

 Etat des lieux de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées dans le département de l'Ain.



Réalisé par :

Mr Ousmane NDIAYE, Auteur de cette étude est Sociologue spécialisé sur les questions de *santé et vieillissement*, Chercheur associé au Laboratoire CORHIS à l'Université de Perpignan UPVD et Chargé d'Etude en Epidémiologie à l'ADESSA (L'Association Départementale d'Education pour la Santé de l'Ain).

Collaboration

Observatoire Régional de la Santé Auvergne Rhône-Alpes sur la partie quantitative de l'étude

Mme Karine FONTAINE-GAVINO Socio-démographe

Coordination Générale :

Mme Juliette FOVET-JULIERON, Directrice de l'ADESSA

Présentation de l'ADESSA :

L'Adessa est une structure de promotion et d'éducation pour la santé aux services de la population avec les missions suivantes :

Un acteur de terrain en promotion-éducation pour la Santé. L'Adessa met en place des actions et des formations auprès de tout public et sur les thématiques prioritaires de santé publique en partenariat avec les institutions et les associations du département et de la région.

La démarche d'intervention repose sur une approche globale de la santé et sur la responsabilisation et la participation de la population.

Une Structure Ressources permettant de favoriser l'émergence, la structuration et la coordination de projets de promotion de la santé, articulant tous les acteurs possibles et influant sur les déterminants de la santé.

L'ADESSA participe à la mise en œuvre du projet régional de santé au niveau local (recueil des demandes et besoins du territoire, soutient l'innovation et l'expérimentation sur le territoire déficitaires, accompagne méthodologiquement à la mise en place de projets en éducation pour la santé).

L'adessa renforce également les compétences des acteurs et la qualité des actions en promotion et éducation pour la santé et développe largement la culture de promotion de la santé auprès des acteurs.

L'adessa valorise également l'ensemble des ressources au service de la qualité des actions en promotion de la santé. (Site internet, lettre électronique, temps d'échanges....)

Remerciements

Cette étude a été réalisée avec l'apport et la participation de nombreux acteurs. À défaut de pouvoir être exhaustive, l'ADESSA tient à remercier :

- ❖ Le Conseil Départemental pour sa confiance accordée à l'ADESSA. Nous remercions particulièrement Mr Thierry CLÉMENT, Directeur Général Adjoint de la Solidarité, Mr Souleymane THIAM Responsable Domaine Autonomie PA/PH et les membres de son équipe Mme Marlène BUIS, Mme Valérie RAFIDIARIMANDA et Mme Sandrine RUTY pour leurs collaborations efficaces.
- ❖ L'ensemble des membres du Comité de pilotage de la Conférence des Financeurs pour leur apport critique et le suivi nécessaire pendant toute la durée de l'étude
- ❖ **L'ORS Auvergne-Rhône-Alpes**, particulièrement Mme Karine FONTAINE-GAVINO Socio-démographe, pour sa participation dans la partie quantitative de l'étude
- ❖ Les acteurs rencontrés dans chaque territoire du département notamment les Coordinateurs CLIC qui nous ont facilité l'organisation des rencontres
- ❖ L'ensemble des participants aux deux tables qui ont apporté leur témoignage à la complexité des thématiques sur *le territoire et logique de prévention* et sur *les maladies chroniques*
- ❖ **L'équipe de l'ADESSA** pour son implication dans l'organisation des différentes rencontres

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	p.5
PROPOS INTRODUCTIFS.....	p.6 à 10

PREMIERE PARTIE :

ANALYSE DES INDICATEURS DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES DANS LE DEPARTEMENT DE L'AIN.....	p.11 à 12
I. Données populationnelles et démographiques	p.13 à 16
II. Données sociales.....	p.16 à 19
III. Données sanitaires	p.19 à 29

DEUXIEME PARTIE :

TERRITOIRE ET ACTIONS DE PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE.....	p.30
I. Acteurs de proximité face aux problèmes de la perte d'autonomie.....	p.31 à 51
II. Répartition des actions et analyse thématiques des actions de prévention..	p.51 à 64

TROISIEME PARTIE :

ANALYSE DES TABLES RONDES ET RECOMMANDATIONS.....	p.65
I. Analyse des tables rondes : recommandations des acteurs.....	p.66 à 71
II. Pistes de réflexions et recommandations.....	p.72 à 75
CONCLUSION.....	p.76
SYNTHESE.....	p.77 à 79
ABREVIATIONS.....	p.80
ANNEXES.....	p.81 à 104

AVANT-PROPOS

Ce rapport concerne une étude intitulée « Etat des lieux des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile et en établissement dans le département de l'Ain ». Elle est commanditée par le Conseil Départemental de l'Ain et réalisée par l'ADESSA dans le cadre d'une enquête qualitative et quantitative.

Ce rapport débutera par des propos introductifs qui décriront le contexte général du vieillissement, de l'étude et la méthodologie adaptée pour répondre à la commande du Conseil Départemental de l'Ain. La première partie a vocation à mieux connaître les problématiques de la population cible et à analyser les indicateurs de la perte d'autonomie. La deuxième partie analyse les entretiens et le recensement d'actions de prévention et les initiatives locales par thème et par territoire avec pour objectif de caractériser, dans la mesure du possible, la population touchée par ces initiatives et d'identifier les territoires où il n'y a pas ou peu d'actions mises en œuvre. Enfin, la troisième partie est consacrée à l'analyse des tables rondes et à des propositions d'actions au regard des besoins et de l'offre existante. Le but de ces propositions est d'alimenter le programme de prévention de la perte d'autonomie que sera chargé d'établir la Conférence des Financeurs.

PROPOS INTRODUCTIFS

La population française vieillit et vit de plus en plus longtemps. Ce vieillissement de la population est une réalité constatée dans le département de l'Ain. C'est un phénomène qui correspond à une augmentation de la population des personnes âgées de 60 ans et plus qui représente en 2013 22% soit 134 639 habitants dont 30 481 personnes âgées de 80 ans et plus.

Nous assistons à une transition démographique qui se traduit par une baisse de la natalité et une augmentation de l'espérance de vie à 78 ans pour les hommes et à 85 ans pour les femmes. Cette espérance de vie longue est due, en grande partie, par les innovations technologiques dans le domaine médical avec la disparition progressive des maladies infectieuses. Cette transition démographique est accompagnée à un changement économique, avec une industrialisation et un effondrement du monde rural et agricole, qui a provoqué des changements significatifs dans les modes de vie. Les parents se retrouvent seuls très loin des enfants. Etudes universitaires et conditions de travail ne facilitent plus l'accompagnement des parents dans cette épreuve ou parcours du vieillissement.

Cette longévité fait naturellement apparaître des effets du vieillissement notamment des déficiences (motrices, visuelles, organiques, auditives ou mentales), des maladies chroniques et progressivement une perte d'autonomie. Cette perte d'autonomie est l'objet principal de cette étude.

Cette notion de perte d'autonomie, dans son acception la plus courante, se réduit à la capacité à effectuer un certain nombre de tâches de la vie quotidienne, sans assistance extérieure. Cette conception suppose que la personne en perte d'autonomie est exclusivement confrontée à un problème fonctionnel. Il existe d'autres conceptions faisant allusion à une situation de privation de liberté. En effet, pour Le Robert l'autonomie est : « *Le droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet* ».

Nous pouvons en déduire à partir de ces deux conceptions que **la perte d'autonomie d'une personne âgée représente son incapacité d'assurer seule certains actes de la vie courante dans son environnement habituel et son incapacité à se gouverner soi-même, de prévoir et de choisir**. Cette incapacité peut être liée en grande partie au processus naturel du vieillissement. Elle est alors due à une perte de capacité physique ou mentale à effectuer certaines tâches et surtout la liberté que procure la capacité à y parvenir sans l'assistance d'un tiers.

Ce processus de perte ou de cumul d'incapacité conduit progressivement la personne à un état dit de dépendance. Cet état nécessite impérativement une aide d'un tiers pour accomplir un acte de la vie quotidienne ou une surveillance régulière. Cet état est évalué à plusieurs niveaux, hiérarchisés à partir de la grille AGGIR : GIR1, GIR2, GIR3, GIR4, GIR5 et GIR6. Cet état évalué demande des réponses et un accompagnement selon GIR. L'autonomie de la personne est graduée selon le GIR. Son autonomie affaiblit au fur et à mesure que le niveau de GIR baisse.

La perte d'autonomie des personnes âgées va alors entraîner la mobilisation de professionnels pluridisciplinaires, des proches aidants et des institutions privées et publiques. Le département de l'Ain, pour sa part de réponse à apporter, accorde une place importante au domaine de la solidarité et au secteur de la prise en charge de la dépendance. Il a alors mis en place, à travers son plan sénior, un certain nombre de réponses à ce processus du vieillissement pour anticiper la dépendance.

Son actuel Plan Sénior 01 a été défini sur la base de cinq objectifs :

- Prévenir la perte d'autonomie ;
- Vivre ensemble dans l'Ain pour tous les âgés ;
- Mieux vieillir chez soi ;
- Adapter les établissements aux défis de demain ;
- Soutenir les malades d'Alzheimer et leurs familles.

En outre de ces actions, le département de l'Ain finance, dans le cadre de sa politique du maintien à domicile, des actions sur la « *sécurité et habitat* ». Dans cette optique, il a cherché à promouvoir des structures intermédiaires telles que les Petite Unité de Vie (PUV) et les Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées (MARPA). Il a aussi mis en place le projet HAISSOR pour affirmer ses actions dans la solidarité et lutter contre l'isolement et les accidents quotidiens à domicile (chutes).

Ce contexte du vieillissement nécessite une meilleure connaissance des mécanismes conduisant à la perte d'autonomie afin de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces. C'est dans le cadre de cette réflexion que le besoin d'un diagnostic territorial a été défini par le Plan Senior. Ce plan a défini deux axes principaux dans l'objectif de contribuer efficacement à l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées dans le département de l'Ain.

- Un lancement d'un appel à projet sur la prévention de la perte d'autonomie (ce présent état des lieux)
- Une expérimentation des outils technologiques innovants (prévention et sécurité)

Contexte de la commande

Le contexte de cette étude est marqué par une gestion collective d'un risque majeur : le vieillissement. Il est perçu à la fois comme une chance et comme un défi de société.

La perte d'autonomie liée à ce vieillissement est devenue une source de préoccupation pour les gouvernements mais aussi pour l'ensemble de la population retraitée ou non. Avec l'allongement de l'espérance de vie, de plus en plus de ménages y sont confrontés, et le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement est devenu un enjeu national. C'est dans ce contexte que la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a été promulguée le 28 décembre 2015 pour relever ce défi. Pour se faire, elle crée un ensemble de mesures d'anticipation, de prévention et d'accompagnement.

Cette loi exige d'établir un diagnostic des besoins de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 60 ans. Elle a alors créé un dispositif appelé la « Conférence des Financeurs », pilotée par les Conseils Départementaux. Il s'agit d'une Instance de coordination institutionnelle des financements des actions menées au titre de la prévention de la perte d'autonomie. À ce titre, la conférence des financeurs devra (d'après la loi) :

- établir un diagnostic des besoins,
- recenser les initiatives développées au niveau local,
- définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales.

L'enjeu est de rendre les actions de prévention plus lisibles et plus cohérentes entre elles.

C'est dans ce contexte que le Conseil Département de l'Ain, pilote de la Conférence des Financeurs, a lancé un appel à projet pour réaliser cet état des lieux. Il consiste à recenser et à analyser les besoins des personnes âgées ainsi que ceux des acteurs de terrain afin de mettre en place des actions concrètes en vue d'un futur appel à projet autour de la perte d'autonomie de la personne âgée.

