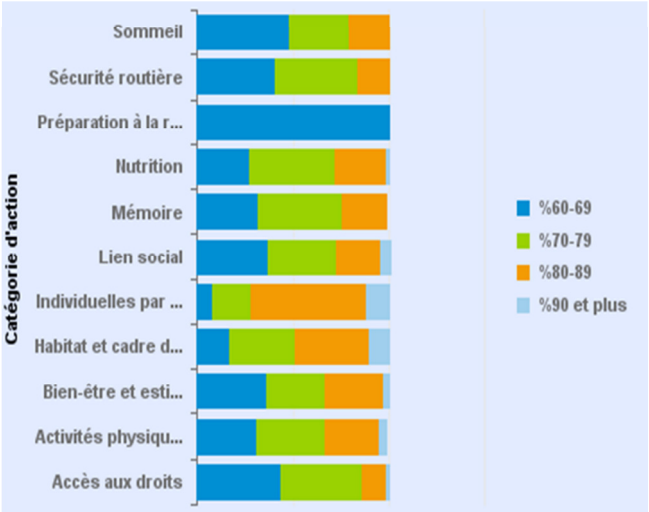
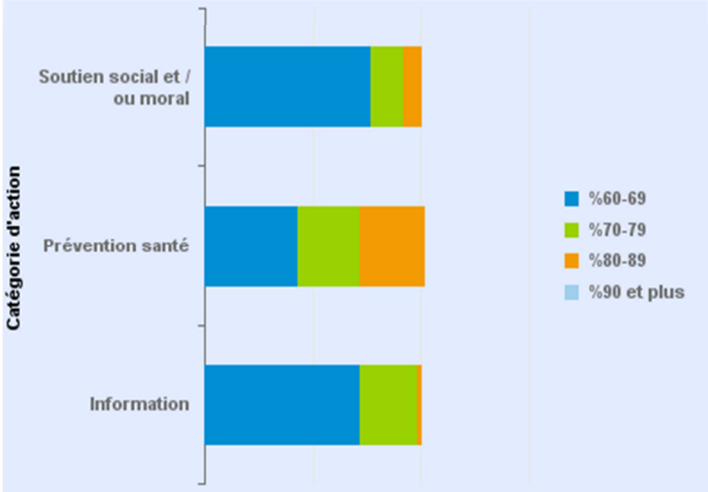


Figure 14 : Répartition des bénéficiaires par âge suivant les catégories d'actions aux aidants financées en 2017



3.4 Profil du public touché par les ateliers 'Bien Vieillir'

Les opérateurs qui travaillent historiquement avec les caisses de retraite, font remplir aux participants à leurs actions des questionnaires d'évaluation, dont une première partie est dédiée au profil sociologique. Ces données sont ensuite compilées dans un logiciel qui permet de produire des statistiques exploitables.

Les données transmises par une de ces associations sur les ateliers 'Bien Vieillir' qu'elle a mis en place en Ille-et-Vilaine sur l'année 2017, permet d'en savoir plus sur le profil des participants à ce type d'atelier. Ces données reposent sur un échantillon de 242 participants, 76% de femmes, 24% d'hommes, dont 53% vivent en couple et 35% sont veuf(ve)s. Les tranches d'âge des participants à ces ateliers sont les suivantes : 25.2% ont entre 60 et 69 ans, 43.8% entre 70 et 79 ans, 27.3% entre 80 et 89 ans et 2.1% plus de 90 ans.

Figure 15: Répartition des participants selon la CSP de leur dernière activité professionnelle (%)

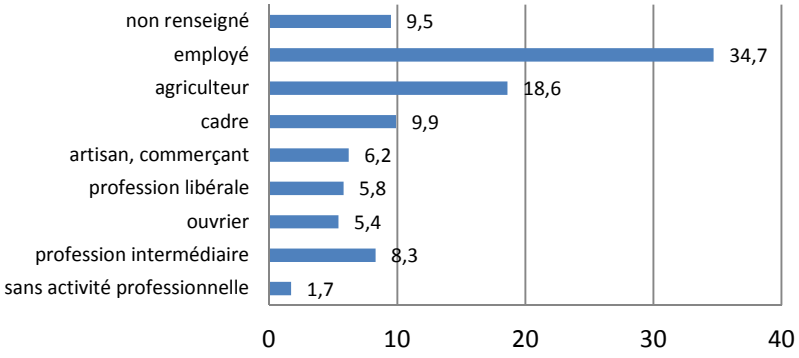


Figure 16: Répartition des participants selon l'auto-évaluation de leur joie de vivre et de leur moral au début des ateliers

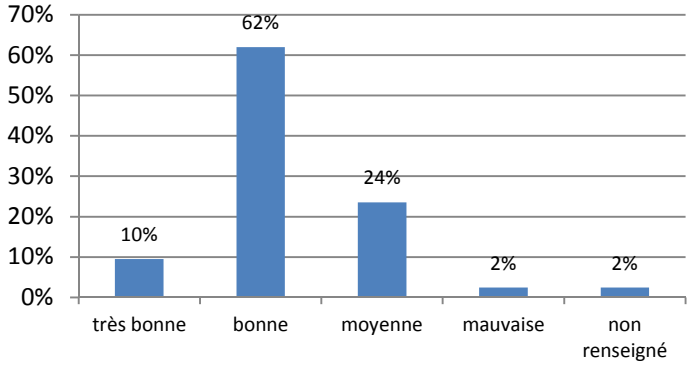


Figure 17: Répartition des participants selon le niveau de satisfaction de la vie qu'ils mènent

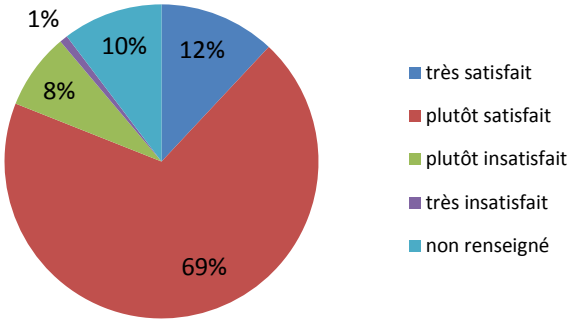


Figure 18: Répartition des participants selon le nombre de leurs contacts / semaine

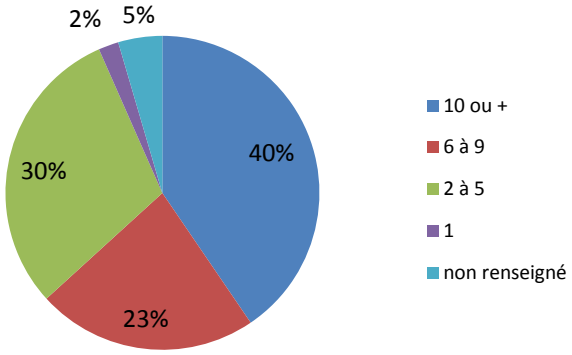
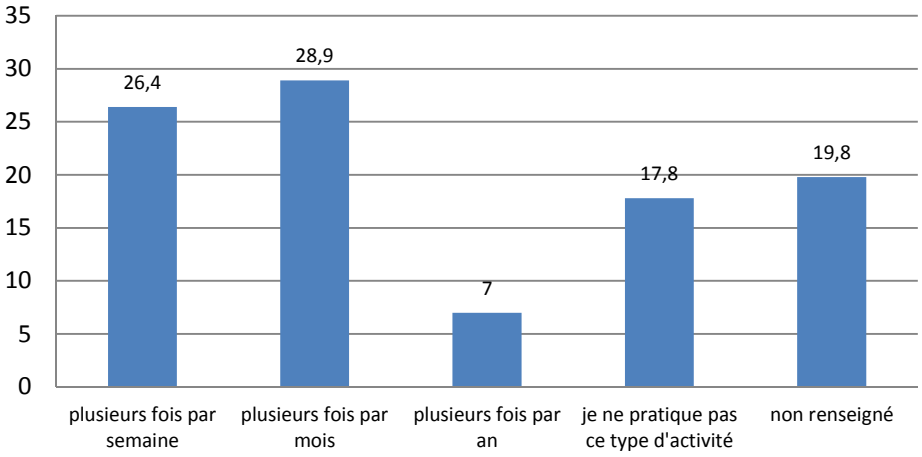


Figure 19: Répartition des participants selon leur participation à un club/association (%)



Les figures 16, 17, 18 et 19 montrent que ces ateliers touchent des personnes satisfaites de leur vie (plus de 80% sont satisfaits de la vie qu'ils mènent, 72% ont le moral et la joie de vivre), et majoritairement non isolées (60% ont au moins 6 contacts / semaine, 30% 2 à 5 contacts ; 55% participent à un club ou une association au moins plusieurs fois / mois).

La participation à quelques ateliers lors de cette mission (sur la mémoire et la sécurité routière) confirme ces chiffres : les participants à ces actions étaient pour la grande majorité des personnes autonomes, investies dans de nombreuses activités; certaines de ces personnes venaient aux ateliers en vélo.

3.5 Retour des structures sur le public touché par les actions de prévention

Les structures interrogées confirment que les participants aux actions de prévention telles que les ateliers 'Bien Vieillir' présentés ci-dessus, sont majoritairement des personnes qui sont déjà investies dans leur santé. Les personnes fragiles, isolées, « ne sont pas dans cette démarche ». Pour les mobiliser, il faut anticiper les actions, afin de repérer ce public fragile, et organiser les transports.

Certaines actions de prévention financées par la conférence des financeurs ciblent un public plus fragile. Il s'agit notamment des actions de lutte contre l'isolement qui touchent des personnes isolées ou fragiles dont certaines sont en GIR 3 et 4, ou les actions d'accès aux droits mises en place par les centres sociaux qui touchent un public précaire. D'autre part, comme indiqué dans la première partie de ce rapport, certaines actions sur la mémoire ciblent des personnes avec des troubles cognitifs, et quelques ateliers d'activité physique sont destinés à des personnes qui ont chuté ou à risque de chute, ou encore à des personnes avec des problèmes respiratoires. Pour ces actions, le public est repéré et mobilisé par différents professionnels : CLIC, CCAS, équipe autonomie, service à domicile, MAIA, professionnels de santé. D'après une professionnelle de l'IREPS interrogée, les personnes isolées et fragiles se mobilisent et participent à des actions de prévention lorsqu'elles sont orientées par un professionnel et lorsque des possibilités de transport existent.

<u>Synthèse et Recommandations sur les bénéficiaires touchés par les actions</u>

Les actions financées par la conférence des financeurs 35 touchent ainsi majoritairement un public autonome, en particulier pour les ateliers de prévention organisés par les opérateurs. Si la participation de ces personnes est positive dans une perspective de prévention primaire et afin de prévenir le plus tôt possible les effets du vieillissement, le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, dans lequel s'inscrit l'action de la conférence des financeurs, préconise également des actions de prévention secondaire et tertiaire, afin de prévenir les pertes d'autonomie évitables et d'éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité[81]. La prévention secondaire s'appuie en particulier sur le repérage des facteurs de risque de la fragilité par les professionnels. D'autre part, selon les principes de promotion de la santé, et afin de réduire les inégalités sociales de santé, les actions mises en place sur le territoire doivent aussi bénéficier aux personnes précaires et isolées socialement, ce qui nécessite également un repérage, des solutions de mobilité et une adaptation des actions à ces populations.

Il convient ainsi d'intégrer aux actions existantes les personnes fragiles, isolées, précaires. Un certain nombre de ces publics prioritaires a d'ailleurs été identifié dans la première partie de ce rapport : personnes à risque de chute, isolées, déprimées, avec des troubles sensoriels, précaires,… Ces publics doivent être repérés et orientés vers les interventions appropriées.

---

[81] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, (2015), « Plan National d'Action de prévention de la perte d'autonomie », <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf>, septembre 2015.

Dans cette optique, quelques interventions impliquant des visites à domicile réalisées par des professionnels de santé ou des bénévoles ont montré leur efficacité potentielle dans la préservation du maintien des personnes âgées à domicile et la prévention de l'institutionnalisation ou hospitalisation[82]. Ces études comprennent des visites par des infirmières qui évaluent les différents besoins des personnes âgées, délivrent des conseils et orientent au cas par cas les personnes vers des services médicaux, et des visites de contrôle réalisées par des bénévoles formés aux techniques de surveillance de la dépendance.

Recommandations:

- **Former les intervenants auprès de la personne âgée (bénévoles, aides à domicile, aidants, professionnels de santé, équipe autonomie, CLIC, CCAS…) au repérage des facteurs de risque de la perte d'autonomie : fragilité, chutes, risque suicidaire, polymédication, troubles cognitifs. Prévoir une expérimentation sur un territoire, en utilisant les enseignements des précédentes expérimentations sur le repérage (URPS, PAERPA)**
- **Encourager la programmation d'actions sur les territoires, afin de pouvoir communiquer le programme d'actions aux différents acteurs intervenant auprès de la personne âgée en amont de la mise en place des actions. Cette anticipation de la communication, et la formation précitée devraient permettre aux intervenants de repérer puis d'orienter le public prioritaire aux actions de prévention qui leur seraient bénéfiques**
- **Intégrer dans le cahier des charges de la conférence des financeurs 35 un item relatif au repérage sur lequel la structure s'appuie pour toucher le public le plus fragile, isolé, précaire et sur les solutions de mobilité (cf Axe 8 du programme coordonné) prévues par les structures**
- **Développer les actions de prévention individuelles par les SAAD et SPASAD, via les fonds de la conférence des financeurs ou les fonds propres des membres de la conférence des financeurs. Ces structures sont en effet un maillon essentiel de repérage, et permettent de toucher un public autre que celui qui se mobilise pour les actions collectives de prévention.**
- **Prévoir une étude sur un territoire pour mesurer le nombre de personnes touchées par rapport au nombre de participants aux actions**

4) Mobilisation du public

D'après les structures interrogées, la mobilisation du public aux actions de prévention se fait principalement par les acteurs de proximité et notamment par les CLIC et CCAS. Les canaux de communication privilégiés par les structures sont :

- les courriers personnalisés,
- la presse,
- l'information dans le bulletin municipal,
- l'accueil des structures (CLIC, CCAS),
- l'affichage dans les communes,
- les relais via les professionnels gérontologiques et de service à domicile
- les clubs de retraités.

[82] INPES, (2012), « Synthèse de la littérature scientifique sur les interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 55 ans et plus, autonomes, vivant à domicile », < http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/pdf/synthese-sante-aine.pdf>

L'association de prévention mentionnée au point II.3, qui organise des ateliers 'Bien Vieillir', intègre dans ses questionnaires une question sur les moyens selon lesquels les participants ont eu connaissance de l'action de prévention. La presse, l'entourage, la mairie, sont les principales sources d'information, suivies par le CLIC et la caisse de retraite.

Tableau 5 : Répartition des moyens selon lesquels les participants aux ateliers 'Bien Vieillir' mis en place en 2017 en Ille-et-Vilaine, ont eu connaissance de l'action

	Effectifs	%
Par un évaluateur des besoins d'aide à domicile	0	0,0%
Par une assistante sociale	1	0,3%
Par votre caisse de retraite complémentaire	3	1,0%
Un salon ou un forum ou une conférence	3	1,0%
Lors d'un autre atelier	6	2,1%
Votre caisse de retraite	18	6,2%
Un professionnel de santé (médecin, pharmacien, kinésithérapeute, infirmier...)	4	1,4%
Autre	18	6,2%
La presse, les journaux, un site internet	70	24,2%
Le CLIC ou la maison de l'autonomie	31	10,7%
Votre entourage (amical, familial, voisinage...)	66	22,8%
La mairie ou le CCAS	59	20,4%
Non renseigné	10	3,5%
Total des réponses	289	100,0%

L'enquête menée auprès des adhérents au club de retraités GeMouv 35 (N=75) a permis d'estimer la notoriété des actions de prévention proposées sur le territoire (Figure 20), les sources d'information (Figure 21) et les souhaits des retraités en matière de sources d'information (Figure 22).

Figure 20 : Connaissance des actions de prévention proposées sur le territoire par les retraités interrogés (N=75)

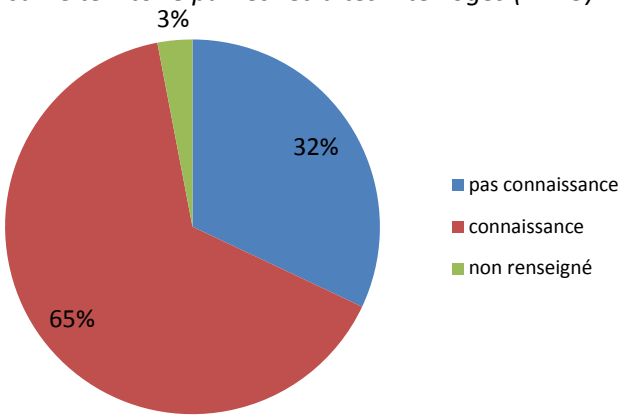


Figure 21 : Sources d'informations sur les actions de prévention organisées sur le territoire

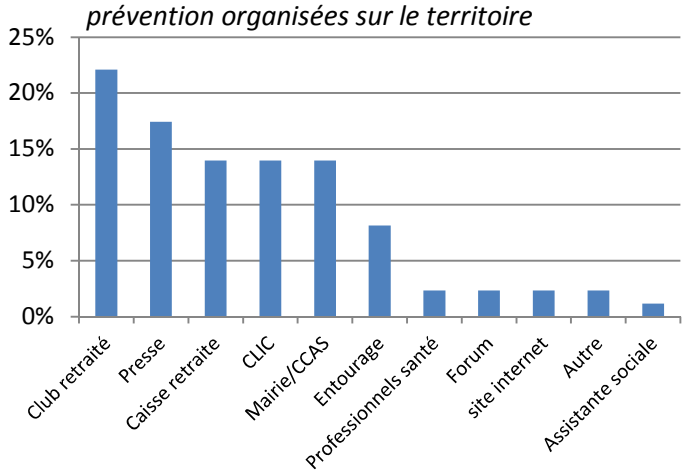
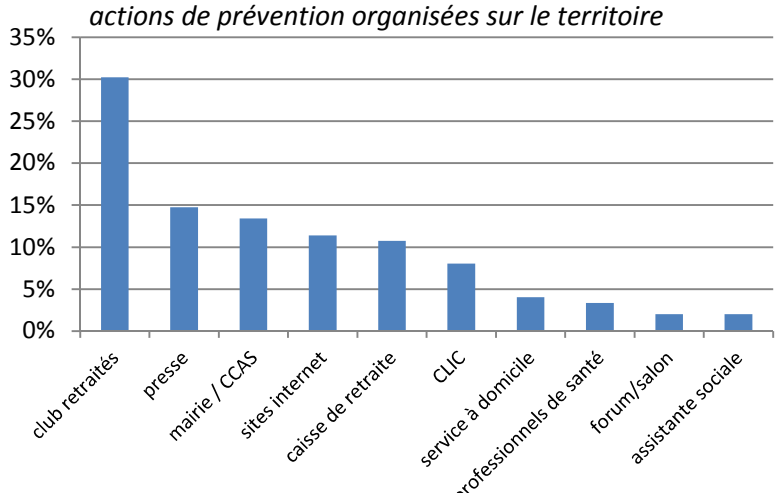


Figure 22 : Souhaits de sources d'informations sur les actions de prévention organisées sur le territoire



Cette enquête montre une bonne notoriété des actions de prévention organisées sur le territoire : 65% en ont connaissance, principalement via leur club de retraité, la presse, la caisse de retraite, le CLIC, la mairie/ CCAS et l'entourage. Les sources d'information sont ainsi cohérentes avec celles identifiées précédemment, hormis le club de retraités qui ne figurait pas dans les propositions de l'association. Interrogés sur les moyens par lesquels ils souhaiteraient être informés des actions sur le bien vieillir, les retraités ont renseigné en premier lieu le club de retraités, suivi de la presse, la mairie, la caisse de retraite et des sites internet, qui semblent pourtant aujourd'hui peu utilisés comme média d'information (Figure 21). Si la surreprésentation du club de retraités est sans doute biaisée par le fait que cette enquête s'est déroulée lors d'une journée organisée par la fédération GeMouv, puis par l'intermédiaire de la newsletter de ce club de retraité, les résultats suggèrent d'utiliser ce canal pour toucher les séniors.

Finalement, 55% retraités interrogés n'ont pas participé aux actions de prévention organisées sur leur territoire (Figure 23) ; La première raison évoquée pour la non-participation à ces actions est le fait que les personnes n'ont pas encore pris le temps mais souhaiteraient participer à de telles actions. Le deuxième frein évoqué concerne l'accès aux actions, trop difficiles d'accès ou éloignées du domicile (Figure 25). Ceci justifie la recherche de solutions de transports pour participer aux actions, évoquées dans la première partie, ainsi que le maillage du territoire qui sera abordé dans la prochaine partie. Quelques personnes ne se sentent pas concernées par les actions et une seule trouve les thématiques inintéressantes. Les enquêtés ayant participé aux actions de prévention indiquent en premier lieu qu'elles leur permettent d'avoir plus de liens sociaux et qu'elles font évoluer leurs comportements, puis qu'elles sont pertinentes par rapport à leurs besoins et ont impact positif sur leur santé (Figure 24).

Figure 23 : Participation aux actions de prévention proposées sur le territoire (N=75)

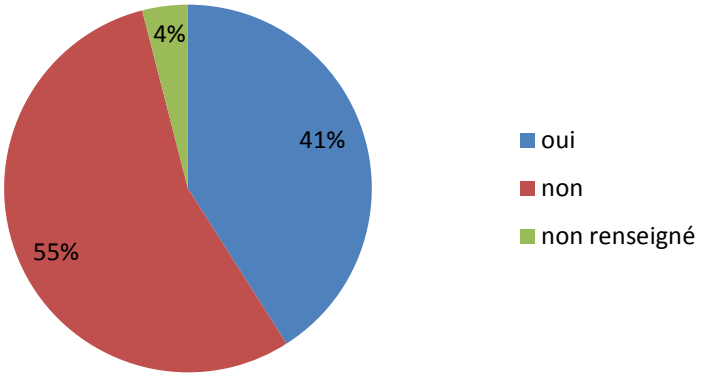


Figure 24 : Avis sur les actions de prévention proposées sur le territoire

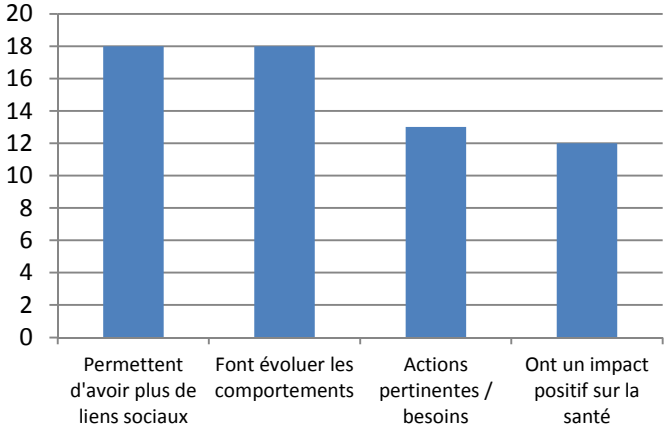
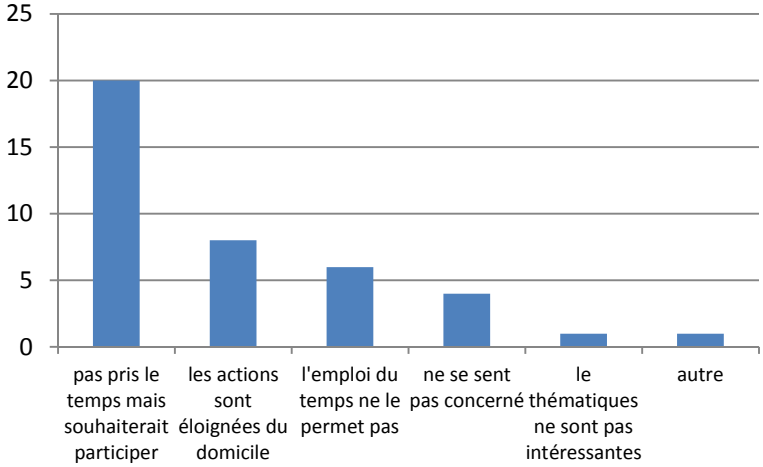


Figure 25 : Raisons de non-participation aux actions de prévention proposées sur le territoire



<u>Recommandations par rapport à la mobilisation du public :</u>

- **Les canaux classiques de communication utilisés (presse, mairie / CCAS, CLIC, caisse de retraite) sont des leviers pertinents pour communiquer auprès des retraités sur les actions de prévention mises en place.**
- **Les clubs de retraités et les sites internet semblent être d'autres canaux de communication plébiscités à encourager ; d'après le président de la fédération GeMouv 35, les programmes d'actions de prévention pourraient être diffusés aux délégués de secteurs (1 secteur regroupant plusieurs communes). Les sites internet des membres de la conférence des financeurs peuvent par ailleurs être de bons relais des programmations d'actions sur les territoires. Les canaux de communication doivent être choisis en fonction du public cible.**
- **Ces actions de communication permettent de mobiliser en général les personnes plus autonomes ; ainsi, en complément de ces actions, le repérage et l'orientation par des professionnels doit permettre de mobiliser les plus isolés et fragiles (cf II.3)**

III- Maillage territorial

Cette troisième partie traite de la répartition des actions de prévention financées par la conférence des financeurs 35 sur le territoire.

Les cartographies ci-dessous représentent ainsi les territoires : agences départementales, EPCI, communes, sur lesquels des actions financées ont été mises en place. Chaque action est dénombrée autant de fois que de communes enregistrées par les porteurs de projet comme lieu où se déroule l'action sur le site de la conférence des financeurs. Par exemple, si les communes de Janzé et Chanteloup sont enregistrées comme lieu de "action X", l'action X est comptabilisée une fois pour la commune de Janzé et une fois pour la commune de Chanteloup (soit 2 actions).

1) Cartographies du nombre d'actions par territoire

1.1 Par territoire d'agence départementale

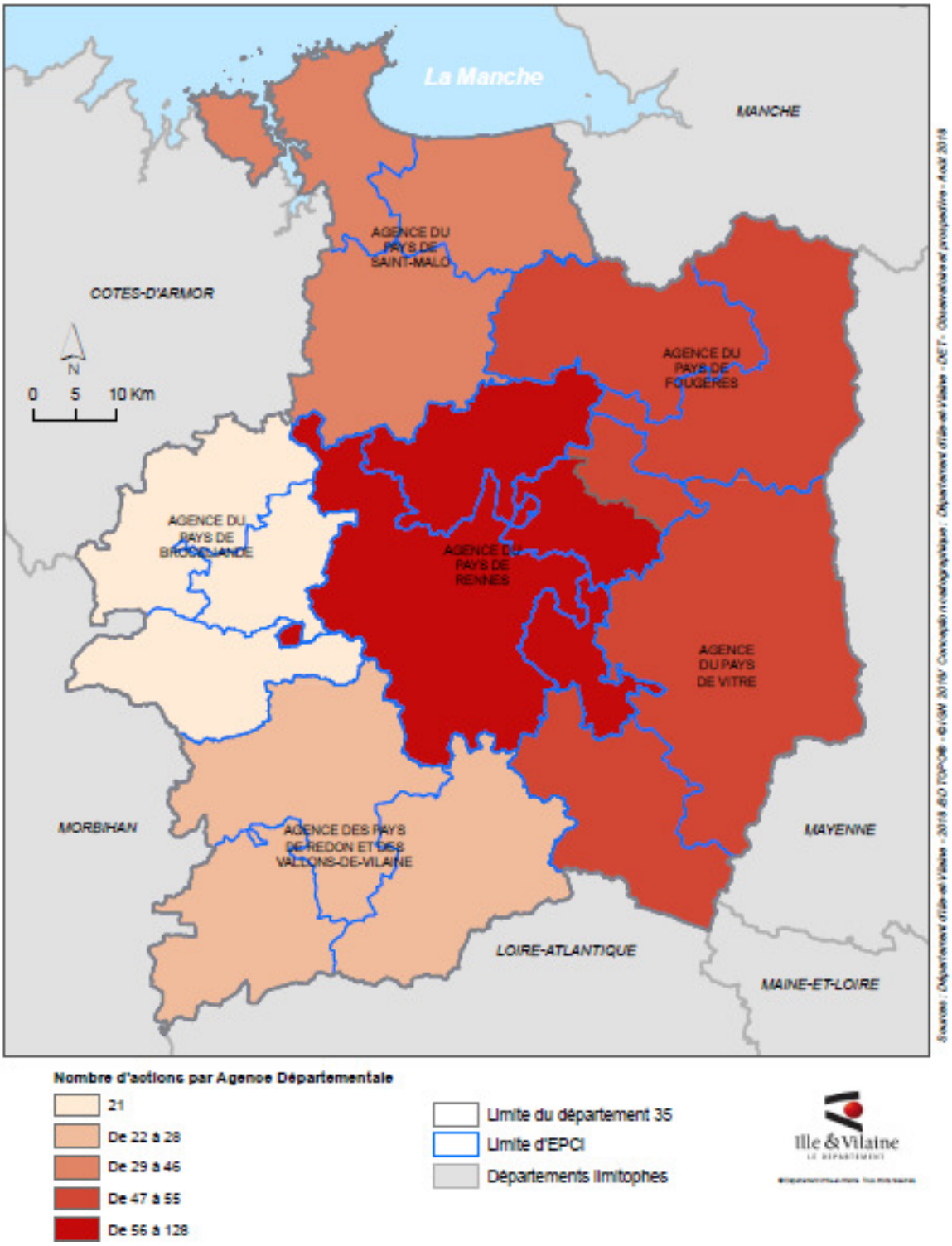
La carte 1 montre la répartition du nombre d'actions financées en 2017 par la conférence des financeurs, en fonction des territoires d'agence départementale. Le territoire de l'agence du pays de Rennes est le mieux doté (128 actions), suivi des territoires des agences du pays de Fougères (55 actions), du Pays de Vitré (52 actions). 46 actions ont été mises en place sur le territoire du pays de St Malo et 28 sur le territoire des pays de Redon et des Vallons-de-Vilaine. Le territoire du pays de Brocéliande est le moins doté avec 21 actions.