Cette commande s'articule sur 5 objectifs :

- Analyser les besoins des personnes âgées
- Recenser les initiatives locales et les actions existantes
- Définir les indicateurs de fragilité dans le département
- Repérer les facteurs de la perte d'autonomie
- Fournir des outils d'aide à la décision afin d'impulser des actions de prévention

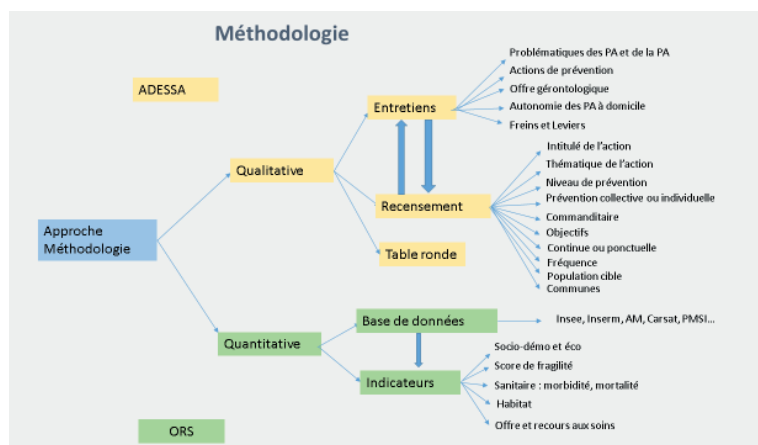
Pour répondre à ces objectifs nous avons établi une démarche méthodologique concertée et validée par l'ensemble des partenaires associés à cette étude.

Stratégies développées pour répondre aux objectifs de la commande

Pour réaliser cette commande, nous avons choisi de travailler sur une méthode mixte (qualitative et quantitative) et de développer des outils de recueil de données qualitatives. En collaboration avec l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), un partenaire très impliqué dans l'analyse quantitative de l'étude, nous avons fait une proposition d'une démarche adaptée à cette commande. Cette démarche, validée par le Conseil Départemental et le comité de pilotage de la conférence des Financeurs, consiste :

- à définir la tranche d'âge de la population cible : les 60 ans et plus ;
- à préciser le territoire d'action (périmètre géographique) : le territoire d'enquête et de recensement d'actions de prévention est celui des CLIC. Le territoire d'exploitation des données quantitatives est celui des MDS ;
- à déterminer les acteurs à interroger : la liste des acteurs à interroger est fournie par le Conseil départemental et l'ARS ;
- à Prévoir certains obstacles notamment sur la durée de l'étude : le délai de réalisation de l'étude est très court, elle est de 6 mois et le planning de départ a été modifié.

La démarche méthodologique retenue pour réaliser cette étude s'appuyant sur la méthode mixte. Elle est définie sur deux objectifs principaux : un objectif qualitatif et un objectif quantitatif.



⇒ **L'objectif qualitatif** permet de recueillir le ressenti des acteurs sur différentes thématiques. Il consiste à réaliser et analyser des entretiens semi-directifs auprès des personnes et des structures ressources et auprès des acteurs de prévention de la perte d'autonomie à domicile des personnes âgées ou en établissement identifiés par le Conseil Départemental. Il consiste également à analyser les actions de prévention de la perte d'autonomie recensées dans chacun des territoires CLIC.

Cet objectif qualitatif prévoit, en plus, d'organiser deux tables rondes. C'est l'occasion de redonner la parole aux acteurs et analyser leurs points de vue et leurs recommandations. Ces recommandations portent sur deux thématiques qui ont été choisies par le comité de pilotage de la Conférence des Financeurs à partir des résultats partiels.

⇒ **L'objectif quantitatif** permet d'analyser les indicateurs socioéconomiques, de la fragilité et des indicateurs sanitaires portant sur l'offre de soins, les taux de morbidité et de mortalité. Il consiste à identifier les populations de 60 ans et plus les plus « fragiles » et les territoires infra-départementaux les moins dotés en termes d'offre. Ce diagnostic sera réalisé à partir de l'analyse de données provenant de diverses sources disponibles à l'ORS Auvergne Rhône-Alpes : Insee, Carsat, Cnamts, RSI, MSA, PMSI, CEPIDIC. La participation de l'ORS dans cette étude consiste à exploiter ces bases et nous fournir des fichiers Excel. Il a été convenu également que c'est l'ORS qui doit assurer la représentation cartographique des indicateurs les plus pertinents.

L'intérêt d'associer ces deux méthodes quantitatives et qualitatives est de bien saisir la complexité de la thématique « perte d'autonomie » dans toutes ses dimensions sanitaire, sociale et médicosociale. Cette association nous permettra de saisir les éléments essentiels et de définir des recommandations et des priorités d'action.

Cette méthode sera appliquée dans les 3 parties de l'étude :

- 1^{ère} partie : Analyse quantitative des indicateurs de la perte d'autonomie
- 2^{ème} partie : Analyse qualitative : Territoire et actions de prévention de la perte d'autonomie
- 3^{ème} partie : Analyse des tables rondes et recommandations

PREMIERE PARTIE :
ANALYSE DES INDICATEURS DE LA PERTE
D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES DANS
LE DEPARTEMENT DE L'AIN

Analyse des indicateurs de la perte d'autonomie des personnes âgées dans le département de l'Ain

Cette analyse quantitative porte sur la population des 60 ans et plus. Elle traite les indicateurs sociodémographiques, socioéconomiques, des scores de fragilité, et des indicateurs de santé (morbidité et mortalité). Elle permet, du point de vue quantitatif, de montrer l'image des personnes âgées dans la problématique de la perte d'autonomie, de comparer les indicateurs entre les territoires MDS du département et de se situer par rapport aux autres départements ou au niveau régional.

Précisions méthodologiques

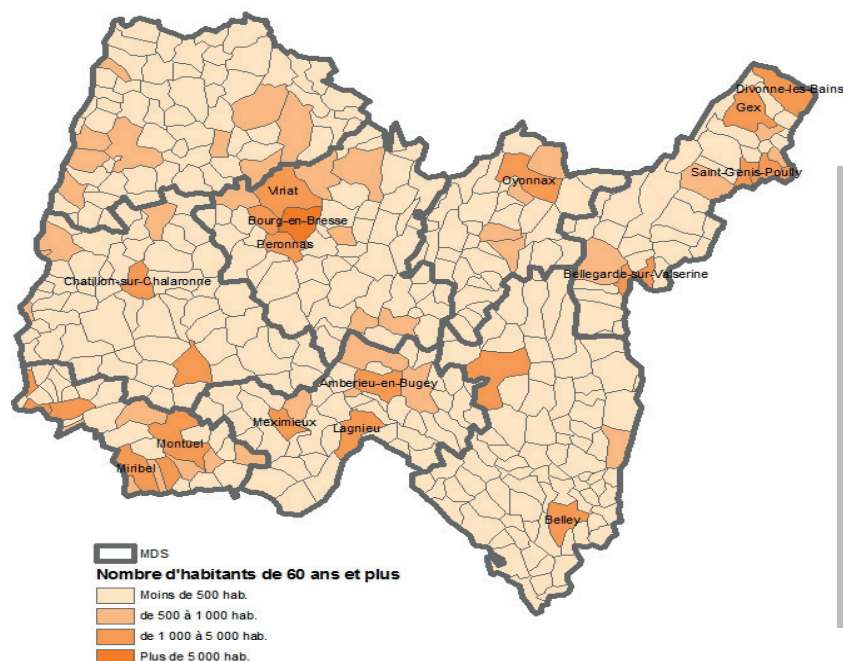
Les indicateurs présentés, dans cette partie de l'étude, sont pour la majorité des indicateurs appelés « taux standardisés ». Ils sont construits lorsque les données sont sensibles à l'âge de la population étudiée. Ainsi, par exemple, pour la consommation de médicaments, le recours à l'hospitalisation ou encore la mortalité, les taux sont systématiquement standardisés sur la structure d'âge d'une population de référence (population de Rhône-Alpes 2008). Ils permettent ainsi de comparer les territoires entre eux à structure d'âge identique.

Les données de l'Assurance Maladie transmises par l'ARS : offre et recours aux soins, consommation de médicaments, concernent les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie. Sont exclues toutes les personnes affiliées à d'autres régimes d'assurance maladie, notamment au Régime Social des Indépendants (RSI) et à la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

I. Données populationnelles et démographiques

Au 1^{er} janvier 2013, le département de l'Ain comprenait 134 639 habitants de 60 ans et plus dont 30 481 de 80 ans et plus.

I.1 Nombre d'habitants de 60 ans et plus dans le département de l'Ain

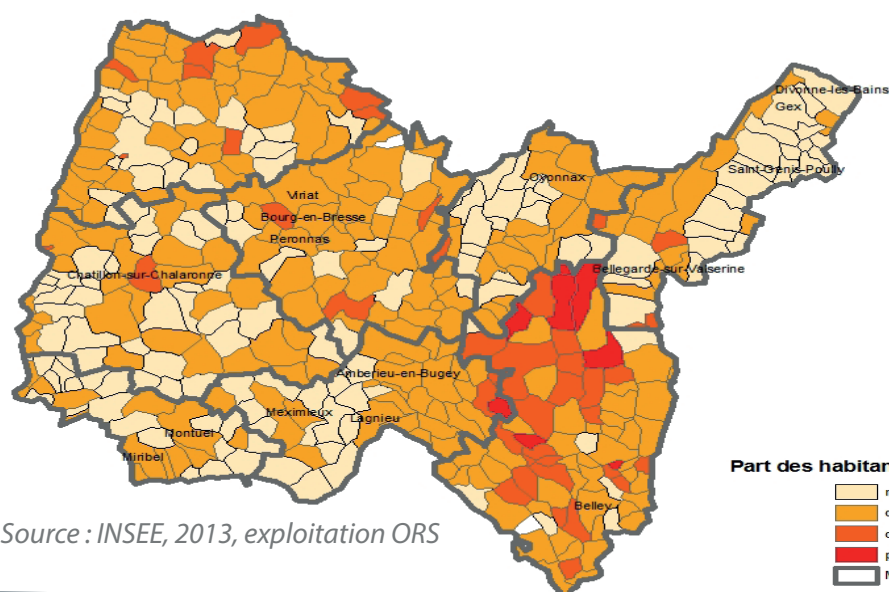


Avec 134 639 habitants de 60 ans et plus, la part des 60 ans et plus par rapport à la population générale du département de l'Ain s'élève à **22% en 2013**. Au sein du département, ce taux oscille entre 10% à plus de 50%.

La part des 60 ans et plus est beaucoup plus importante dans les grandes agglomérations comme Bourg-en-Bresse, Oyonnax, Ambérieu-en-Bugey, Bellegarde... Ce taux est très faible en milieu rural notamment dans les MDS du Bugey, les Dombes et Bresse.

Source : INSEE, 2013, exploitation ORS

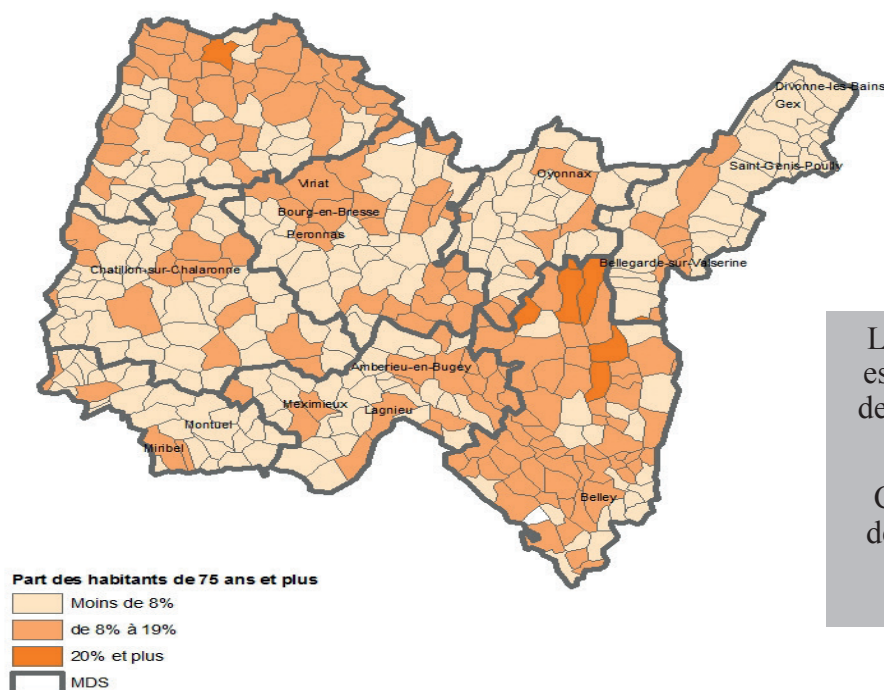
I.2 Part des personnes âgées de 60 ans et plus dans l'ensemble de la population – Département de l'Ain par commune (en %)



La part des 60 ans et plus par rapport à la population générale est très faible dans les MDS du pays de Gex, Plaine de l'Ain, Côtière Val de Saône, les Dombes. C'est dans l'Est du département que les parts sont les plus élevées et notamment dans le territoire du Bugey (MDS Bugey).