Lorsque le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus par territoire d'agence départementale est pris en compte, les territoires des agences des pays de Fougères et Vitré sont les mieux pourvues, avec un ratio 'nombre de personnes âgées du territoire / action financée' plus faible que sur les autres territoires (ratio de 472 et 440 personnes âgées / action financée). Le territoire de l'agence du pays de St Malo, étant le 2e territoire avec le plus de personnes âgées du département, est le moins bien pourvu (1118 personnes âgées / action financée). Le territoire de l'agence du pays de Rennes, malgré son nombre important d'actions, a un ratio de personnes âgées du territoire / action financée de 746. Finalement, les territoires des agences de St Malo et Rennes étant les plus peuplés par les personnes âgées de 60 ans et plus (Tableau 6), cela justifie la mise en place d'un nombre plus important d'actions de prévention sur ces territoires.

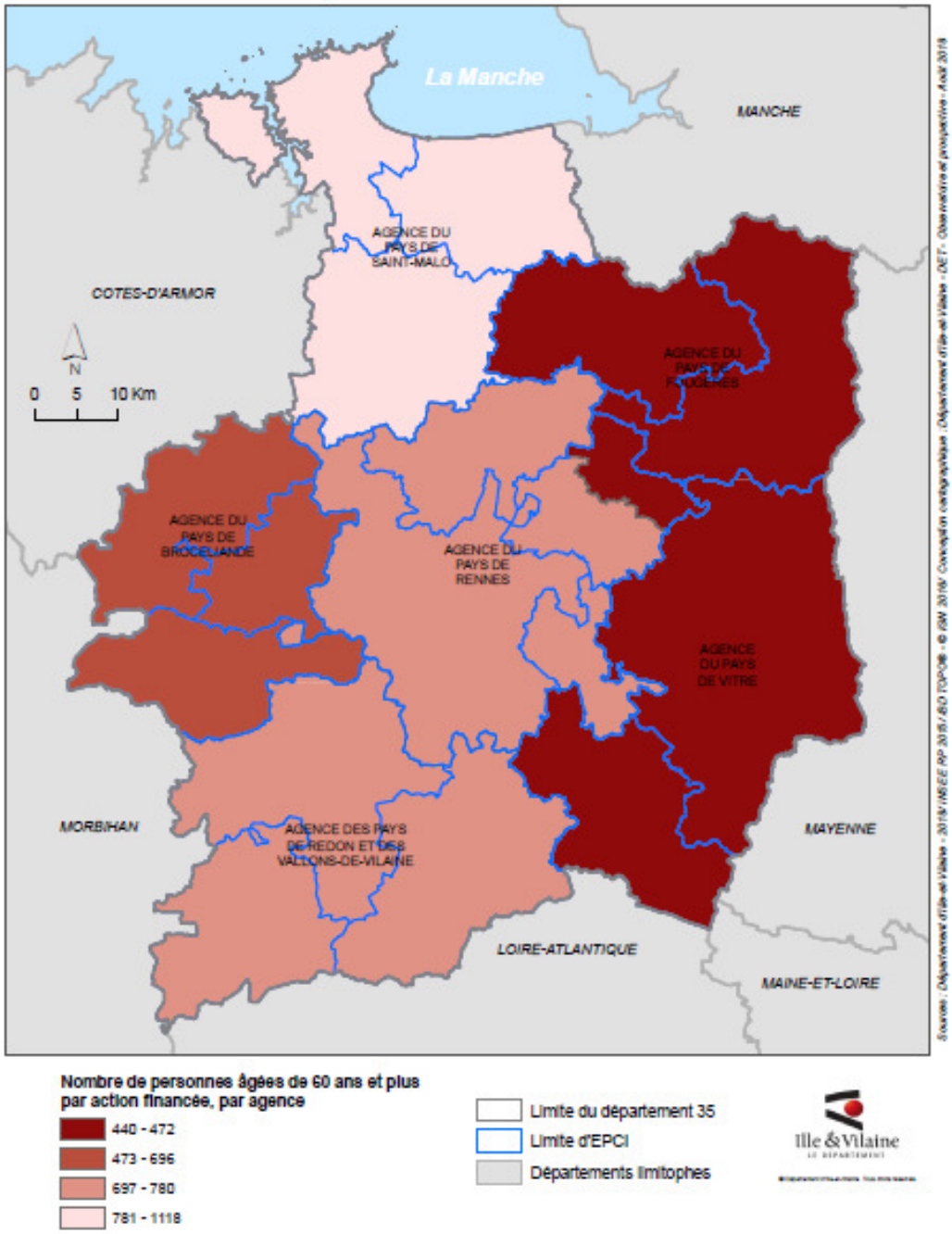
Tableau 6 : Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus par territoire d'agence départementale

Territoire d'agence départementale	Nombre de personnes âgées
Pays de Rennes	95 555
Pays de St Malo	51 434
Pays de Fougères	25 937
Pays de Vitré	22 902
Pays de Redon et des Vallons de Vilaine	21 851
Pays de Brocéliande	14 624

Carte 1 : Nombre d'actions financées en 2017 par Agence Départementale



Carte 2 : Ratio du nombre de personnes de 60 ans et plus pour 1 action financée



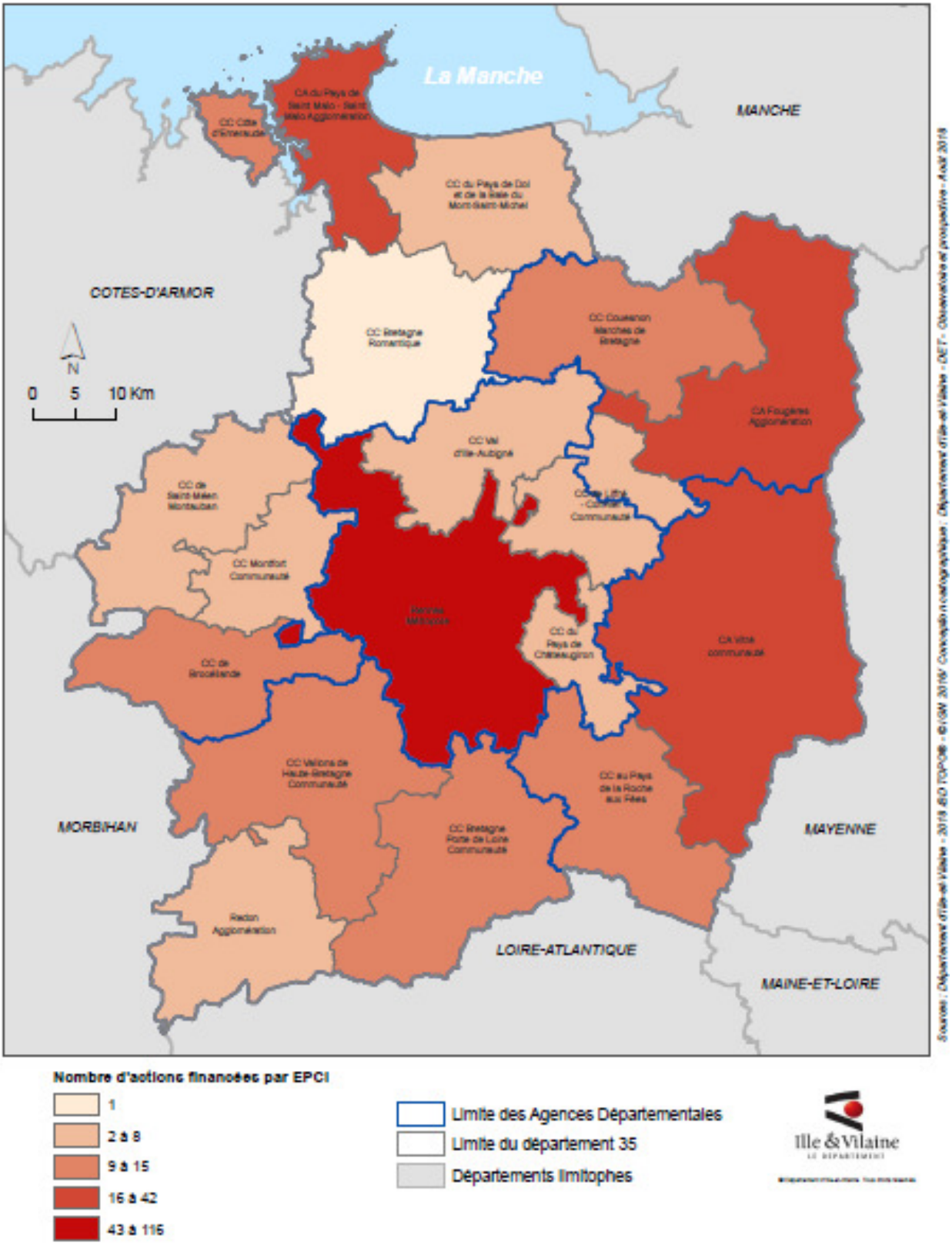
1.2 Par territoire d'EPCI et de communes

Les cartographies du nombre d'actions par EPCI et commune (cartes 3 et 4) montrent une répartition hétérogène des actions au sein des territoires d'agence départementale. L'EPCI Rennes Métropole est la plus pourvue en actions, en particulier la ville de Rennes (30 actions) et les communes de Mordelles (13 actions), Le Rheu (8 actions), Chavagne (6 actions), et Vern sur Seiche (7 actions). Vitré communauté, Fougères Agglomération, et Saint Malo agglomération ont eu entre 16 et 42 actions mises en place sur leur territoire en 2017, avec une bonne couverture des communes sur Vitré communauté et St Malo agglomération, et une concentration des actions sur les villes de Fougères, Louvigné du Désert et Bazouge du Désert pour Fougères agglomération. Les communes bien pourvues en actions correspondent aux communes sur lesquelles, ou à proximité desquelles, existent des structures mettant en place des actions de prévention (ex CIAS sur Mordelles, le Rheu, Chavagne).

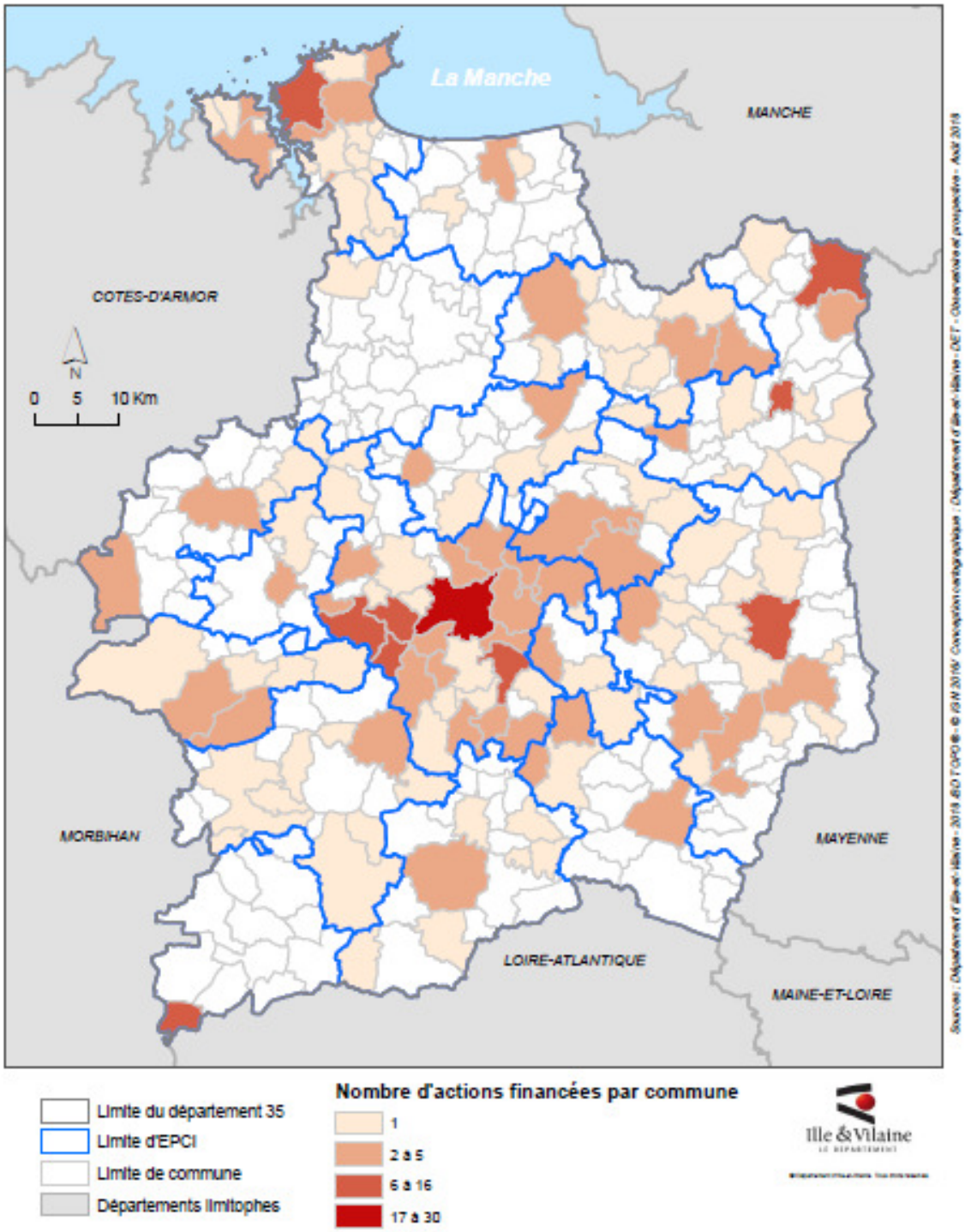
Parmi les zones blanches non couvertes par les actions, figurent la communauté de communes de Bretagne Romantique (1 seule action mise en place à St Pierre de Plesguen), la communauté de commune du pays de Dol et de la Baie du Mont St Michel, et Redon agglomération en dehors de la ville de Redon. Les zones peu couvertes par des actions (ou avec des actions concentrées sur quelques communes) comprennent les communautés de communes du Val-d'Ille-Aubigné, de St-Méen Montauban, Montfort communauté, et du pays de la Roche aux Fées.