Source : INSEE, 2013, exploitation ORS

I.3 Part des personnes âgées de 75 ans et plus dans l'ensemble de la population – Département de l'Ain par commune (en %)



La part de la population des 75 ans et plus est moins de 8% dans plusieurs communes des MSD du pays de Gex, le Haut Bugey et à l'Ouest du département.

Comme la part des 60 ans et plus, le taux des 75 ans et plus est plus important sur le territoire du Bugey.

Source : INSEE, 2013, exploitation ORS

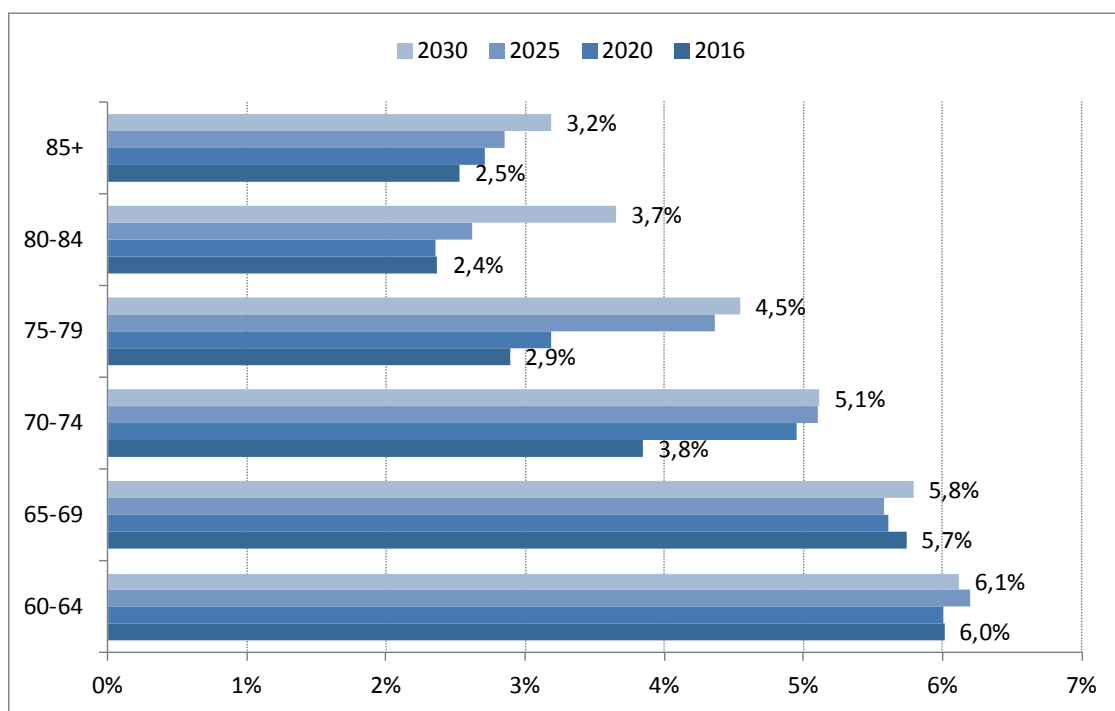
I.4 Population des 60 ans et plus au recensement de 2013 et projection de la population par tranche d'âge à l'horizon 2030 – Département de l'Ain - Scénario central

	2013	2016	2020	2025	2030
60-64	36 688	37 380	38 923	42 153	43 605
65-69	28 828	35 685	36 359	37 951	41 255
70-74	20 513	23 919	32 104	34 719	36 448
75-79	18 127	17 971	20 677	29 699	32 375
80-84	14 837	14 743	15 234	17 851	26 034
85+	15 644	15 726	17 578	19 410	22 703
Total 60 ans et plus	134 639	145 424	160 875	181 783	202 420
Total population	620 897	621 860	647 972	680 594	712 569
Part des 60 ans et plus	22%	23%	25%	27%	28%
Part des 80 ans et plus	4,9%	4,9%	5,1%	5,5%	6,8%

Source : Insee, modèle OMPHALE, exploitation ORS

En 2013, la part des 60 ans et plus dans le département de l'Ain s'élève à **22%**. D'après les projections de l'INSEE, cette part s'élèvera à **28%** de la population de l'Ain en 2030. La part des 80 ans passera de **4,9%** en 2013 à **6,8%** en 2030.

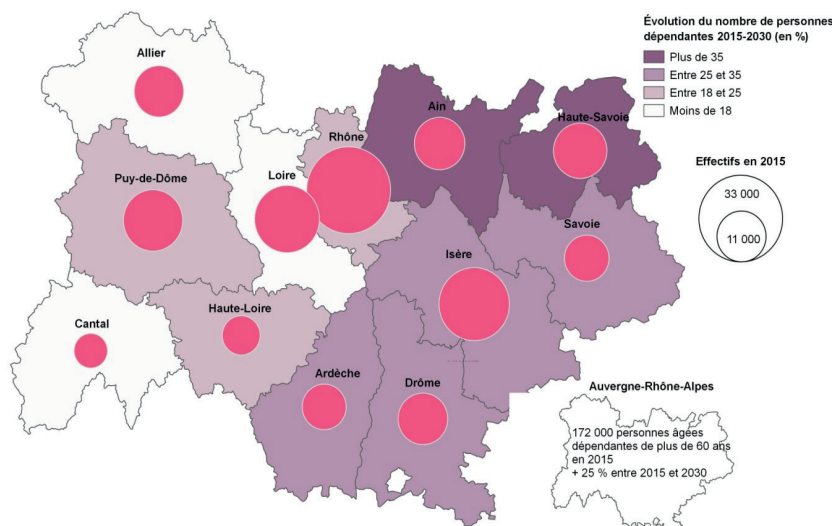
I.5 Projection de la part des 60 ans et plus par tranche d'âge à l'horizon 2030 - Département de l'Ain - Scénario central



Source : Insee, modèle OMPHALE, exploitation ORS

Ce diagramme représente la proportion de la population par tranche d'âge en **2016, 2020, 2025 et en 2030**. Il nous permet de mesurer, dans une même tranche d'âge, les écarts, de proportion des personnes âgées, qui existent entre les différentes périodes (2016, 2020, 2025 et 2030). L'écart le plus important est constaté sur la tranche d'âge **75-79 ans qui passe de 2,9% en 2016 à 4,5 en 2030**. Par contre cet écart est moins significatif dans les tranches d'âge **60-64 ans (6,% en 2016 à 6,1% en 2030)** et **65-69 ans (5,7% en 2016 à 5,8% en 2030)**.

I.6 Nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans en 2015 et évolution 2015-2030



Source : Insee, Enquête Handicap-SANT2
(2008-2009), Omphale 2010

On observe dans cette carte une forte disparité de l'évolution des taux de la dépendance entre les départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes. En 2030, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus bénéficiaires de l'APA sera plus importante dans les départements de l'Ain et de la Haute-Savoie.

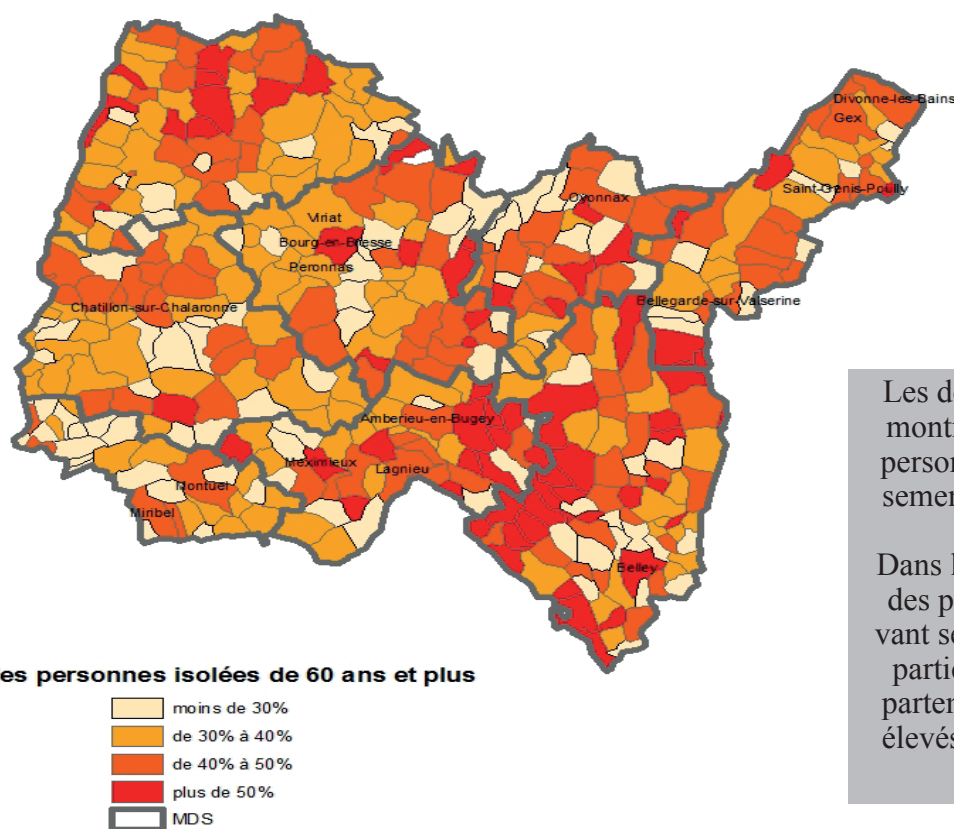
Au 31/12/2014, plus de **9 500 personnes âgées de 60 ans et plus étaient bénéficiaires de l'APA** (domicile, établissement, dotation) dans le département de l'Ain et le nombre de personnes dépendantes va augmenter de **plus de 35% dans ce département à l'horizon 2030**.

Vu cette projection inquiétante, le département de l'Ain doit alors faire face aux risques liés au vieillissement de la population : perte d'autonomie, fragilité, dépendance.

II. Données sociales

II.1 Part des ménages constitués de personnes âgées de 60 ans et plus vivant seules - Département de l'Ain, par commune (en %)

La part des ménages constitués de personnes âgées de 60 ans et plus vivant seules permet de donner une des caractéristiques de l'isolement social des personnes âgées. Cette part s'obtient en divisant le nombre de ménages constitués de personnes âgées de 60 ans et plus vivant seules par le nombre total de ménages.



Les données nationales de l'INSEE montrent une forte progression des personnes vivant seules. Le vieillissement démographique explique en partie cette évolution.

Dans le département de l'Ain la part des personnes de 60 ans et plus vivant seules est très importante. C'est particulièrement dans l'Est du département que les taux sont les plus élevés (> 50%) et notamment sur le territoire du Bugey.

Source : INSEE, 2013, exploitation ORS

II.2 Données sur la perte d'autonomie et des fragilités

Dans le champ de la prévention des risques du vieillissement, la fragilité sociale est analysée au travers d'un indicateur composite : le score moyen de la fragilité sociale des retraités du régime général.

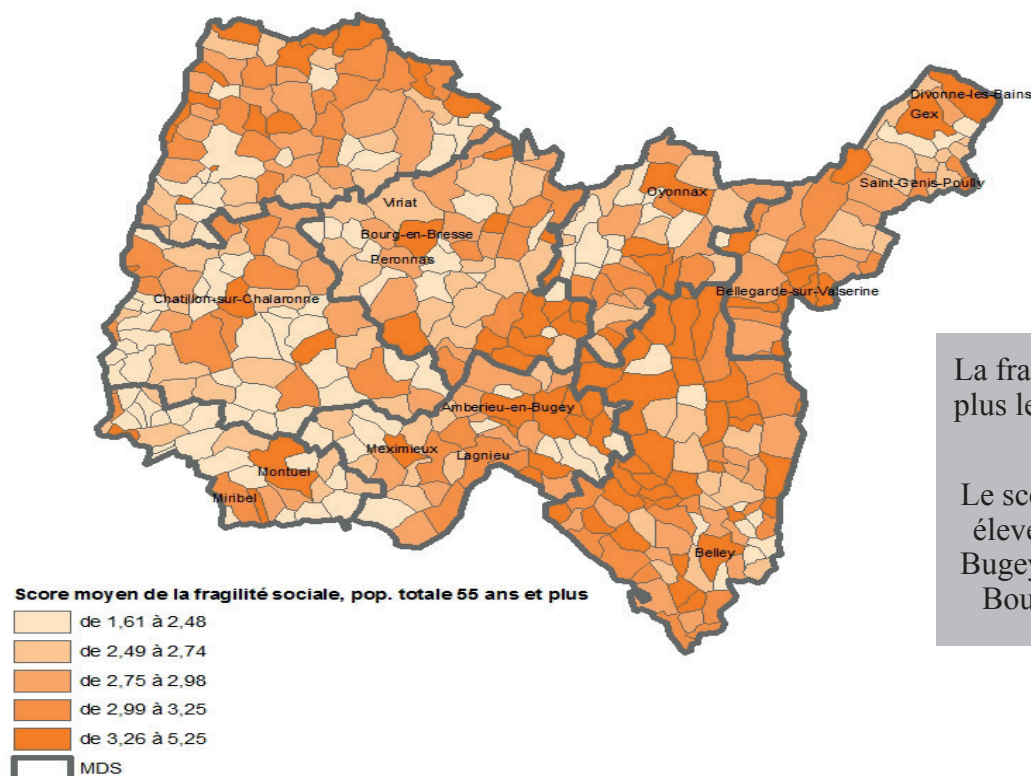
La carte de la fragilité sociale des territoires permet d'identifier les territoires prioritaires d'intervention en matière de prévention de risques de vieillissement des seniors à risque de fragilité.

L'indicateur prend en compte :

- dans la population des retraités de plus de 55 ans du régime général, l'âge des retraités ;
- l'existence ou non d'une pension de réversion, comme indication sur la situation de personne isolée ;
- l'exonération de la CSG, comme indication sur la fragilité économique.

Les deux cartes suivantes montrent la répartition des scores de fragilité chez les personnes âgées de 55 ans et plus et la répartition chez les 80 ans et plus.

II.2.1 Score moyen de la fragilité sociale des retraités du régime général *par commune – population totale de 55 ans et plus – 2015*

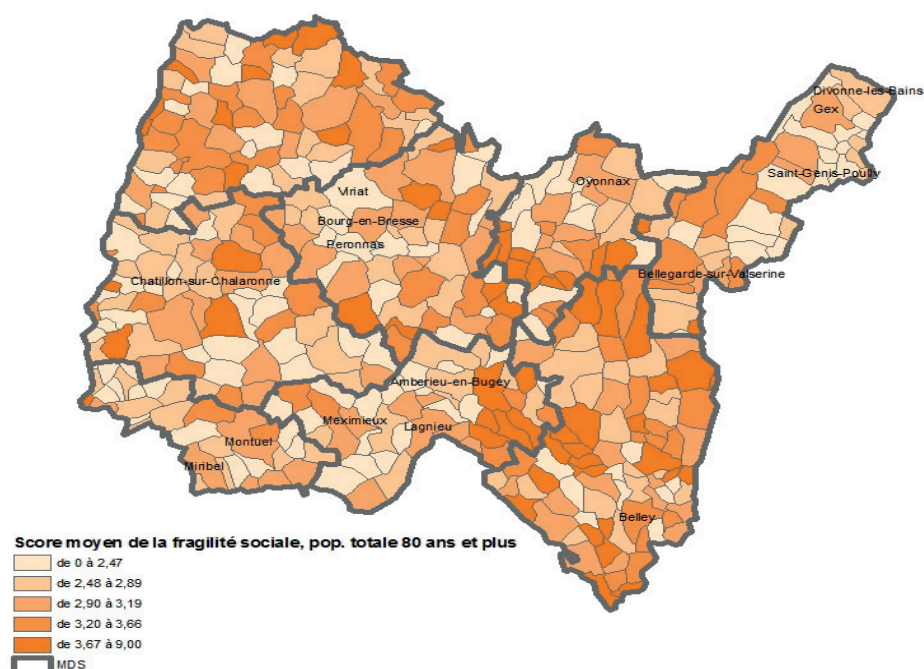


La fragilité des 55 ans et plus touche plus les territoires situés à l'Est et au Nord du département

Le score de fragilité moyen est plus élevé dans le territoire du pays du Bugey par rapport aux territoires de Bourg-en-Bresse et les Dombes.

Source : Observatoire régional des situations de fragilité, exploitation ORS

II.2.2 Score moyen de la fragilité sociale des retraités du régime général par commune - 80 ans et plus – 2015



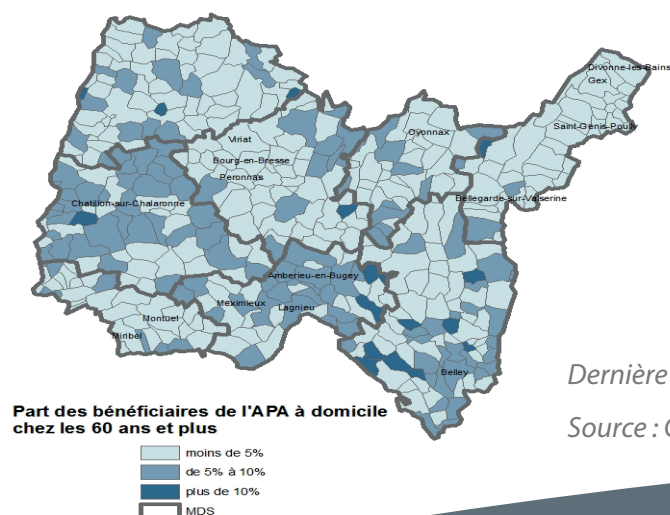
Source : Observatoire régional des situations de fragilité, exploitation ORS

Le même constat est observé chez les populations de 80 ans et plus. Les scores de fragilité restent beaucoup plus élevés dans l'Est du département et particulièrement dans le territoire du Bugey.

II.3 L'Allocation personnalisée d'autonomie (l'APA)

L'Allocation personnalisée d'autonomie attribuée dans le cadre du maintien à domicile repose sur l'élaboration d'un plan d'aide prenant en compte tous les aspects de la situation de la personne âgée et le degré de perte d'autonomie (groupe GIR 1 à 4).

Part des bénéficiaires de l'APA à domicile chez les habitants de 60 ans et plus - Département de l'Ain par commune



Dernière mise à jour d'APA 26/09/2016 - stock GIR 4eme Trimestre 2015

Source : Conseil départemental de l'Ain

La proportion des personnes âgées bénéficiaires d'APA est très faible dans le territoire de l'Ain. La majeure partie des communes ont moins de 5% de bénéficiaire. On observe plus de bénéficiaires d'APA dans les territoires Côtiers Val de Saône, Pays de Gex et Bourg-en-Bresse. Même dans les territoires les plus fragiles comme le Pays du Bugey cette part est faible.

Généralement, le faible pourcentage de recours à l'APA est lié à un refus de demande d'aide ou avoir honte de demander de l'aide. Il peut aussi être en lien avec l'absence d'information sur les critères de demande d'aide.

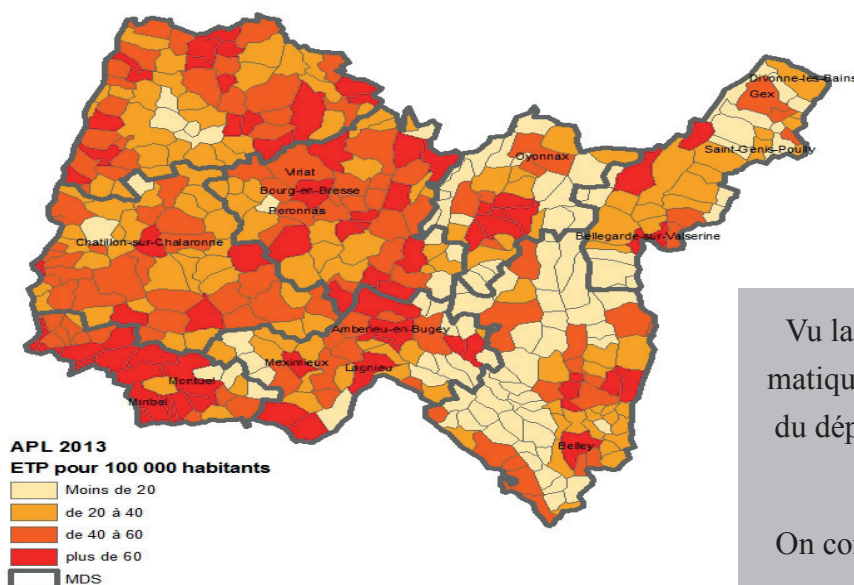
III - Données sanitaires

L'analyse des données sanitaires se fera en deux étapes. Elle portera d'abord sur la répartition de l'offre de soins sur le territoire, ensuite sur les données de morbidité et enfin sur les données de mortalité.

III.1 l'offre et le recours aux soins

L'**Accessibilité potentielle localisée (APL)** est une mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux qui tient compte à la fois du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et des sollicitations en matière de soins des habitants, différenciées par âge, pour mesurer la demande. Cet indicateur est local, c'est-à-dire qu'il est calculé au niveau de chaque commune mais il considère aussi l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. L'APL peut s'exprimer en équivalents temps plein (ETP) puisque tous les médecins n'effectuent pas nécessairement le même nombre d'actes (consultations ou visites) au même rythme. Il tient également compte du temps qui sépare un patient de son médecin : plus ce temps augmente, plus l'APL ne diminue.

III.1.1 Accessibilité potentielle localisée (APL), 2013



Vu la carte, l'accessibilité aux soins est problématique en milieu rural et particulièrement à l'Est du département. Elle est plus acceptable dans les grandes agglomérations.

On constate que les APL les moins élevées se situent dans le territoire du Bugey

Source : ARS 2013, exploitation ORS

III.1.2 Densité des médecins généralistes et infirmiers libéraux pour 1 000 habitants de 60 ans et plus – Département de l'Ain par MDS, au 01 janvier 2016

Nom MDS	Densité des médecins généralistes	Densité des infirmiers
BOURG-EN-BRESSE	3,5‰	5,6‰
BRESSE	2,7‰	6,2‰
BUGEY	2,6‰	7,1‰
CÔTIÈRE-VAL-DE-SAÔNE	3,5‰	5,6‰
DOMBES	2,7‰	7,6‰
HAUT-BUGEY	3,0‰	5,2‰
PAYS-DE-GEX-BELLEGARDE	3,8‰	1,8‰
PLAINE-DE-L'AIN	4,0‰	6,5‰
Département de l'Ain	3,3‰	5,6‰

Source : Régime Général de l'Assurance maladie - ARS

Concernant les densités des médecins généralistes, il n'existe pas de disparités énormes entre les territoires. Toutefois, il est important de signaler des densités moins importantes dans les territoires de Bresse, Bugey et Dombes. Le taux est plus important dans le territoire de la Plaine de l'Ain.