D'après les structures interrogées, certaines communes sont peu demandeuses d'actions, et il peut être compliqué de mobiliser la population et les élus, notamment sur les petites communes et les territoires ruraux. Afin de mobiliser plus de personnes âgées sur un bassin de vie, certaines structures envisagent des actions en intercommunalité.

Carte 3 : Nombre d'actions financées en 2017 par EPCI

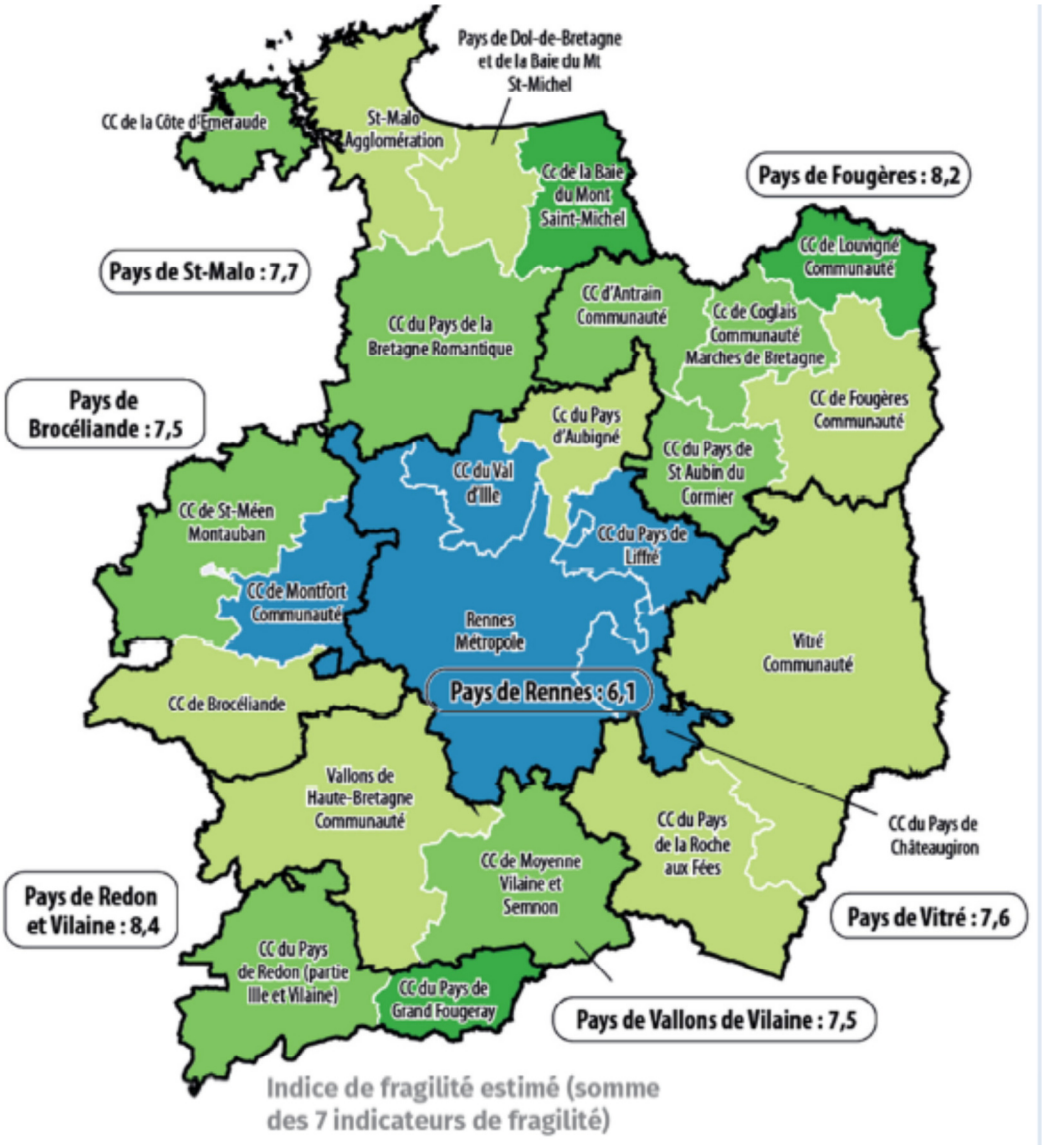


Carte 4 : Nombre d'actions financées en 2017 par commune



2) Comparaison avec la cartographie des territoires fragiles

Carte 5 : Indice de Fragilité des personnes âgées sur les EPCI d'Ille-et-Vilaine (Diagnostic COMPAS-2016)



Lors du diagnostic COMPAS, un indice de fragilité des territoires avait été défini, tenant compte de :

- La part des 80 ans et plus parmi les 60 ans et plus
- La part des 75 ans et plus seuls à domicile
- Le taux de pauvreté des 75 ans et plus
- La part des 80 ans et plus dans un grand logement
- Le nombre de médecins généralistes pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
- La part des assurés sociaux de 55 ans et plus sans recours aux soins depuis 12 mois ou plus
- La part des assurés sociaux de 55 ans et plus en ALD

Pour chaque indicateur, un rapport à la moyenne départementale a été réalisé, puis une somme des 7 indicateurs effectuée. Une valeur supérieure à 7 (valeur de référence départementale) indique une situation potentiellement défavorable et plus fragile au regard du département. Une valeur inférieure à 7, indique une situation qui semble favorable.

En confrontant ces données à la cartographie du nombre d'actions par EPCI (carte 3), on note :

- Des territoires fragiles sur lesquels peu d'actions ont lieu: Communauté de communes du pays de Redon, de la Bretagne Romantique, de la baie du Mont St Michel, de St Meen-Montauban (hors Montauban de Bretagne et Gaël)
- Des territoires fragiles sur lesquels des actions sont organisées : Communauté de communes de Louvigné, et de la Côte d'Emeraude,
- Des territoires moins fragiles avec beaucoup d'actions : pays de Rennes

3) Répartition des catégories d'actions par territoire

Les cartes 6 à 11 s'intéressent à la répartition des catégories d'actions de prévention (catégories CNSA) sur les communes des territoires d'agence départementale. Au-delà de la répartition non homogène du nombre d'actions sur les territoires, ces cartographies montrent que toutes les catégories d'actions ne sont pas mises en place sur les territoires ; les principales thématiques représentées concernent l'habitat, le lien social, l'activité physique, la nutrition, le bien-être et estime de soi. On constate par ailleurs quelques doublons de thématiques sur certaines communes.

3.1 Territoire d'agence départementale du pays de Rennes (Carte 6)

En cohérence avec la carte 4, on observe une concentration plus importante d'actions sur la ville de Rennes, ainsi qu'au sud-ouest et à l'est de la métropole. Les différentes catégories d'actions, hormis la préparation à la retraite, sont mises en place sur ce territoire, avec une prédominance d'actions sur le lien social, l'habitat, la nutrition, et l'aide aux aidants. Certaines actions sur le lien social (visites de convivialité) et l'habitat (diagnostics avec un ergothérapeute) sont des actions individuelles ; il est donc normal qu'elles figurent plusieurs fois sur une même commune. Par ailleurs, on observe des doublons d'actions sur la ville de Rennes (3 actions nutrition, 3 actions mémoire, 2 accès aux droits, 2 activité physique), qui peuvent s'expliquer par la taille de la ville, ainsi que quelques doublons sur Mordelles, le Rheu, Chavagne, du fait de la présence du CIAS.

3.2 Territoire d'agence du pays de St Malo (Carte 7)

Les actions financées en 2017 sont concentrées sur Saint Malo agglomération et la communauté de communes de la Côte d'Emeraude. Très peu d'actions sont réalisées sur les communautés de communes du pays de Dol et de la Baie du Mont St Michel et de la Bretagne Romantique. La surreprésentation d'actions par un SPASAD correspond à des visites à domicile organisées par un SPASAD local. Par ailleurs, la quasi-totalité des catégories d'actions sont représentées sur le territoire, hormis les actions sur le sommeil, la préparation à la retraite et la sécurité routière.

3.3 Territoire d'agence du pays de Vitré (Carte 8)

On observe une bonne répartition des actions sur le territoire de Vitré communauté, du fait d'une bonne répartition des actions habitat, actions prédominantes sur le territoire (diagnostic habitat au domicile des personnes). Les autres actions mises en place sur le territoire concernent la nutrition, l'activité physique, le bien-être et l'estime de soi, le lien social et la sécurité routière. La quasi-totalité des actions sur le lien social ont lieu à Vitré (7 actions) ; 2 actions nutrition ont eu lieu à Retiers.

3.4 Territoire d'agence du pays de Fougères (Carte 9)

La plupart des communes de la communauté de communes Couesnon Marches de Bretagne sont couvertes par des actions, principalement liées aux thématiques du lien social (actions individuelles et collectives) et de l'habitat (actions individuelles). Sur Fougères agglomération, sur les 34 actions recensées, 17 ont lieu sur la ville de Fougères. Les thématiques non abordées sur ce territoire d'agence concernent la mémoire, la sécurité routière, le sommeil et les actions par SPASAD.

3.5 Territoire d'agence du pays de Brocéliande (Carte 10)

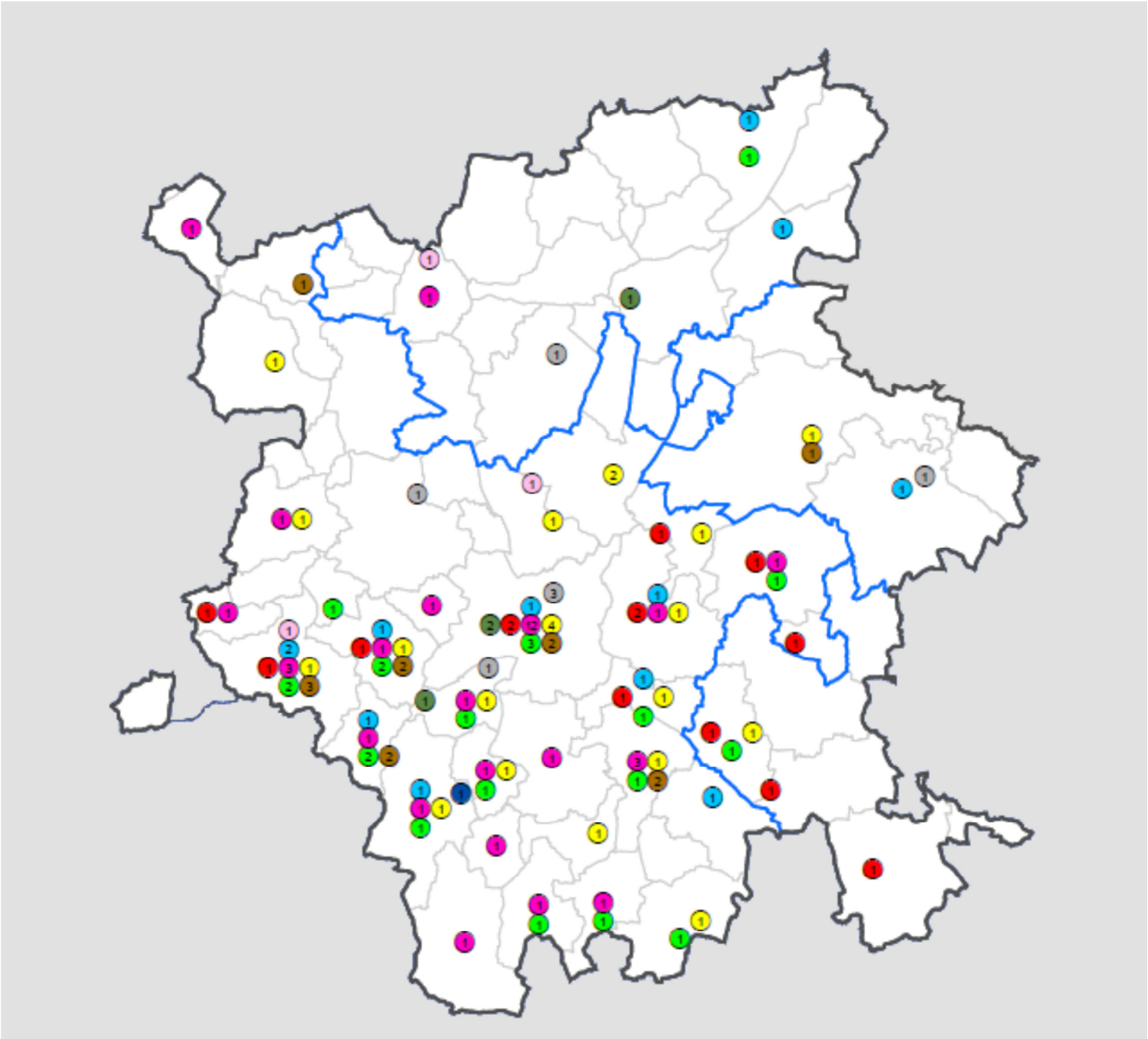
La plupart des actions financées sur ce territoire ont été mises en place sur la communauté de commune de Brocéliande, avec des actions sur les aidants, le lien social, l'activité physique, l'habitat, l'accès aux droits et le sommeil. Les communautés de commune de Saint Meen Montauban et Montfort sont peu couvertes ; Sur les 5 actions mises en place sur le communauté de communes de Monfort, 3 concernent la mémoire sur la commune de Montfort-sur-Meu.

3.6 Territoire des pays de Redon et des Vallons de Vilaine (Carte 11)

Les actions sur ce territoire sont concentrées sur les villes Redon et Bain-de-Bretagne. La plupart des actions sont des actions habitat ; 5 actions sur le lien social sont par ailleurs mises en place sur la ville de Redon.