Malgré les problématiques d'accessibilité aux soins constatées, le territoire du Bugey enregistre une densité importante d'infirmiers. Au niveau de la frontière avec la Suisse, la densité d'infirmiers est très faible. Nos entretiens qualitatifs révèlent des difficultés de recrutement d'infirmiers, d'aides-soignants et d'aides à domicile dans ce territoire de Gex.

III.1.3 Taux de consultation au moins une fois dans l'année (en %) en 2014 par MDS chez les bénéficiaires de l'assurance maladie de 60 ans et plus * - Département de l'Ain par MDS

	Médecin généraliste	Soins infirmiers	Soins nursing**	Masseur-kiné
Bourg-en-Bresse	85,9%	62,4%	10,7%	22,9%
Bresse	86,7%	54,1%	9,9%	17,3%
Bugey	84,4%	59,3%	10,7%	19,6%
Côtière-Val-de-Saône	88,0%	58,0%	10,9%	25,1%
Dombes	87,2%	46,0%	12,3%	21,4%
Haut-Bugey	85,1%	37,4%	7,6%	17,6%
Pays-de-Gex-Belle-garde	75,5%	46,8%	4,2%	16,8%
Plaine-de-l'Ain	88,0%	56,0%	10,4%	22,0%
Département de l'Ain	85,2%	53,4%	9,7%	20,7%

* Données des assurés du régime général de l'assurance maladie (hors MSA et RSI)

** pour les 75 ans et plus. Source : Régime Général de l'Assurance maladie - ARS

Le taux de consultation généraliste est en moyenne de **85,2%** dans le département. Certains territoires comme le Pays de Gex-Bellegarde est en dessous de la moyenne pour les consultations généraliste (75,5%), soins infirmiers (46,8), soins nursing (4,2%) et masseur-kiné (16,8%).

III.2 Données de morbidité

Cette analyse quantitative concerne les données de morbidité chez les personnes âgées de 60 et plus dans le département de l'Ain. En termes simples, il s'agit d'analyser des données de la morbidité (maladie pouvant entraîner ou pas la mort) ou des taux de morbidité. En épidémiologie, le taux de morbidité est un rapport qui mesure l'incidence et la prévalence d'une maladie sur une période donnée.

III.2.1 Les consommations régulières de médicaments

La consommation de médicaments est dite régulière à partir de trois prescriptions dans l'année.

Taux de consommation régulière de médicaments (au moins 3 prescriptions dans l'année) par type de médicament et par MDS en 2014 (pour 1 000 bénéficiaires)

	Psychotropes	Antidiabétique	Antiasthmatique	Antiallergique	Anti Alzheimer*
Bourg-en-Bresse	252,8	125,7	101,6	58,6	19,6
Bresse	233,3	125,2	101,6	52,8	15,1
Bugey	259,7	137,1	109,7	61,2	25,8
Côtière-Val-de-Saône	232,9	141,6	102,2	68,8	24,9
Dombes	239,1	129,1	100,2	60,2	20,3
Haut-Bugey	237,8	154,1	114,7	66,9	20,2
Pays-de-Gex-Bellegarde	194,5	115,3	85,7	46,2	18,1
Plaine-de-l'Ain	259,1	145,7	99,2	64,7	23,1
Département de l'Ain	239,1	133,6	101,6	60,0	20,9

* pour les 75 ans et plus

Source : Régime Général de l'Assurance maladie - ARS

Comme la carte sur la proportion des personnes âgées, ce tableau montre une situation alarmante en matière de consommation de psychotropes très élevée dans les territoires du Bugey, de la Plaine de l'Ain, et en Bourg-en-Bresse. Il montre aussi une consommation élevée d'antidiabétique surtout sur le territoire du Haut Bugey.

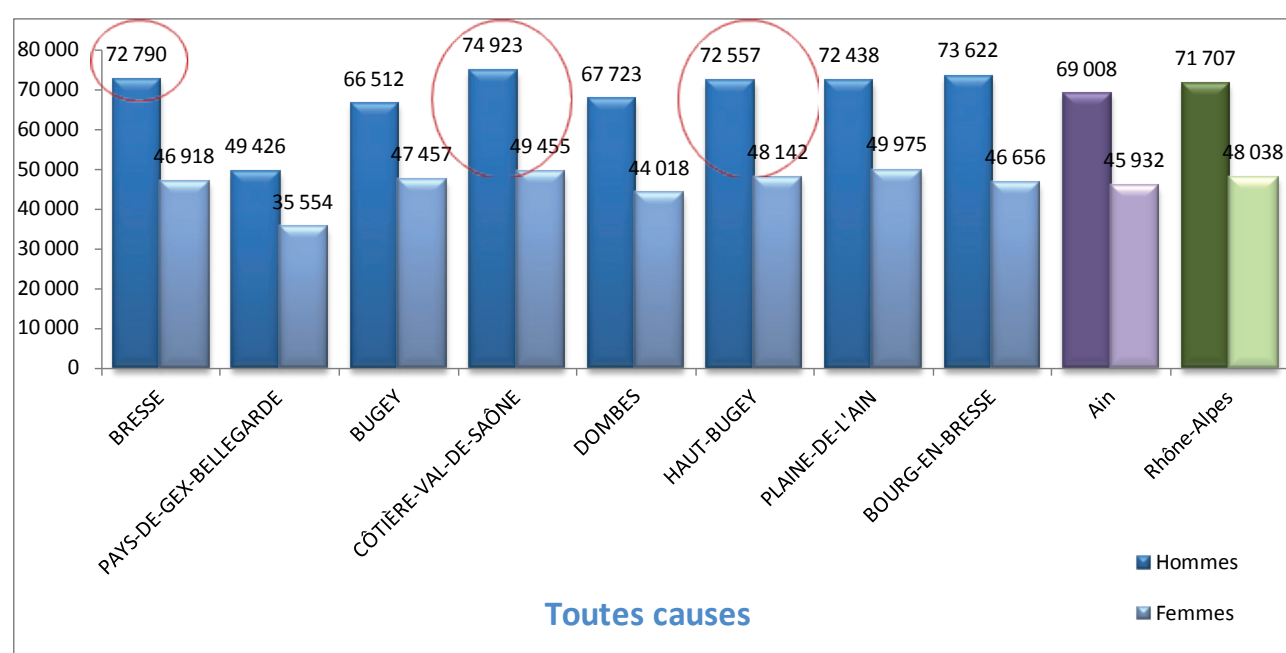
II.2.2 Les affections longue durée (ALD) chez les personnes âgées de 60 ans et plus

Définition et interprétation

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies psychiatriques de longue durée, etc.). Cette obtention est subordonnée à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical. En pratique, la quasi-totalité des affections ayant un caractère habituel de gravité est couverte par le champ des ALD.

Les déclarations d'ALD sont très praticiens-dépendants. Parfois, également, des personnes bénéficiant d'ALD à d'autres titres ne font pas systématiquement l'objet de déclaration d'une nouvelle ALD.

III.2.2.1 Taux standardisés d'ALD (toutes causes confondues) par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2014 – pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

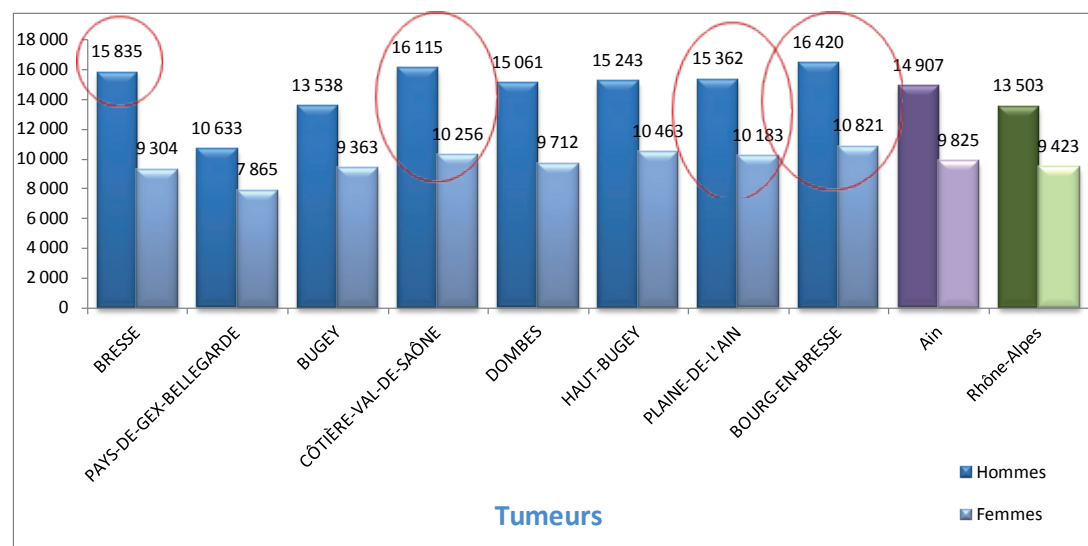


* Données encadrées en rouge : taux significativement supérieur à Rhône-Alpes

Source : CnamTS, CCMSA, RSI, 2014, exploitation ORS

Le taux standard d'ALD chez les hommes est sur la totalité des territoires supérieurs à celui des femmes. Chez les hommes ce taux est plus élevé dans le territoire de Côte-d'Or-Val-de-Saône et plus bas dans le territoire de Pays-De-Gex-Bellegarde. Chez les femmes ce taux est plus élevé dans le territoire de la Plaine de l'Ain et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde.

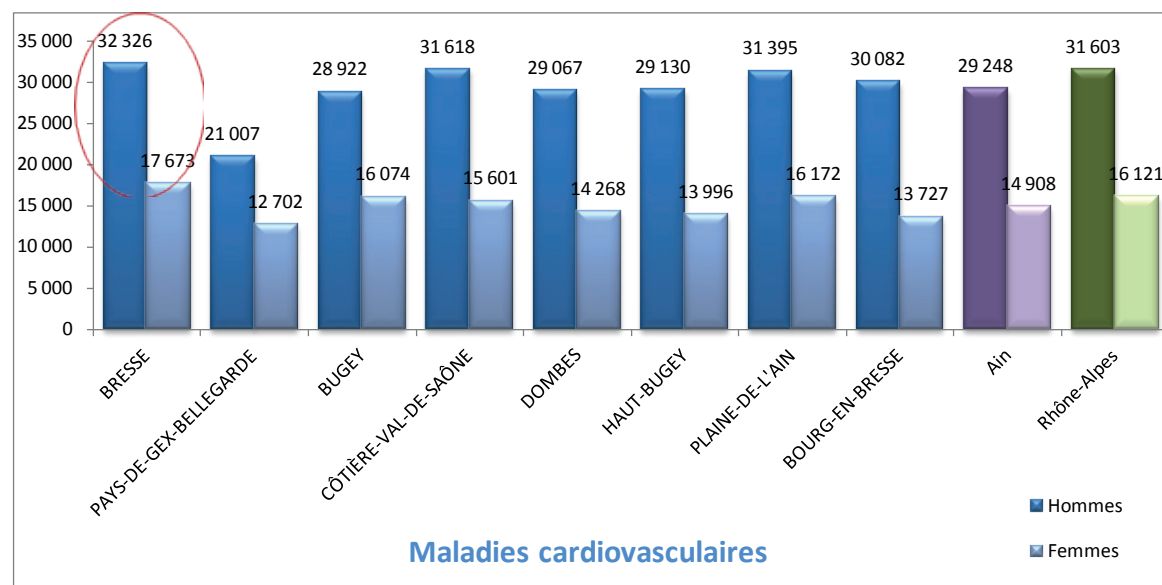
III.2.2.2 Taux standardisés d'ALD pour tumeurs par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2014 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus



* Données encadrées en rouge : taux significativement supérieur à Rhône-Alpes
Source : CnamTS, CCMSA, RSI, 2014, exploitation ORS

Le taux standard d'ALD pour Tumeur chez les hommes est partout supérieur à celui des femmes. Chez les hommes ce taux est plus élevé dans le territoire de Bourg-en-Bresse et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde. Chez les femmes ce taux est plus élevé dans le territoire du Bugey et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde.

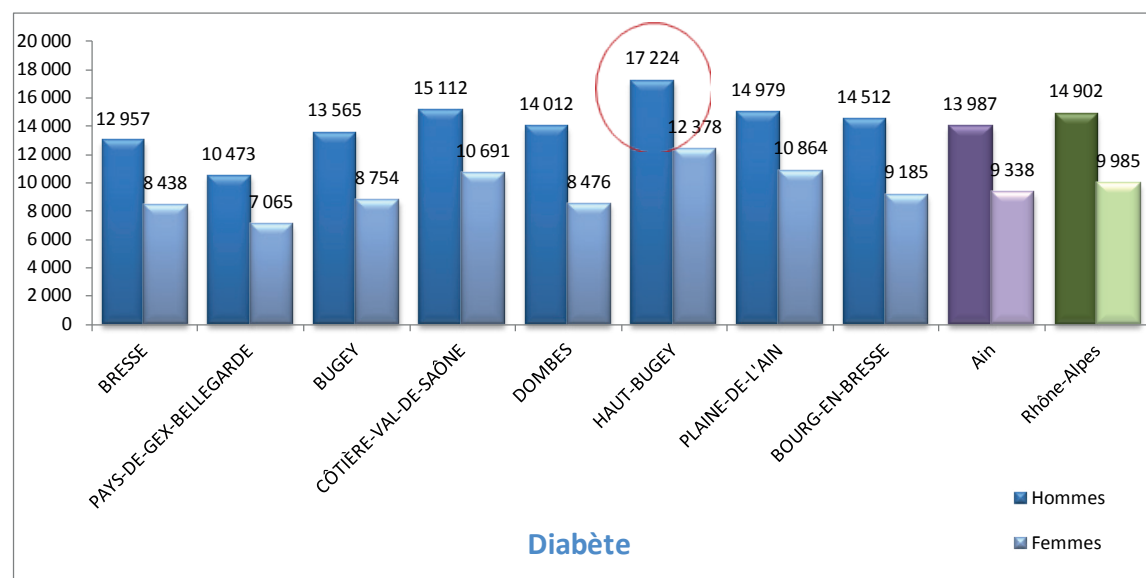
III.2.2.3 Taux standardisés d'ALD pour maladies cardio-vasculaires par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2014 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus



* Données encadrées en rouge : taux significativement supérieur à Rhône-Alpes - Source : CnamTS, CCMSA, RSI, 2014, exploitation ORS

Au niveau régional, départemental et au niveau des territoires MDS, le taux standard d'ALD pour maladies cardiovasculaires chez les hommes est supérieur à celui des femmes. Chez les hommes ce taux est plus élevé dans le territoire de Bresse et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde. Chez les femmes ce taux est plus élevé dans le territoire de la Plaine de l'Ain et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde.

III.2.2.4 Taux standardisés d'ALD pour diabète par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2014 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

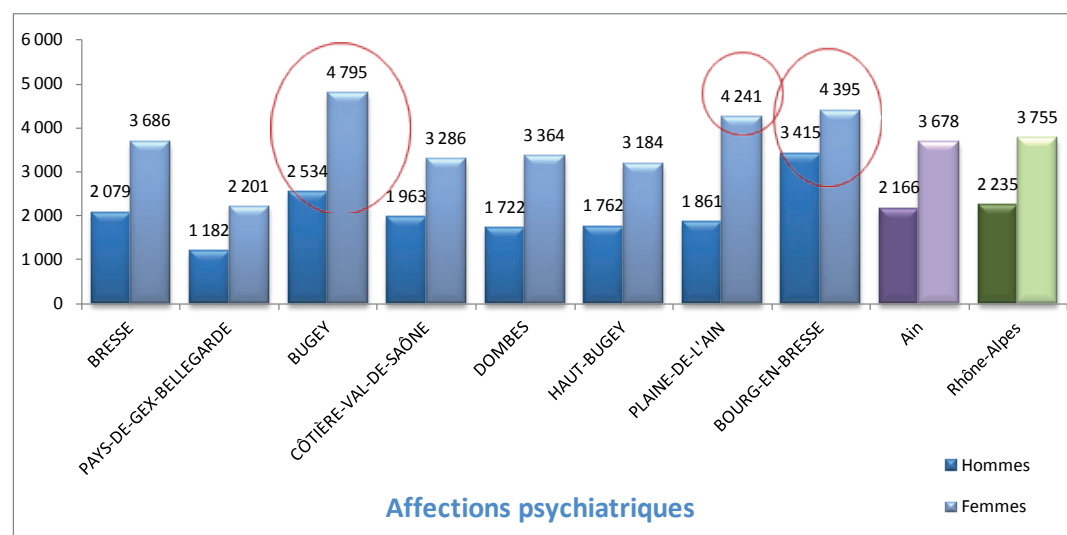


* Données encadrées en rouge : taux significativement supérieur à Rhône-Alpes

Source : CnamTS, CCMSA, RSI, 2014, exploitation ORS

Le taux standard d'ALD pour maladies Diabète chez les hommes est partout supérieur à celui des femmes. Chez les hommes et chez les femmes ce taux est plus élevé dans le territoire du haut Bugey et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde.

III.2.2.5 Taux standardisés d'ALD pour affections psychiatriques par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2014 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus



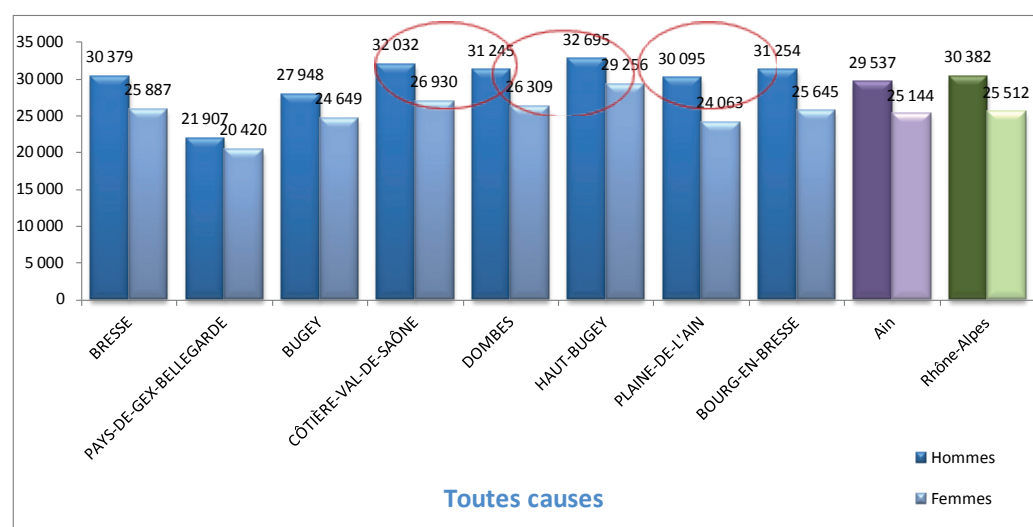
* Données encadrées en rouge : taux significativement supérieur à Rhône-Alpes

Source : CnamTS, CCMSA, RSI, 2014, exploitation ORS

Contrairement aux autres affections, l'affection psychiatrique touche plus de femmes que d'hommes dans tous les territoires. Le taux de cette affection chez les hommes est plus élevé dans le territoire de Bourg-en-Bresse et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde. Chez les femmes ce taux est plus élevé dans le territoire du Bugey et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde.

III.2.3 Les patients de 60 ans et plus hospitalisés en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)

III.2.3.1 Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO (toutes causes confondues) par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

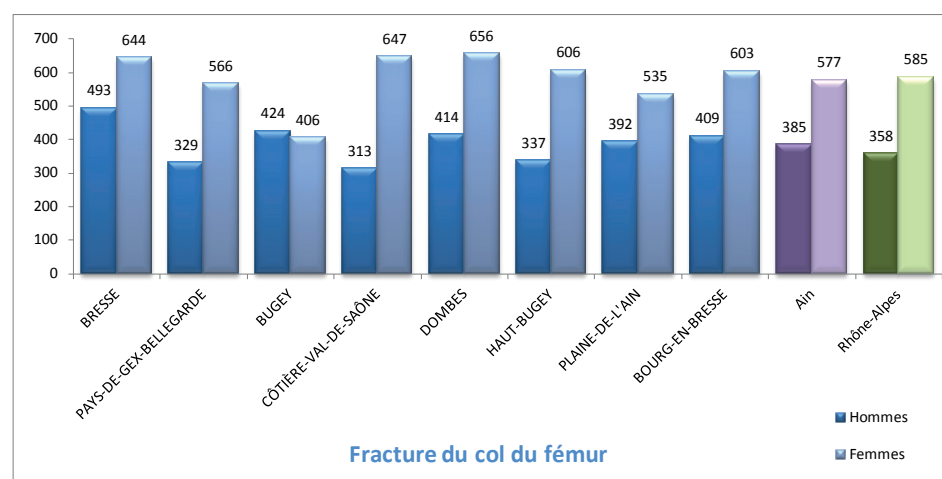


* Données encerclées en rouge : taux significativement supérieur à Rhône-Alpes

Source : PMSI – MCO 2013, exploitation ORS

Le recours à l'hospitalisation connaît, dans certains territoires, des taux légèrement supérieurs à la moyenne départementale et régionale. Chez les hommes ce taux est plus élevé dans le territoire du Haut-Bugey et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde. Chez les femmes ce taux est plus élevé dans le territoire de la Plaine de l'Ain et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde.

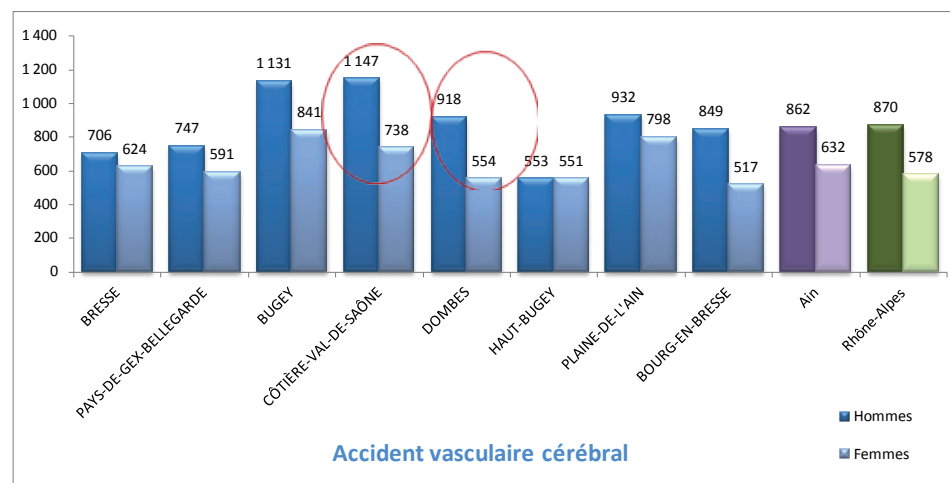
III.2.3.2 Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO pour fracture du col du fémur par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2013 - pour 100 000 habitants



Source : PMSI – MCO 2013, exploitation ORS

Les chutes représentent un des facteurs déclenchant la perte d'autonomie. Ils provoquent de nombreux problèmes de morbidité notamment les fractures du col de fémur. Dans le département de l'Ain, son taux chez les femmes est plus élevé dans le territoire des Dombes et plus bas dans le territoire du Bugey. Chez les hommes ce taux est plus élevé dans le territoire de Bresse et plus bas dans le territoire de Côtier-Val-De-Saône.