4

Carte 6 : Catégories d'actions de prévention financées en 2017 par communes- Agence départementale du pays de Rennes

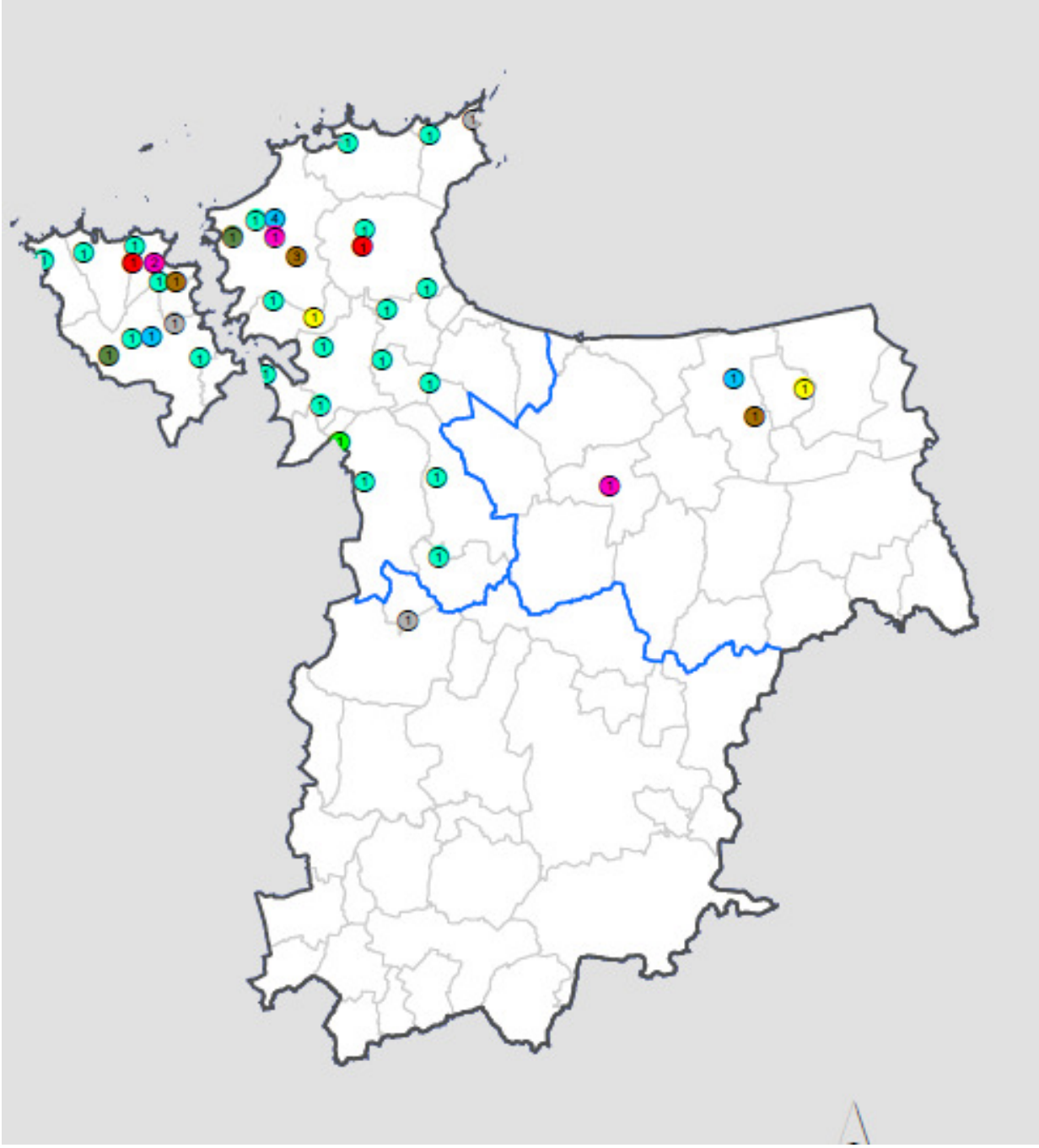


Catégories d'actions financées en 2017

- Accès aux droits
- Lien social
- Activités physiques
- Bien-être Estime de soi
- Habitat et cadre de vie
- Mémoire
- Nutrition
- Préparation à la retraite
- Sécurité routière
- Sommeil
- Soutien aux aidants
- SPASAD

Remarque : les chiffres dans les cercles indiquent le nombre d'actions

Carte 7 : Catégories d'actions de prévention financées en 2017 par communes- Agence départementale du pays de St Malo

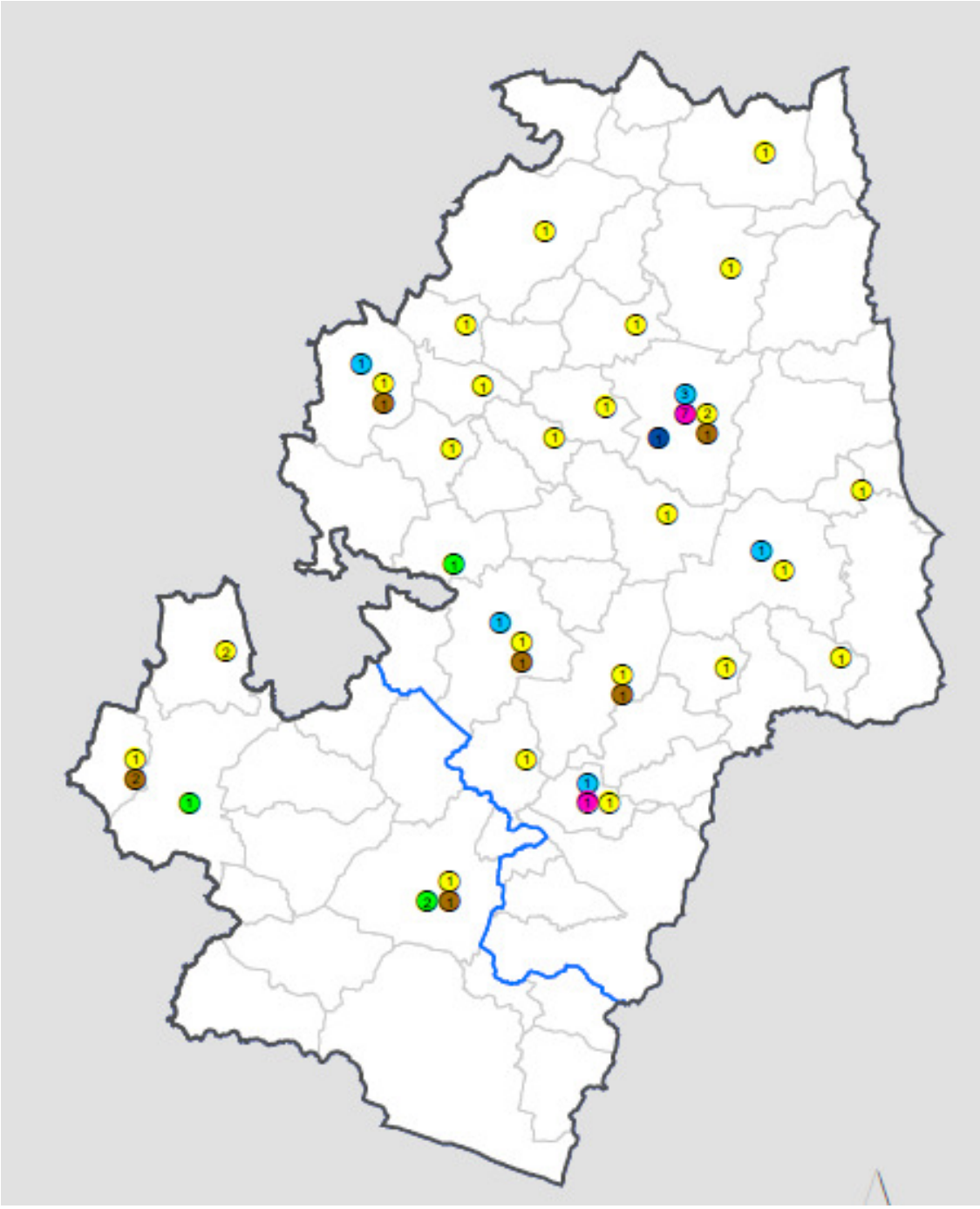


Catégories d'actions financées en 2017

Remarque : les chiffres dans les cercles indiquent le nombre d'actions

- Accès aux droits
- Lien social
- Activités physiques
- Bien-être Estime de soi
- Habitat et cadre de vie
- Mémoire
- Nutrition
- Préparation à la retraite
- Sécurité routière
- Sommeil
- Soutien aux aidants
- SPASAD

Carte 8 : Catégories d'actions de prévention financées en 2017 par communes- Agence départementale du pays de Vitré

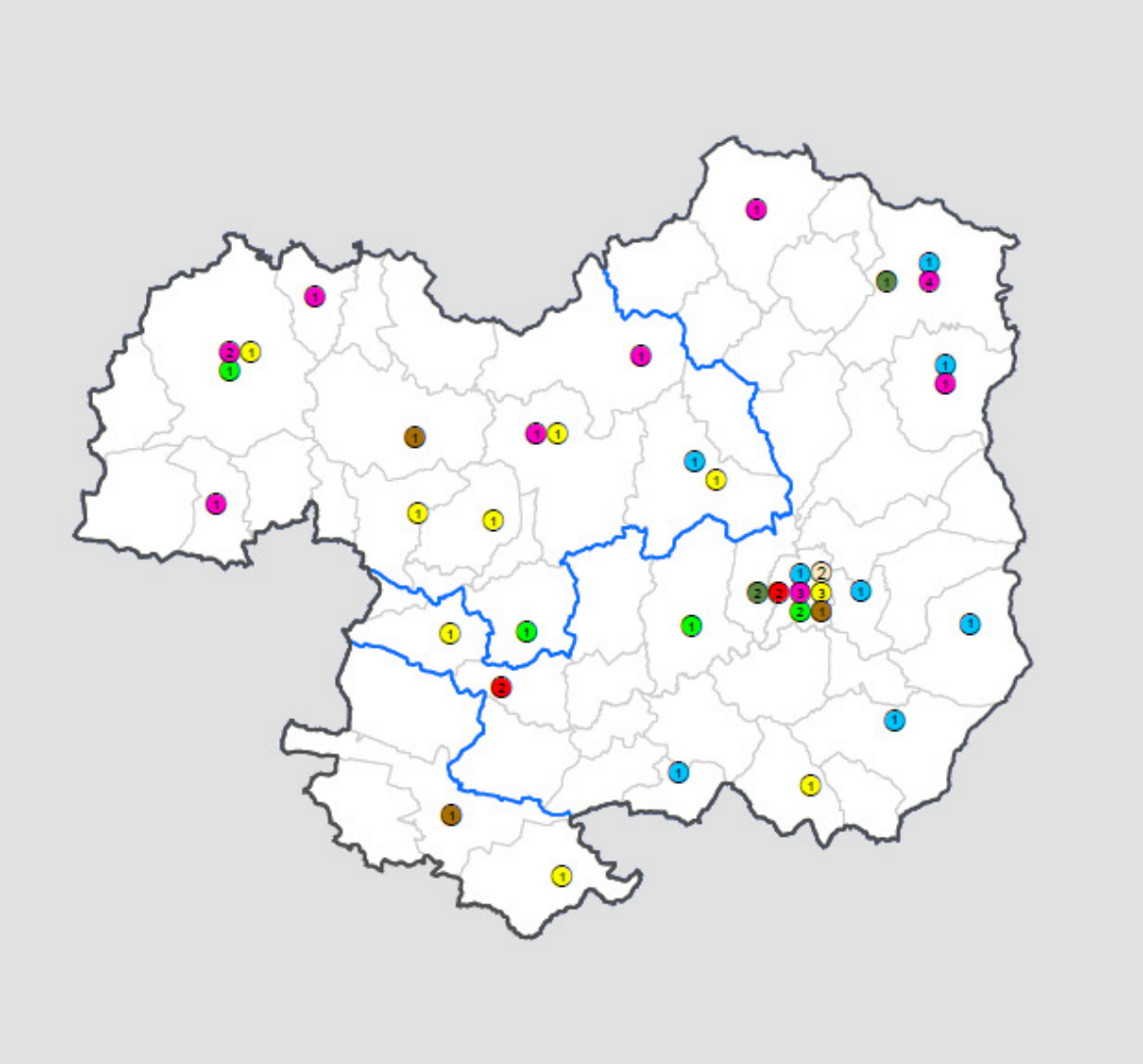


Catégories d'actions financées en 2017

Remarque : les chiffres dans les cercles indiquent le nombre d'actions

- Accès aux droits
- Lien social
- Activités physiques
- Bien-être Estime de soi
- Habitat et cadre de vie
- Mémoire
- Nutrition
- Préparation à la retraite
- Sécurité routière
- Sommeil
- Soutien aux aidants
- SPASAD

Carte 9 : Catégories d'actions de prévention financées en 2017 par communes- Agence départementale du pays de Fougères

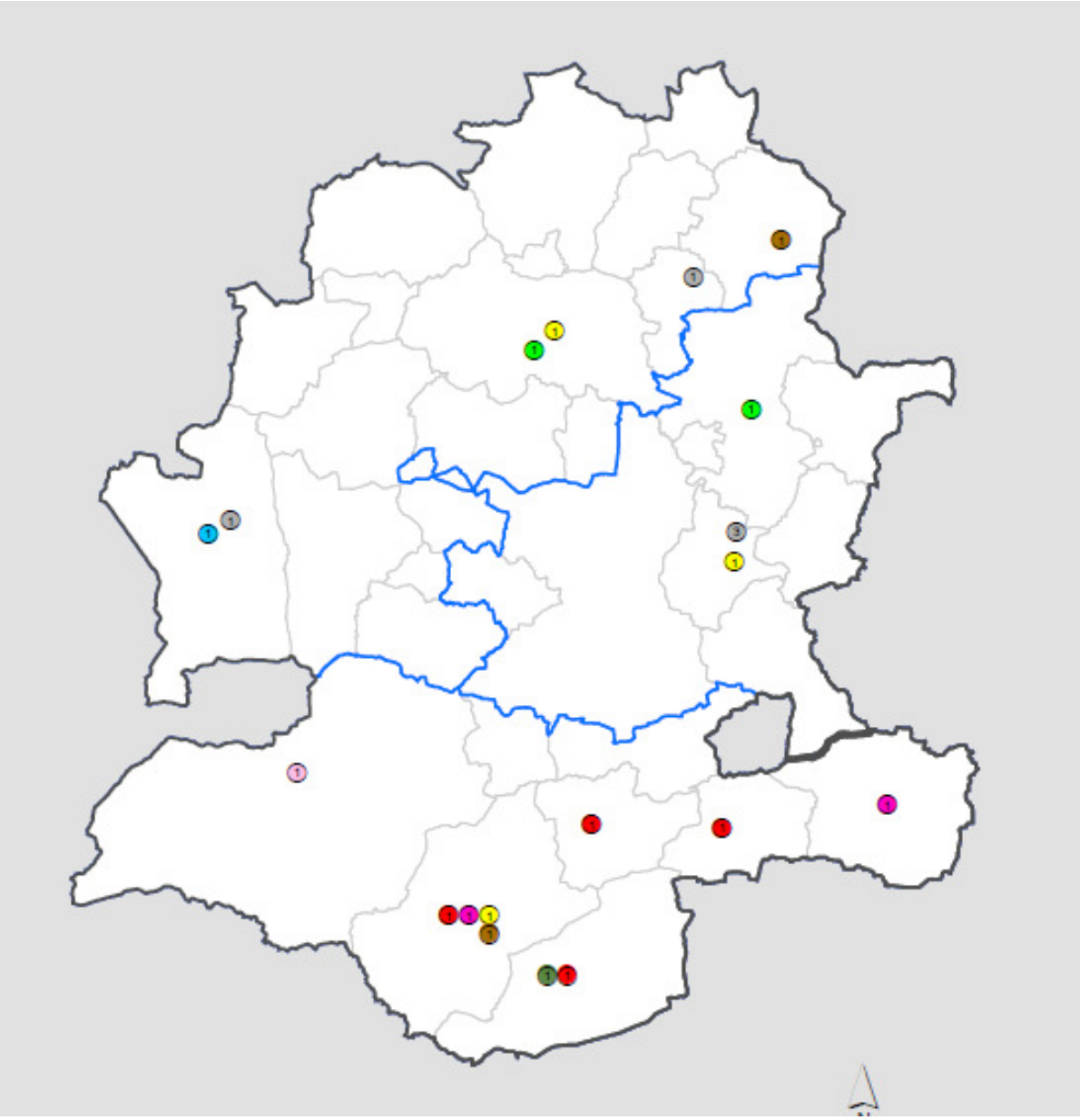


Catégories d'actions financées en 2017

Remarque : les chiffres dans les cercles indiquent le nombre d'actions

- Accès aux droits
- Lien social
- Activités physiques
- Bien-être Estime de soi
- Habitat et cadre de vie
- Mémoire
- Nutrition
- Préparation à la retraite
- Sécurité routière
- Sommeil
- Soutien aux aidants
- SPASAD

Carte 10 : Catégories d'actions de prévention financées en 2017 par communes- Agence départementale du pays de Brocéliande

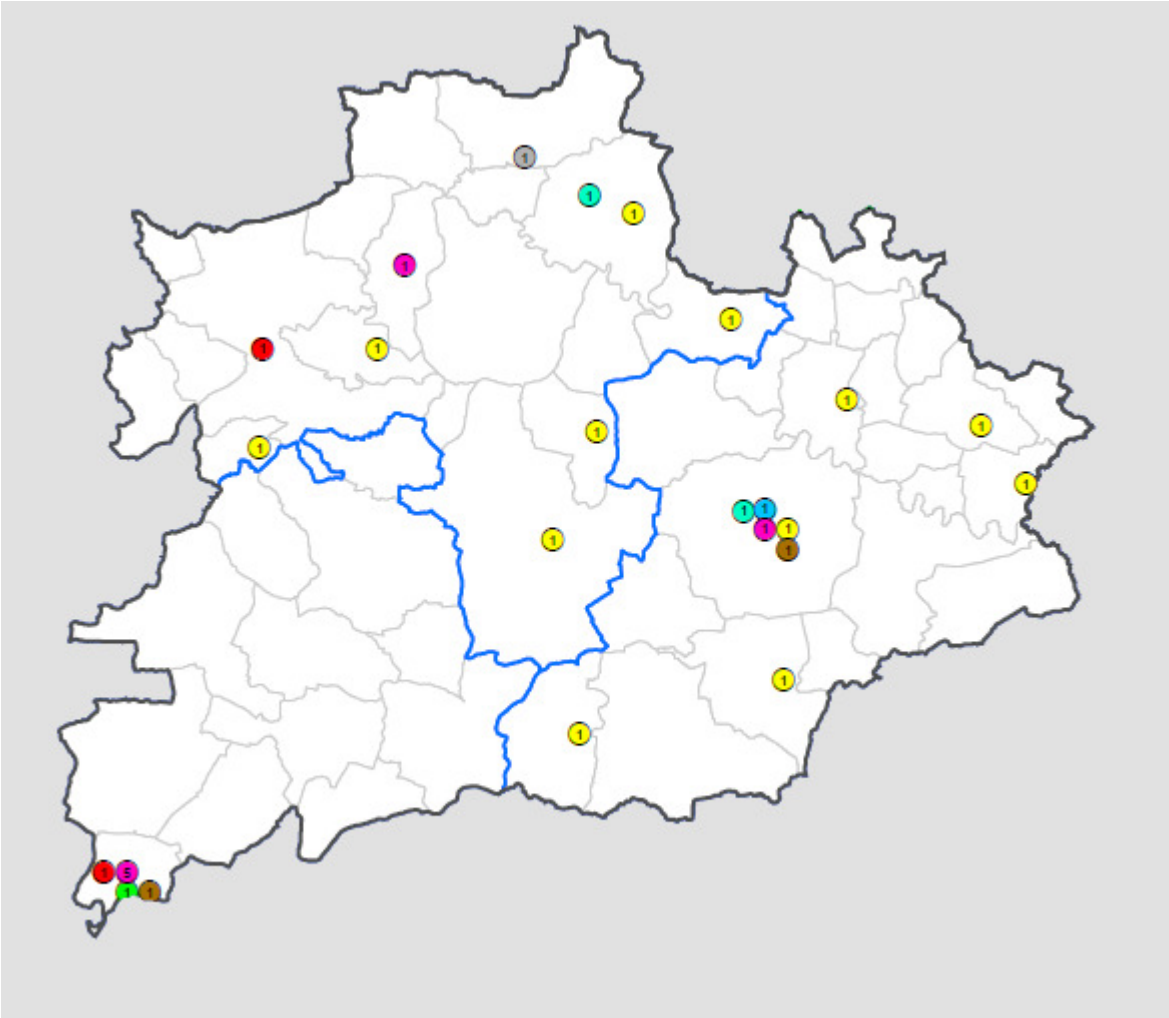


Catégories d'actions financées en 2017

Remarque : les chiffres dans les cercles indiquent le nombre d'actions

- Accès aux droits
- Lien social
- Activités physiques
- Bien-être Estime de soi
- Habitat et cadre de vie
- Mémoire
- Nutrition
- Préparation à la retraite
- Sécurité routière
- Sommeil
- Soutien aux aidants
- SPASAD

Carte 11 : Catégories d'actions de prévention financées en 2017 par communes- Agence départementale des pays de Redon et Vallons-de-Vilaine



Catégories d'actions financées en 2017

Remarque : les chiffres dans les cercles indiquent le nombre d'actions

- Accès aux droits
- Lien social
- Activités physiques
- Bien-être Estime de soi
- Habitat et cadre de vie
- Mémoire
- Nutrition
- Préparation à la retraite
- Sécurité routière
- Sommeil
- Soutien aux aidants
- SPASAD

Recommandations :

- **Les territoires des agences des pays de Rennes et St Malo étant les plus peuplés par les personnes âgées de 60 ans et plus, ils doivent être les plus couverts par les actions de prévention**
- **Afin d'encourager les porteurs de projets à mettre en place des actions dans les zones blanches, la conférence des financeurs 35 devrait communiquer sur la cartographie des actions financées régulièrement (1 fois / an) et privilégier les financements de l'année suivante vers ces zones peu couvertes**
- **Les territoires à couvrir en priorité sont les plus fragiles et avec peu d'actions : CC pays de Redon ; CC pays de la Bretagne Romantique, communes de la CC de la baie du Mont St Michel (hors St Broladre), CC de St Meen-Montauban (hors Montauban de Bretagne et Gaël) : encourager les acteurs à couvrir ces zones blanches**
- **Encourager les programmes coordonnés territoriaux afin d'assurer la cohérence des actions sur les territoires et la bonne répartition des différentes thématiques sur les communes**
- **Tendre vers une offre minimale d'actions de prévention sur la nutrition, l'activité physique et le lien social par EPCI (cf partie I), dans une démarche similaire au bouclier rural mis en place en Ille-et-Vilaine, afin de garantir aux territoires la présence ou l'accès à des services et équipements considérés comme « essentiels » (éducation, santé, transport,…)[83].**

[83] Département d'Ille-et-Vilaine, (2015), Le bouclier Rural, <http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/commpresse/2015_01_22_cg35_dp_bouclier_rural.pdf>, 22/01/2015

IV- Evaluation des actions financées par la conférence des financeurs 35 en 2017

Après avoir évalué de façon globale l'offre d'actions financées, les bénéficiaires de ces actions et leur répartition géographique, cette partie cherche à évaluer les actions financées selon trois indicateurs : leur effectivité, leur efficacité et leur efficience.

1) Effectivité des actions

L'effectivité des actions reflète la mise en place réelle des actions financées par la conférence des financeurs. Deux indicateurs ont été utilisés pour évaluer l'effectivité des actions financées en 2017 : le budget consommé par les structures par rapport au budget qui leur était alloué et le nombre de bénéficiaires touchés par rapport au nombre de bénéficiaires ciblés.

1.1 Budget consommé par les structures par rapport au budget alloué :

Au global, sur les 771 331€ de budget alloué par la conférence des financeurs 35 en 2017, 708 075€ ont été consommés. Sur les 63 256€ de budget non consommé (soit 8% du budget alloué), une demande de report a été effectuée pour un montant de 48 132€.

1.2 Nombre de bénéficiaires touchés par rapport au nombre de bénéficiaires ciblés :

L'information sur le nombre de bénéficiaires ciblés n'est pas exploitable pour 42 actions sur les 139 financées en 2017 : l'information manque dans certains dossiers de candidature ; d'autres actions ciblent un nombre de participants par session hebdomadaire, et non un nombre total de bénéficiaires ciblés sur la totalité de l'action.

Les 97 actions pour lesquelles un nombre de bénéficiaires ciblés est exploitable avaient pour objectif de toucher au global 7 026 personnes ; 5 567 personnes ont été effectivement touchées par ces actions, soit 79% de bénéficiaires touchés vs ciblés.

- 20 actions ont touché moins de 50% des bénéficiaires ciblés
- 15 actions ont touché entre 50 et 75% des bénéficiaires ciblés
- 17 actions ont touché entre 75 et 100% des bénéficiaires ciblés
- 45 actions ont touché plus de 100% des bénéficiaires ciblés

1.3 Difficultés de mise en œuvre évoquées par les structures

Les difficultés de mise en œuvre des actions évoquées par les structures, en particulier celles qui ont touché moins de 50% des bénéficiaires ciblés, sont les suivantes :

- Le court délai de mise en œuvre des actions entre le versement de la subvention de la conférence des financeurs (juin 2017) et la contrainte de fin d'activités fixée à fin mars 2018
- Le rapprochement des appels à projet 2016 et 2017, avec un chevauchement des financements sur 2017
- La difficulté de mobilisation du public, du fait d'une communication inadéquate, d'un manque de repérage du public cible par les acteurs locaux ou de la présence d'un atelier sur une thématique similaire dans l'environnement proche
- Des difficultés internes liées aux structures

Les actions qui ont touché plus de 100% des bénéficiaires ciblés sont principalement des structures locales : centres sociaux, CIAS, association de retraités, commune, quelques CLIC, des résidences autonomie, bistrots mémoire et un opérateur habitat.

Recommandations relatives à l'effectivité des actions financées :

- **La pluri-annualité des financements accordée par la conférence des financeurs depuis 2018 devrait faciliter la planification et l'organisation des actions. Si cette nouvelle façon de fonctionner s'avère concluante lors du bilan des actions 2018 en termes d'effectivité, promouvoir cette approche auprès des structures.**
- **Les difficultés de mise en œuvre liées à la mobilisation du public et à la proximité d'actions similaires sur un même territoire confortent la pertinence de programmations d'actions territoriales, afin d'anticiper les actions pour optimiser la mobilisation du public, et afin d'assurer une cohérence territoriale des actions financées**
- **Intégrer dans le cahier des charges de l'appel à projet le fait que les crédits non consommés au 31 mars seront récupérés par la conférence des financeurs 35 et intégrer un item relatif au repérage (cf II)**
- **Intégrer dans les bilans à renseigner sur le site de la conférence des financeurs 35 un item sur le nombre de bénéficiaires ciblés par l'action, afin de pouvoir analyser plus facilement le ratio bénéficiaires touchés / ciblés. Cet indicateur permettra également aux porteurs de projets de prendre conscience de l'atteinte de leur objectif en termes de nombre de participants, et de remonter les difficultés potentielles rencontrées dans la mise en œuvre des actions**

2) Efficacité des actions

Ce critère apprécie l'impact des actions de prévention financées sur les déterminants de la santé des participants (lien social, comportements favorables à la santé, environnement physique favorable à la santé).

2.1 Méthodologie utilisée

La méthodologie utilisée par les différentes structures varie pour mesurer l'impact des actions mises en œuvre.

Les opérateurs, historiquement financés par les caisses de retraite, suivent pour la mise en œuvre de leurs actions des référentiels élaborés par l'inter-régimes au niveau national avec Santé Publique France. Ces référentiels[84] intègrent des questionnaires d'évaluation que les participants aux actions renseignent à T0 (au début de l'activité), à T1 (fin de l'activité) et à T2 (3 à 6 mois après l'activité). Ces questionnaires contiennent à la fois des questions sur le profil de la personne (cf partie II.3) et des questions sur les comportements de la personne en lien avec l'atelier. Si d'après certains opérateurs, ces questionnaires sont fastidieux à faire remplir par les participants, ils permettent de se rendre compte de l'évolution des comportements des participants aux actions. Depuis 2017, un opérateur utilise un logiciel 'Webreport' qui permet de compiler les données des différents ateliers. Ce logiciel sera utilisé par l'ensemble des opérateurs à partir de 2018.

[84] http://www.pourbienvieillir.fr/publications-professionnelles

Les opérateurs d'activités physique utilisent par ailleurs des tests de condition physique validés : Time Up & Go, équilibre Unipodal, test de marche de 6 minutes,… qui évaluent objectivement la condition physique des participants au début et à la fin de ateliers.

Les CLIC, centres sociaux, CIAS et autres associations évaluent leurs actions principalement via des enquêtes de satisfaction, ou via des temps d'échanges avec les bénéficiaires et les intervenants. Ces évaluations ne permettent pas de mesurer des changements de comportements. Ces structures expliquent disposer de peu de temps pour mettre en place des questionnaires d'impact et pour les analyser. Elles reconnaissent leurs lacunes dans ce domaine et sont volontaires pour réfléchir à la mise en place d'indicateurs pertinents et simples à mettre en œuvre.

2.2 Quelques exemples d'impact d'actions financées par la conférence des financeurs

Des exemples d'évaluation selon les différents outils utilisés par les structures sont détaillés ci-dessous.

- **Données issues de Webreport - Ateliers Bien Vieillir mis en place par un opérateur**

Les ateliers 'Bien Vieillir' visent à favoriser les comportements pour un vieillissement réussi, au travers de 7 séances sur différents domaines du bien vieillir : l'alimentation, les organes des sens, le sommeil, le risque osseux, les alternatives aux médicaments ou encore l'hygiène bucco-dentaire. Le bilan réalisé sur 93 personnes ayant participé en 2017 à des ateliers Bien Vieillir montrent une augmentation de la consommation de fruits et légumes et produits laitiers recommandés par jour (5 fruits et légumes – 3 à 4 produits laitiers), une augmentation de la part des personnes âgées pratiquant plus de 15 minutes d'activité physique par jour, et de la part des personnes se brossant les dents 2 à 3 fois par jour, 3 mois après les ateliers (Figures 26 à 29). Si ces chiffres suggèrent l'adoption par les participants de comportements plus favorables à la santé suite aux ateliers Bien Vieillir, ils sont cependant à interpréter avec précaution, 20% seulement des participants aux ateliers ayant rempli le questionnaire T2.