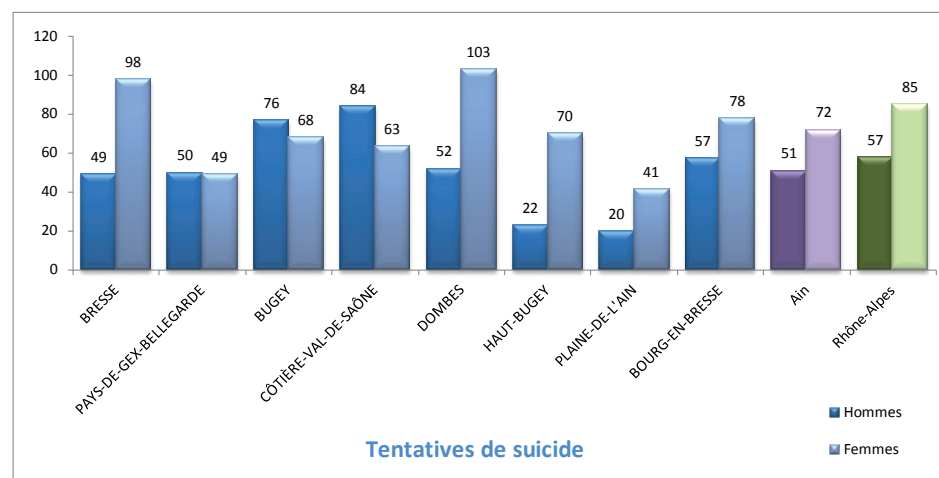
III.2.3.3 Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO pour AVC par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2013 - pour 100 000 habitants



* Données encadrées en rouge : taux significativement supérieur à Rhône-Alpes
Source : PMSI – MCO 2013, exploitation ORS

L'accident vasculaire cérébral fait aussi parti des facteurs médicaux de la perte d'autonomie. Il touche de nombreuses personnes âgées dont plus d'hommes que de femmes. Dans le département de l'Ain, le taux d'hommes hospitalisés pour AVC est plus élevé dans les territoires du Bugey et Côtier-Val-De-Saône et plus bas dans le territoire du Haut-Bugey. Chez les femmes ce taux est plus élevé dans le territoire du Bugey et plus bas dans le territoire de Bourg-en-Bresse.

III.2.3.4 Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO pour tentative de suicide par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2013 - pour 100 000 habitants



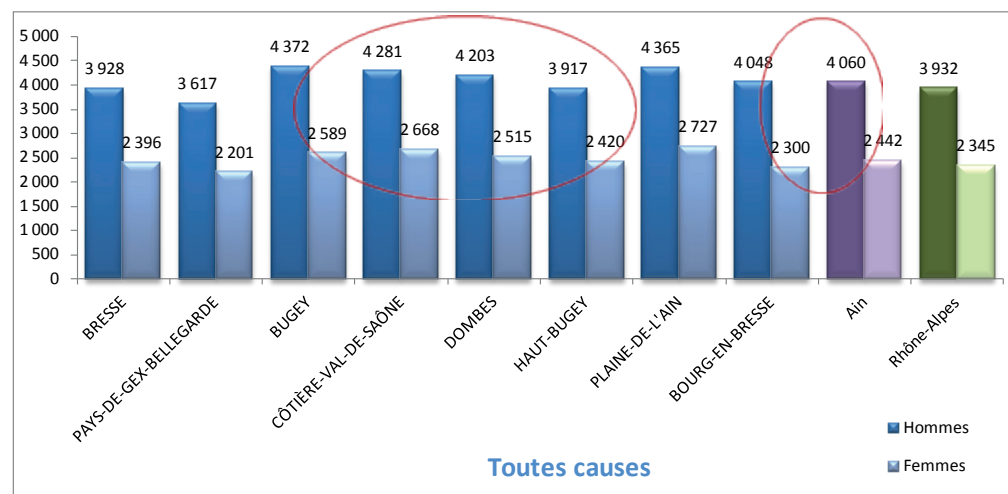
Source : PMSI – MCO 2013, exploitation ORS

Le problème du suicide touche plus les hommes dans les territoires du Bugey, Côtier-Val-De-Saône et pays de Gex-Bellegarde. Dans les autres territoires les tentatives de suicides sont beaucoup plus importantes chez les femmes.

III.3 Les données de mortalité

Cette analyse porte sur les taux de mortalité enregistrés chez les personnes âgées de 60 ans et plus dans le département de l'Ain et les taux par cause de décès sur 100 000 habitants.

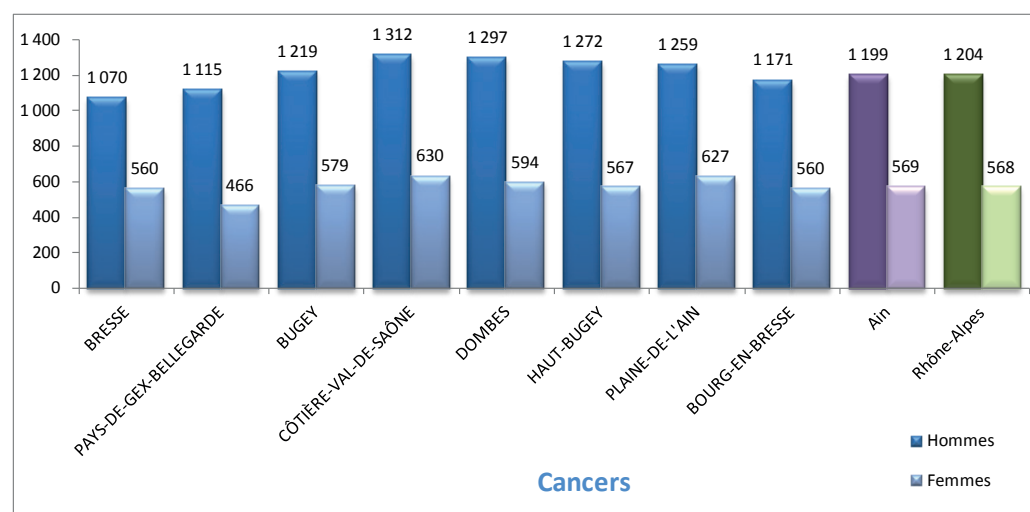
III.3.1 Taux annuels moyens standardisés de mortalité générale des personnes âgées de 60 ans et plus par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants



* Données encadrées en rouge : taux significativement différent de Rhône-Alpes
Source : CépiDc – Inserm 2000-2013, exploitation ORS

Le taux de mortalité, toutes causes confondues, est plus élevé chez les hommes. Au niveau départemental, on constate à la fois un écart important entre les taux de mortalité des hommes et des femmes et des taux moyens supérieurs à la moyenne régionale. Chez les hommes ce taux est plus élevé dans le territoire du Bugey et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde. Chez les femmes ce taux est plus élevé dans le territoire de la Plaine de l'Ain et plus bas dans le Pays-De-Gex-Bellegarde.

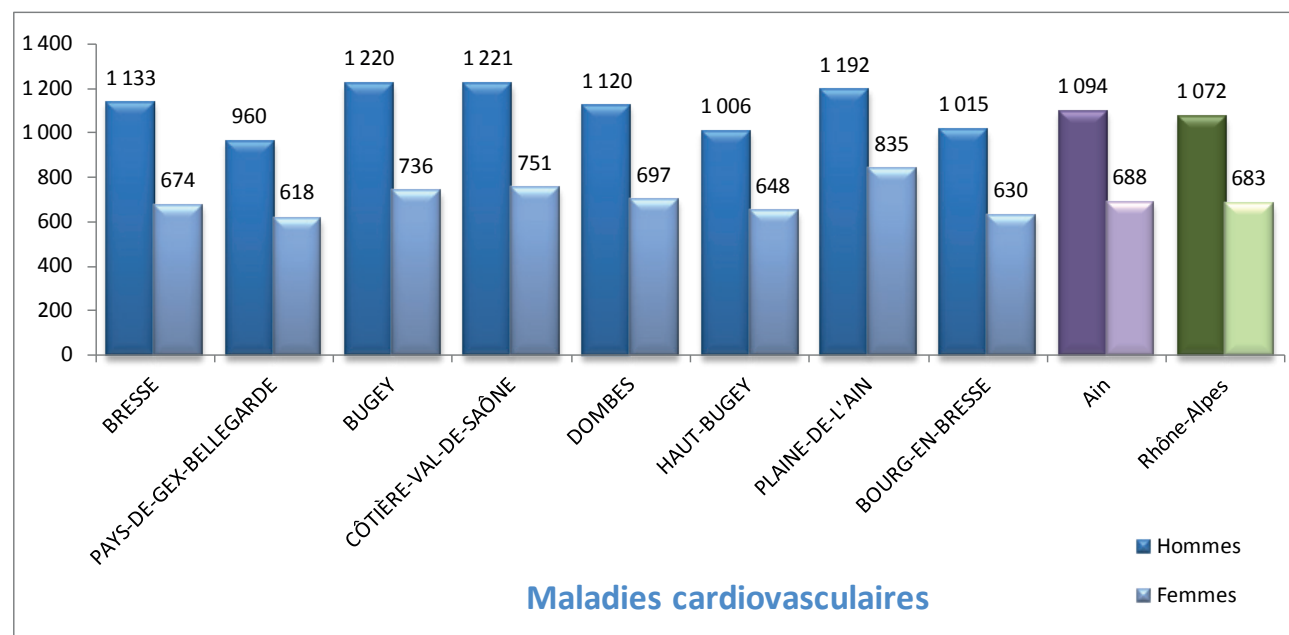
III.3.2 Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour cancer par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus



* Données encadrées en rouge : taux significativement supérieur à Rhône-Alpes
Source : CépiDc – Inserm 2000-2013, exploitation ORS

La mortalité liée au cancer touche plus d'hommes que de femmes. Dans le département, le taux standardisé de mortalité pour cancer est, dans chaque territoire, deux fois plus élevé chez hommes.

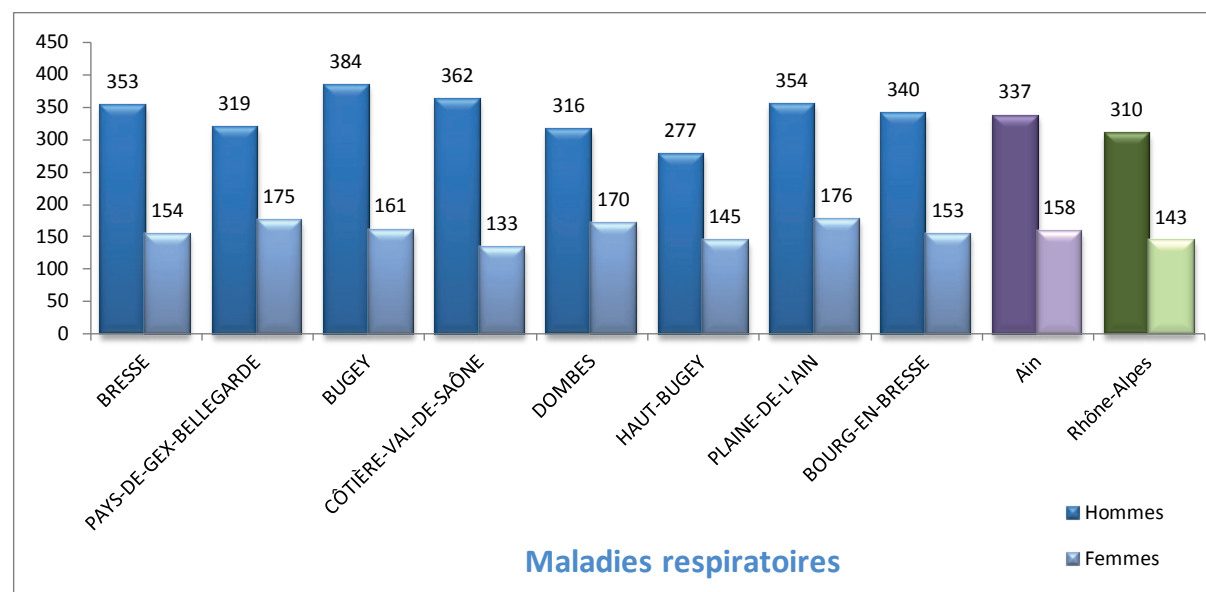
III.3.3 Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour maladies cardio-vasculaires par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus



* Données encadrées en rouge : taux significativement supérieur à Rhône-Alpes
Source : CépiDc – Inserm 2000-2013, exploitation ORS

Les taux des décès pour maladies cardiovasculaires sont très importants chez les hommes comparés aux taux des femmes. Chez les hommes, les taux les plus élevés ont été constatés dans les territoires du Bugey, Côte-d'Or-Val-de-Saône et les Dombes. Chez les femmes, cette cause de mortalité est beaucoup plus visible dans les territoires de la Plaine de l'Ain et du Bugey.