Figure 26: Répartition des participants selon leur consommation quotidienne de fruits et légumes (N= 93 à T0, N=64 à T1, N=19 à T2)

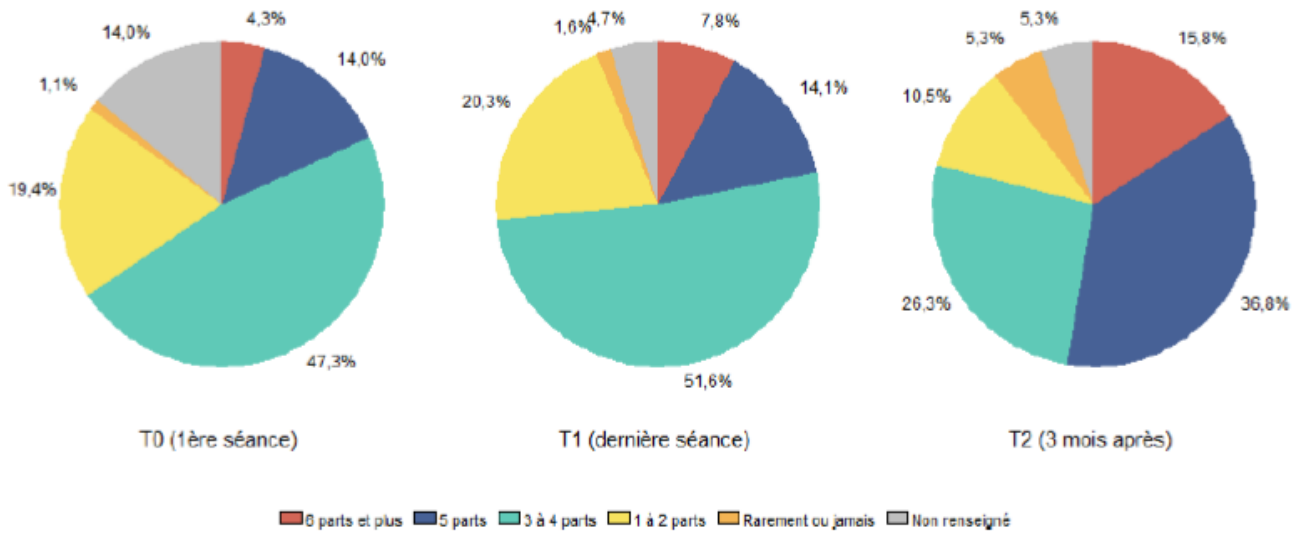


Figure 27: Répartition des participants selon leur consommation quotidienne de produits laitiers (N= 93 à T0, N=64 à T1, N=19 à T2)

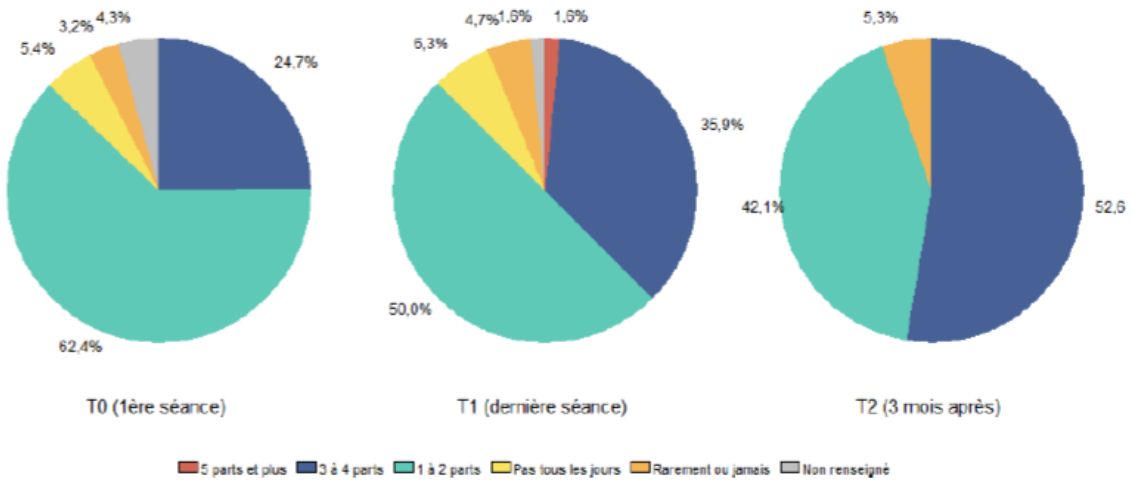


Figure 28: Répartition des participants selon leur durée quotidienne d'activité physique (N= 93 à T0, N=64 à T1, N=19 à T2)

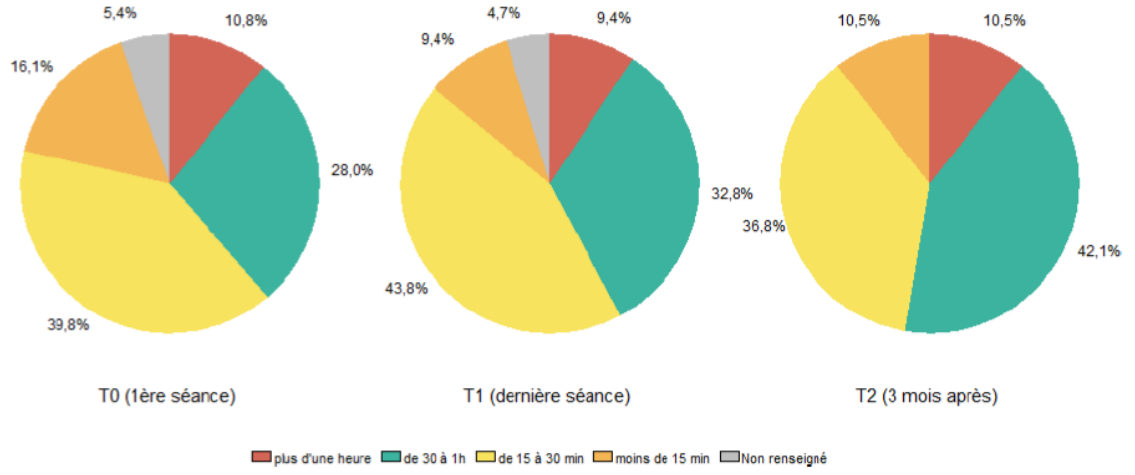
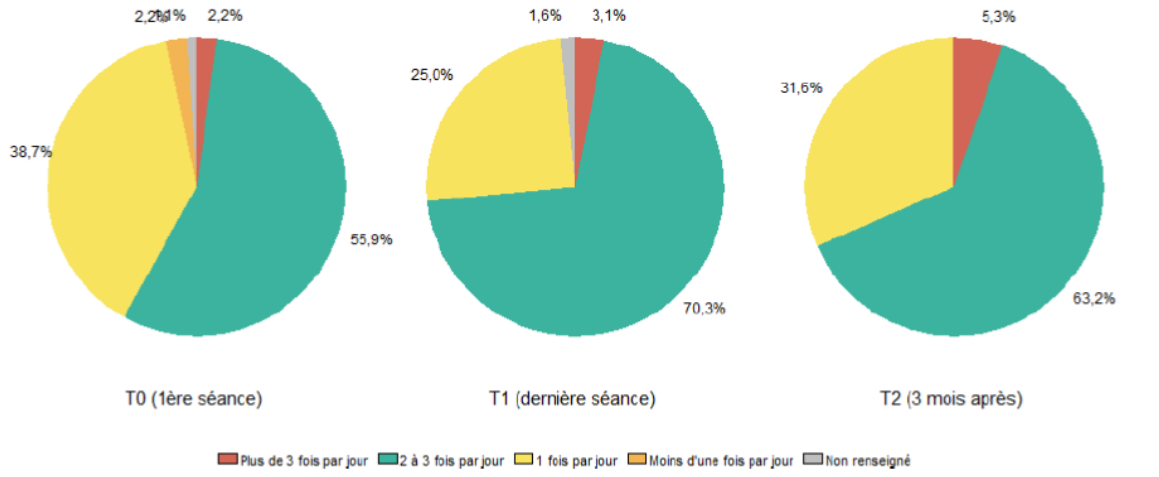


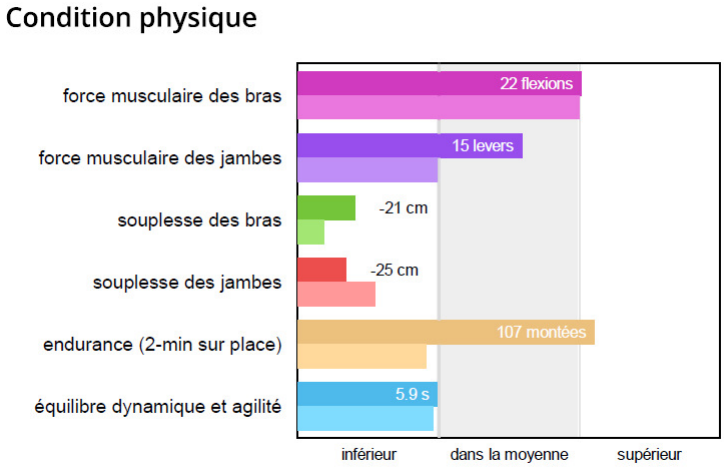
Figure 29: Répartition des participants selon la fréquence de leur brossage de dents (N= 93 à T0, N=64 à T1, N=19 à T2)



- **Tests d'activité physique adaptée / équilibre mis en place par les opérateurs**

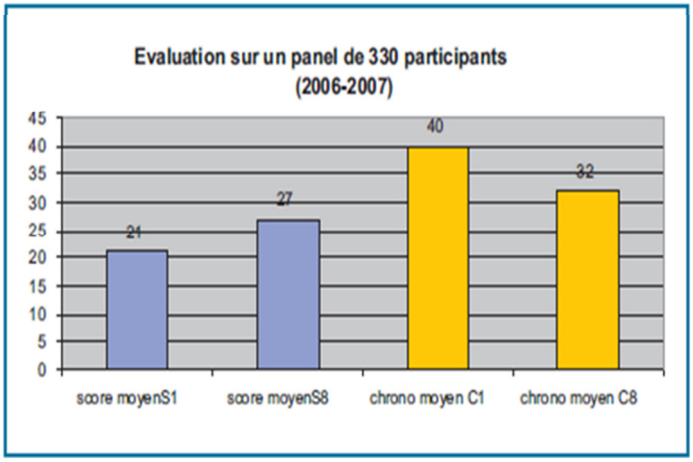
La figure 30 représente un bilan de condition physique sur une femme de 64 ans, réalisée par un opérateur avant l'atelier d'activité physique adaptée (couleur claire) et 3 mois après (couleur foncée). Ce bilan montre une progression de la personne sur 3 indicateurs et un score plus faible sur 1 indicateur, 3 mois après le début du programme. Ce bilan permet à la personne d'objectiver sa progression.

Figure 30 : Bilan de condition physique avant et 3 mois après un programme d'activité physique adaptée, chez une femme de 64 ans



Une évaluation[85] réalisée sur un panel de 330 participants à des actions Equilibre mis en place par un autre opérateur, a montré une amélioration du score d'exécution à un parcours équilibre (29% de progression) et une diminution du temps de réalisation de ce parcours de 25% entre la 1ère et la 8ème séance (Figure 31). Une deuxième évaluation portant sur 56 personnes ayant participé à des ateliers équilibre 1 an auparavant a révélé que 16% des participants étaient retombés, 78% avaient su se relever seuls et 74% pensaient avoir un meilleur équilibre. Cette évaluation démontre les bénéfices de ce type de programme sur la condition physique et la prévention des chutes.

Figure 31: Evaluation d'un programme Equilibre sur un panel de 330 personnes



[85] Faure K., « Un programme régional de prévention des chutes des personnes âgées en Bretagne : le programme Equilibreizh», *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* , 2013, 13(73), 4-9

- **Etude d'impact commanditée par les Bistrots Mémoire :**

Les Bistrots Mémoire sont des lieux d'accueil et d'accompagnement des personnes vivant avec des troubles de la mémoire, ainsi que de leurs aidants. Les bistrots mémoire ont commandité en 2018 une étude d'impact réalisée par un cabinet externe, qui s'est appuyé sur 45 entretiens avec les différentes parties prenantes du dispositif (des porteurs de projet aux personnes vivant avec des troubles), l'observation de 5 bistrots mémoire et un questionnaire renseigné par 269 acteurs[86]. Cette étude a montré les effets suivants sur les proches aidants :

- Pour 41% des aidants, le bistrot mémoire apparaît comme la seule occasion de sortie non médicale pour les participants les plus fragiles
- 98% réalisent qu'ils ne sont pas seuls à vivre cette situation
- 88% comprennent mieux la maladie d'Alzheimer et ses conséquences
- 80% arrivent mieux à gérer les situations au quotidien
- 92% ont découvert des solutions possibles à proximité de chez eux

Les bistrots mémoire ont également un impact sur les personnes vivant avec des troubles de la mémoire :

- 94% ont plaisir à échanger avec les autres participants
- 89% se sentent écoutés
- 82% pensent pouvoir s'exprimer sans crainte d'être jugé

- **Comparatif entre les préconisations des Diagnostics Habitat & les réalisations**

Certains opérateurs réalisent des visites conseils au domicile des personnes âgées et des diagnostics autonomie afin de sensibiliser les personnes âgées sur les travaux (conseils, estimation des travaux et des aides) et astuces pour aménager au mieux le logement et ainsi pérenniser le maintien au domicile. Sur 100 diagnostics réalisés par un opérateur en 2017, 96% des bénéficiaires ont poursuivi la démarche préventive en s'engageant dans des aménagements ou l'adaptation de leur logement. Au-delà de cet indicateur, il serait également intéressant de connaître la part des travaux préconisés dans les diagnostics effectivement réalisés.

- **Autres indicateurs d'évaluation : questionnaires, échanges avec les participants**

D'autres structures évaluent leurs actions via l'utilisation de questionnaires de satisfaction, via l'échange avec des participants ou le suivi de leurs adhésions.

Des CLIC ont ainsi recueilli suite à une action mise en place, des résultats de satisfaction élevés sur des conférences organisées (plus de 89 % de satisfaction) et sur les stands mis en place (plus de 95% de satisfaction sur le lieu, les informations recueillies, les échanges avec les professionnels).

Une association d'activités dédiées aux séniors, organise depuis quelques années des actions de prévention en plus de ses activités traditionnelles de loisirs, culturelles, etc.. Cette association a noté une augmentation de ses adhésions entre 2017 et 2018, qu'elle impute à l'inscription de personnes suite à des ateliers de prévention. Cette même association a remarqué que

[86] Union Bistrot Mémoire, « Bistrot Mémoire, synthèse de l'étude d'impact 2018 »

des personnes isolées deviennent adhérentes aux clubs de quartier suite aux actions de lutte contre l'isolement.

Une autre structure partage les retours de personnes sur les bénéfices perçus de leur participation aux actions : 'Je prends moins de médicaments', 'les gens me repèrent dans la rue', 'j'ai été malade, j'ai reçu 57 coups de fils', 'les actions, ça me fait sortir de chez moi'.

Ces retours sont très positifs, notamment en lien avec l'objectif de lien social recherché par le financement d'actions de prévention. Ces actions mériteraient cependant d'être évaluées de façon plus formelle, via la mise en place d'indicateurs, afin d'apprécier leur impact réel sur les bénéficiaires.

Synthèse et recommandations relatives à l'évaluation de l'efficacité des actions :

Les différents exemples d'évaluation ci-dessus montrent un impact positif des actions mises en place sur les comportements des individus, leur bien-être, l'aménagement de leur habitat ou encore sur le lien social. Elles suggèrent ainsi de poursuivre les actions telles qu'elles sont mises en œuvre, du fait de leurs bénéfices sur les populations.

L'évaluation d'impact des actions financées est indispensable pour apprécier si l'action atteint ses objectifs, ou s'il convient d'ajuster l'action. D'autre part, l'évaluation de l'efficacité des actions permet de valoriser les actions mises en place auprès de différents publics : les personnes âgées, afin de les inciter à participer aux actions, les élus pour les encourager à la mise en place d'actions sur leur territoire, les organismes financeurs afin de solliciter le renouvellement du financement des actions ayant fait leurs preuves. Si les opérateurs, sous l'impulsion des caisses de retraite, se sont emparés de cette thématique et sont équipés pour évaluer leurs actions, ce n'est aujourd'hui pas le cas d'autres structures.

- **Organiser une session de formation sur l'évaluation auprès des structures, notamment celles qui ne sont pas encore dans cette démarche. Cette formation visera notamment à développer avec les structures, des indicateurs d'impact pertinents sur les axes pour lesquels des référentiels inter-régimes n'existent pas (lien social, accès aux droits, aides aux aidants, …)**
- **Encourager les opérateurs à organiser une session de suivi 3 mois après les ateliers afin d'assurer un suivi des participants, et renseigner le questionnaire T2 pour bénéficier de statistiques exploitables**
- **Ajouter sur le site internet de la conférence des financeurs 35 un item où les porteurs de projets peuvent intégrer des indicateurs d'impact / partager les bilans WebReport dans leur bilan d'action**

Ces évaluations permettent de mesurer l'impact des actions individuelles de prévention. Dans la perspective de développer des programmations d'actions de prévention sur les territoires, et notamment des parcours de prévention (pour les personnes à risque de chutes), il serait intéressant d'évaluer leur impact au global sur la préservation de l'autonomie des sujets âgés.

- **Commanditer une étude d'impact d'une programmation d'actions de prévention sur un territoire. L'étude menée par le centre Bien Vieillir dans le Morbihan sur l'impact d'un**

parcours de prévention pour les personnes âgées, pourrait servir de modèle à cette étude d'impact.

3) Continuité des actions sur le territoire

De nombreuses structures partagent le retour de personnes âgées, qui après avoir participé à un atelier pendant quelques semaines, se trouvent démunies : *« qu'est-ce qu'on va faire maintenant ?* ». Afin de conserver la dynamique engagée par les actions de prévention (activité inscrite dans l'emploi du temps, lien social, démarche de s'occuper de sa santé), il est souhaitable d'assurer une continuité de ces actions sur les territoires, en particulier pour les actions ponctuelles.

Les acteurs de terrain s'engagent déjà dans cette démarche et s'organisent pour promouvoir les actions du territoire ou pour mettre en place une offre de suite :

- Les CLIC orientent à la fin de leurs actions ou celles des opérateurs les bénéficiaires vers les autres actions de prévention, les associations séniors, et les professionnels de santé du territoire
- Certains opérateurs cherchent à mettre en place une offre de suite pérenne après leurs ateliers (opérateurs d'activité physique), ou cherchent à mettre en place des ateliers sur d'autres thématiques
- Certaines associations gèrent l'inscription à leurs actions via le CCAS, afin d'encourager les personnes à prendre connaissance des actions organisées par le CCAS et à s'y inscrire.

<u>Recommandations relative à la continuité des actions sur le territoire :</u>

- **Partager les bonnes pratiques mises en place par les acteurs de terrain pour permettre aux bénéficiaires d'actions ponctuelles de continuer à participer à des activités (de prévention ou de loisirs) sur leur territoire**
- **Encourager les porteurs de projets et notamment les CLIC à communiquer sur l'offre d'actions du territoire à la fin des ateliers (cette communication sera facilitée si une programmation des actions et un outil de communication existent)**
- **Encourager la mise en place d'offre de suite pour l'activité physique, et le transfert de compétences des actions mémoire aux personnes âgées pour qu'elles puissent elles-mêmes organiser les ateliers (cf partie I)**
- **Pour les personnes à risque de chute, mettre en place un parcours de prévention avec des actions sur l'équilibre, l'habitat, la nutrition et la médication (cf partie I)**

V- Retour des porteurs de projets sur le dispositif conférence des financeurs 35

La dernière partie de ce rapport synthétise les retours des acteurs interrogés sur le fonctionnement de la conférence des financeurs d'Ille-et-Vilaine.

Points positifs :

Les porteurs de projets soulignent l'impact positif de la mise en place de la conférence des financeurs, qui facilite le financement des actions de prévention sur le département. Cette instance a permis non seulement de démultiplier les actions sur le territoire mais également d'expérimenter de nouvelles actions.

La conférence des financeurs a d'autre part fait évoluer l'offre d'actions de certaines structures (CIAS, association de retraités), historiquement orientées vers des activités de loisirs ou culturelles, vers davantage d'actions de prévention.

Les structures ont salué le diagnostic réalisé avant la mise en place du dispositif, diagnostic qualifié de pragmatique, qualitatif, dont l'approche territoriale et la prise en compte des remontées des acteurs locaux ont été appréciées. Finalement, les récentes évolutions du dispositif, notamment l'appel à projet commun entre la conférence des financeurs, le Conseil départemental et Cap Retraite Bretagne et la pluri-annualité des financements sont largement approuvées par les structures. L'appel à projet commun permet en effet aux porteurs de projet de gagner du temps lorsqu'ils remplissent les dossiers de candidature, la pluri-annualité apporte plus de confort pour la programmation et l'organisation des actions, et une garantie d'être financé sur plusieurs années.

Points à améliorer :

Le versement tardif des subventions de la conférence des financeurs, et déconnecté du calendrier des actions, a été mentionné comme une difficulté par la totalité des structures interrogées. Le versement en juin des fonds engendre une mise en œuvre de la plupart des actions entre septembre et mars, avec un risque de téléscopage des actions sur cette période et peu d'actions organisées le reste de l'année. Ce versement peut également impliquer une avance de trésorerie de la part des structures pour le paiement des salaires et des actions.

Des ajustements semblent d'autre part nécessaires entre opérateurs et structures locales (CLIC) pour la mise en œuvre des actions sur les territoires. Les CLIC sont en effet très sollicités par les opérateurs pour la mise en place opérationnelle des actions des opérateurs (logistique, communication) et souhaitent pouvoir anticiper la programmation des actions sur leurs territoires afin d'apporter une cohérence territoriale. D'autre part, certaines actions des opérateurs et des structures locales, bien que portant sur les mêmes thématiques, n'ont pas les mêmes formats et objectifs, et mériteraient d'être réfléchies en complémentarité (ex cycle sur la nutrition des opérateurs et ateliers cuisine ; atelier équilibre sur 3 mois vs action sportive pérenne).

Concernant les outils développés par la conférence des financeurs, les structures qui opèrent au niveau régional regrettent le manque d'harmonisation entre les conférences des financeurs des différents départements bretons sur les appels à candidatures ou les bilans à renseigner. Plusieurs

structures souhaitent d'autre part renseigner des évaluations qualitatives sur le site de la conférence des financeurs et pas uniquement des retours quantitatifs.

Finalement, la plupart des structures ont fait part de leur souhait de connaître les acteurs et les actions financées par la conférence des financeurs, afin d'avoir une vision à l'échelle départementale de l'offre d'actions, de pouvoir relayer les actions financées auprès des usagers, travailler en bonne intelligence entre structures (complémentarité des actions) et échanger des bonnes pratiques. Dans ce sens, les données transmises en 2017 sur la cartographie des actions financées en 2016 ont été appréciées.

Recommandations :

- **Dans la poursuite des réunions de coordination organisées par Cap Retraite Bretagne, réunir régulièrement (1 fois par an) les porteurs de projets afin de partager avec eux l'offre d'actions financée par la conférence des financeurs (statistiques sur priorités couvertes, cartographies des territoires couverts), partager les bonnes pratiques et les professionnaliser sur certaines thématiques (principes de promotion de la santé – évaluation)**
- **La pluri-annualité des financements accordés par la conférence des financeurs depuis 2018 devrait faciliter la planification et l'organisation des actions. Si cette nouvelle façon de fonctionner s'avère concluante lors du bilan des actions 2018, promouvoir cette approche auprès des structures.**
- **Favoriser la programmation d'actions territoriale afin d'anticiper les actions et donc la mobilisation du public et assurer une cohérence territoriale**

Synthèse des recommandations

Pour la conférence des financeurs / membres de la conférence des financeurs

- Faciliter l'échange entre membres de la conférence des financeurs 35 sur les prestations financées via leurs fonds propres (axes 1, 5, 6), afin d'éviter les doublons et positionner les crédits CNSA en complémentarité
- Orienter les financements de l'appel à projet vers les priorités du programme coordonné, axes de la loi ASV et zones peu couvertes par les actions, et vers une offre socle d'activité physique / nutrition / lien social sur chaque territoire d'EPCI
- Organiser des temps de rencontre réguliers avec les porteurs de projets (1 fois / an), afin de :
    - partager l'offre d'actions financées, l'état des lieux des priorités et zones géographiques couvertes, et inciter au développement des actions sur les priorités peu couvertes et les zones blanches
    - faciliter l'échange de bonnes pratiques et former sur les principes de promotion de la santé, l'évaluation, …
- Encourager les membres de la conférence des financeurs à financer la formation des professionnels au repérage et à la prévention
- Expérimenter sur un territoire la formation de l'ensemble des professionnels et intervenants auprès des personnes âgées (SPASAD, SAAD, Bénévoles, professionnels de santé, CCAS, CLIC, ..) sur le repérage des facteurs de risque de la perte d'autonomie : fragilité, chutes, risque suicidaire, polymédication, troubles cognitifs…
- Encourager la pluriannualité des financements auprès des porteurs de projet, si l'approche est concluante en 2018 (meilleure effectivité des actions, retour positif des structures sur l'organisation de leurs actions)
- Amender les outils de la conférence des financeurs 35:
    - Modifier le programme coordonné suivant les préconisations (scinder la priorité 1 ; supprimer les priorités 3 et 6 ; fusionner les priorités 11 et 12)
    - Intégrer dans le cahier des charges de l'appel à projet un item relatif au repérage et un item relatif aux solutions de transport envisagées par les structures pour mobiliser les plus fragiles et isolés ; intégrer la règle de reprise des crédits non consommés au 31 mars & repréciser l'âge des aidants pour les actions d'aide aux aidants
    - Intégrer dans les bilans du site internet un item sur le nombre de bénéficiaires ciblés, afin de mesurer l'effectivité des actions, et un item relatif à l'impact des actions afin de mesurer leur efficacité
- Commanditer une étude sur l'évaluation d'impact d'une programmation d'actions sur un territoire

Pour les CLIC / Cap Retraite Bretagne

- Favoriser les programmations d'actions sur les territoires, afin de renforcer la cohérence territoriale et optimiser la mobilisation du public
- Tendre vers une offre socle d'activité physique / nutrition / lien social sur chaque territoire d'EPCI (et notamment dans les zones blanches)

- Pour la prévention des chutes, favoriser les parcours de prévention sur les territoires, incluant des interventions sur l'équilibre, la nutrition, la médication, l'aménagement de l'habitat
- Faire le lien avec les CLS sur les territoires

Pour les porteurs de projets

- Développer des actions sur les priorités peu couvertes et dans les zones blanches
- Développer les actions ayant fait la preuve de leur efficacité
- Faire du lien entre les différentes priorités du programme coordonné dans les actions mises en œuvre (ex numérique comme support d'activité intergénérationnelle ou de lien social)
- Assurer la continuité des actions en communiquant sur l'offre d'actions du territoire à la fin des ateliers. Pour les ateliers mémoire, transférer les compétences aux personnes âgées pour la poursuite des actions
- Intégrer aux actions les personnes qui en ont le plus besoin (personnes fragiles, isolées, ..) en mettant en place des solutions de repérage et de transport
- Favoriser la participation du public dans les actions selon des principes de promotion de la santé
- Evaluer les actions sur la base d'indicateurs pertinents

ANNEXES

ANNEXE 1 : Enquête GeMouv

Contexte :

Afin de recueillir l'avis des usagers sur les actions de prévention qui leur sont proposées, une enquête a été menée auprès du réseau de retraités Générations Mouvement (GeMouv). Cette fédération créée en 1976 couvre le territoire national et rassemble plus de 30 000 adhérents sur le département d'Ille-et-Vilaine.

Méthode :

Une enquête par questionnaire auprès de la fédération d'Ille-et-Vilaine a été réalisée en deux temps : tout d'abord via la participation à un évènement annuel organisé par la fédération départementale rassemblant plus de 1000 adhérents : 'la fête de l'amitié', organisée le 12 juin 2018 à St Aubin du Cormier. Le questionnaire a été distribué aux participants à cet évènement sur le stand de la conférence des financeurs. L'enquête a par la suite été diffusée le 6 juillet 2018 via la newsletter hebdomadaire de la fédération, envoyée auprès de 1000 foyers. Le questionnaire partagé portait sur le profil des retraités interrogés, le niveau de notoriété des actions de prévention organisées sur le territoire et les sources d'information, la participation des retraités à ces actions et leur avis sur les actions, et finalement leurs souhaits en matière d'actions sur le bien vieillir.

Résultats :

Taux de réponse :

- Enquête Fête de l'Amitié : 41 répondants sur les quelques 100 visiteurs du stand
- Enquête Newsletter : 34 répondants sur 1080 inscrits

Soit un total de **75 répondants** à l'enquête

Profil des retraités interrogés (N=75) :

- 61% Femmes, 39% hommes
- 1%_<60 ans, 39%_60-69 ans, 45%_70-79 ans, 15%_80-89 ans

Les autres résultats de l'enquête sont présentés dans ce rapport :

- Figure 6 : Thématiques plébiscitées par les retraités interrogés
- Figure 20 : Connaissance des actions de prévention proposées sur le territoire par les retraités interrogés
- Figure 21 : Sources d'information sur les actions de prévention organisées sur le territoire
- Figure 22 : Souhaits de sources d'information sur les actions de prévention organisées sur le territoire

- Figure 23 : Participation aux actions de prévention proposées sur le territoire
- Figure 24 : Avis sur les actions de prévention proposées sur le territoire
- Figure 25 : Raisons de non-participation aux actions de prévention proposées sur le territoire