III.3.3 Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour maladies respiratoires par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus



* Données encadrées en rouge : taux significativement supérieur à Rhône-Alpes
Source : CépiDc – Inserm 2000-2013, exploitation ORS

Le taux standard des décès pour maladies respiratoires chez les hommes est partout deux fois supérieur à celui des femmes. Chez les hommes ce taux est plus élevé dans le territoire du Bugey et plus bas dans le territoire du Haut-Bugey. Chez les femmes ce taux est plus élevé dans le territoire de la Plaine de l'Ain et plus bas dans le territoire de Côte-d'Or-Val-de-Saône.

Conclusions retenues

Cette exploitation de données statistiques sur les facteurs de la perte d'autonomie nous permet d'identifier les territoires prioritaires pour mettre en place des actions de prévention.

Nous avons ciblés le territoire du Bugey par ses caractéristiques suivantes :

- Il a, par rapport aux autres territoires, un part des personnes âgées plus faible ;
- La proportion des personnes de 60 ans et plus est élevé
- Plus de 50% des ménages constitués de 60 ans et plus vivant seul ;
- Le score de fragilité est le plus élevé et on constate un faible taux des bénéficiaires d'APA ;
- Ce territoire enregistre des problématiques d'accès aux soins avec un APL moins élevé et une densité de médecins généralistes plus faible ;
- La consommation de médicaments psychotropes, antidiabétiques, antiasthmatiques et anti-Alzheimer est plus élevé dans ce territoire ;
- Les taux d'affections psychiatriques et de mortalité sont les plus élevé

Nous avons aussi retenu quelques éléments de conclusions plus globales sur des thématiques de santé qui émergent dans certains territoires :

- Les chutes touchent plus les femmes que les hommes : un écart très important est observé sur les taux de fractures du col du fémur
- Une surmortalité des 60 ans et plus dans les territoires du Bugey, Côte-d'Or Val de Saône, Plaine de l'Ain et les Dombes
- Dans le Haut Bugey, le taux d'ALD pour diabète et le taux de la consommation d'antidiabétiques est supérieur à la moyenne régionale.
- Le taux d'ALD pour affections psychiatriques et taux de consommations de psychotropes sont, dans les territoires du Bugey, Plaine de l'Ain et Bourg-en-Bresse, supérieurs à la moyenne régionale.
- Autres spécificités sur le territoire du pays de Gex-Bellegarde : taux de mortalité et morbidité plus faible.

DEUXIEME PARTIE DE L'ETUDE

TERRITOIRE ET ACTIONS DE PREVENTION

DE LA PERTE D'AUTONOMIE

En complément de la précédente analyse quantitative, celle-ci s'appuiera principalement sur les points de vue des acteurs interrogés et les actions recensées dans les territoires.

Après une petite description des acteurs rencontrés, nous allons débiter un premier niveau d'analyse centré sur quatre points :

- Le point de vue des acteurs sur la question de la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- L'accompagnement de cette perte d'autonomie dans les lieux de vie : à domicile et en établissement
- L'animation territoriale des actions de la perte d'autonomie : les acteurs impliqués
- Les freins et suggestions des acteurs

Le deuxième niveau d'analyse portera sur les actions recensées et l'analyse thématique des actions de prévention de la perte d'autonomie.

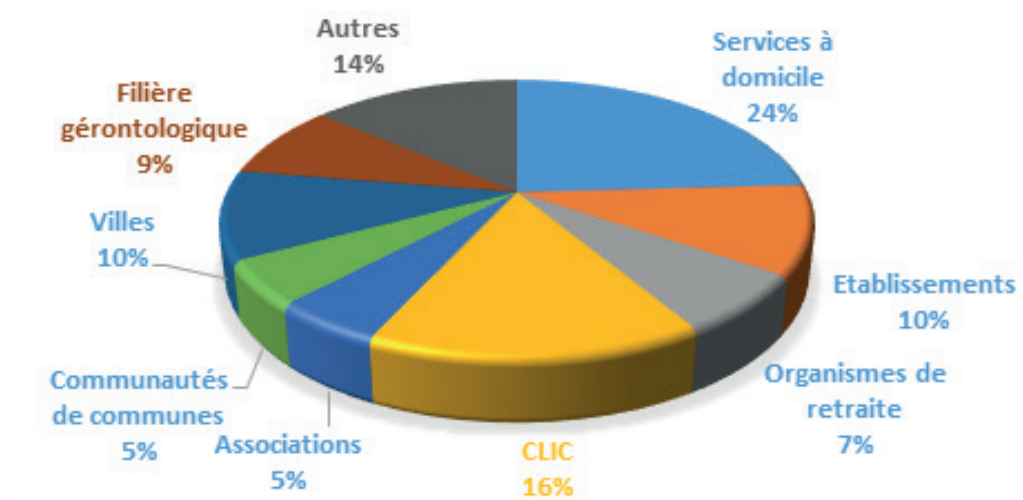
I. Acteurs de proximité face aux problèmes de la perte d'autonomie

Sur les 9 territoires CLIC, nous avons rencontré 58 personnes. Nous avons réalisé avec eux 23 entretiens individuels, 15 entretiens de groupe et 4 entretiens téléphoniques. En annexe vous trouverez la liste des personnes rencontrées.

Description des personnes interrogées

Pour faciliter la description des personnes rencontrées, nous les avons classées sous forme de groupe de variables : « Services à domicile », « Etablissements », « Organismes de retraite », « CLIC », « Associations », « Communautés de Communes », « Villes », « Filière gériatologique » et « Autres ».

PROPORTION DES PERSONNES INTERROGÉES



- « **Services à domicile** » représentent 24 % des acteurs rencontrés dans les 9 territoires CLIC du département de l'Ain. Ils regroupent les Services d'Aide à Domicile (SAAD) et les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).
- Nous avons également rencontré les Coordinatrices « **CLIC** » qui représentent les 16 % de l'échantillon.
- Les 14% concernent les **Autres** acteurs (ARS, Conseil départemental, MAIA, MDS...). C'est le regroupement de l'ensemble des acteurs ou structures rencontrés qui représentent individuellement un pourcentage très faible.
- **Villes (10%)** représentent ici les communes et particulièrement les acteurs ou services municipaux d'Oyonnax et Bourg-en-Bresse rencontrés.
- **Etablissements (10%)** concernent les représentants des EHPAD, des MARPA, des PUV, des Maisons de l'autonomie ou Foyer de logement, rencontrés dans le cadre de cette enquête.
- 9 % des personnes rencontrées font parties de la **filière gériatologique et du pôle gériatrique**.
- Les 7% de l'échantillon concernent les **Organismes de retraites** : CARSAT, MSA, Atouts prévention, AGIRC-ARRCO.
- **Association (5%)** concernent les représentants d'associations qui animent ou portent des actions de prévention de la perte d'autonomie.
- Enfin, Elus et responsables de services des **Communautés de communes** représentent 5% de l'échantillon.

Voilà l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de cet état des lieux. L'objectif est de recueillir leurs points de vue sur les différentes thématiques faisant l'objet de discussion et leurs recommandations pour améliorer l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Dans l'optique d'une analyse cohérente, nous allons interroger ces acteurs sur les problématiques des personnes âgées et les facteurs pouvant déclencher ou aggraver une perte d'autonomie, avant d'aborder les différents points annoncés dans l'introduction de la deuxième partie.

I.1 Problématique des personnes âgées et facteurs déclenchant la perte d'autonomie

Nos entretiens avec les acteurs rencontrés débutent par une discussion sur les problématiques des personnes âgées dans chacun des territoires CLIC et les facteurs de la perte d'autonomie. Il s'agit ici de compléter l'analyse quantitative sur les indicateurs de la perte d'autonomie en accordant une grande attention aux ressentis des acteurs de terrain sur les facteurs susceptibles de déclencher une perte d'autonomie.

Dans le tableau ci-dessous, sont classés selon cinq thèmes de facteurs, les points de vue des personnes interrogées.

Tableau des facteurs identifiés par les personnes interrogées :

Facteurs identifiés par les personnes interrogées	Description
Age	Perte : force musculaire, souplesse et équilibre; effets physiques et physiologiques du vieillissement Baisse de l'appétit et dénutrition
Solitude et l'isolement social	La perte du réseau relationnel : mort d'un proche ou d'un ami Besoin de communiquer, de se déplacer, d'être écouté ; absence d'activités sociales organisées
Problème de mémoire	La mémoire se détériore avec l'âge. Perte de repère sur les heures de repas, oublier de prendre ses médicaments, de payer ses factures, d'éteindre le feu ne plus reconnaître un proche..... Dégradation de l'humeur et l'infantilisation : Entêtement, difficulté de leur faire changer d'habitude
Diminution de l'hygiène	Douleurs, faiblesse musculaire, altération de la vision... rendent la toilette quotidienne difficile à effectuer.
Pathologies	Alzheimer : entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales Parkinson : tremblement au repos, une raideur des muscles et une lenteur des mouvements, ce qui provoque une perte de la mobilité AVC : des séquelles qui peuvent être une perte de la capacité de voir, de se déplacer, de parler, de se souvenir Fractures du col du fémur : conséquences d'une chute

Le premier des facteurs identifiés par les acteurs est l'âge. Le facteur de risque en lien avec la dépendance et la perte d'autonomie est l'âge. Plus l'âge avance plus les facteurs de dépendance et de fragilité apparaissent. Le niveau de la perte d'autonomie même s'il est faible à l'âge de la retraite 60-65 ans, il augmente rapidement chez les personnes de 75 ans et plus. En effet, la progression en âge peut diminuer les capacités intellectuelles et physiques qui entraînent à la fois une réduction progressive de la capacité à réaliser des actes élémentaires de la vie quotidienne et des difficultés à s'orienter dans les espaces et dans le temps. Cette progression en âge ou le vieillissement naturel n'est pas le seul facteur responsable d'une perte d'autonomie.

Au-delà du facteur lié à l'avancée en âge, les mécanismes conduisant à la perte d'autonomie peuvent être multiples. En effet, les personnes interrogées ont évoqué les facteurs psychosociologiques (solitude, isolement social, le veuvage), les facteurs en lien avec la précarité sociale (difficultés financières), les comportements à risques (consommation d'alcool), la malnutrition, les chutes, le stress, etc. sont autant de facteurs jouant un rôle préjudiciable à l'autonomie.

Diverses perturbations comme l'apparition ou la progression d'une maladie peuvent fragiliser l'autonomie de la personne âgée. Selon les acteurs interrogés (surtout les professionnels de santé), toutes les maladies peuvent être des causes de survenue de la perte d'autonomie. Les maladies les plus identifiées par les personnes interrogées sont : Alzheimer (entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales.), Parkinson (tremblement au repos, une raideur des muscles et une lenteur des mouvements, ce qui provoque une perte de la mobilité), Accidents Vasculaires Cérébraux (avec des séquelles qui peuvent être une perte de la capacité de voir, de se déplacer, de parler, de se souvenir...) et Fractures du col du fémur (conséquences d'une chute). D'autres pathologies ont été citées comme l'Arthrose des grosses articulations (provoque une réduction de la mobilité, douleur et le manque de souplesse gênent les activités de la vie quotidienne), le Diabète, les poly-pathologies etc...

L'interaction de tous ces facteurs nécessite une réflexion multidisciplinaire pour une prise en charge meilleure de la vieillesse et de la perte d'autonomie.

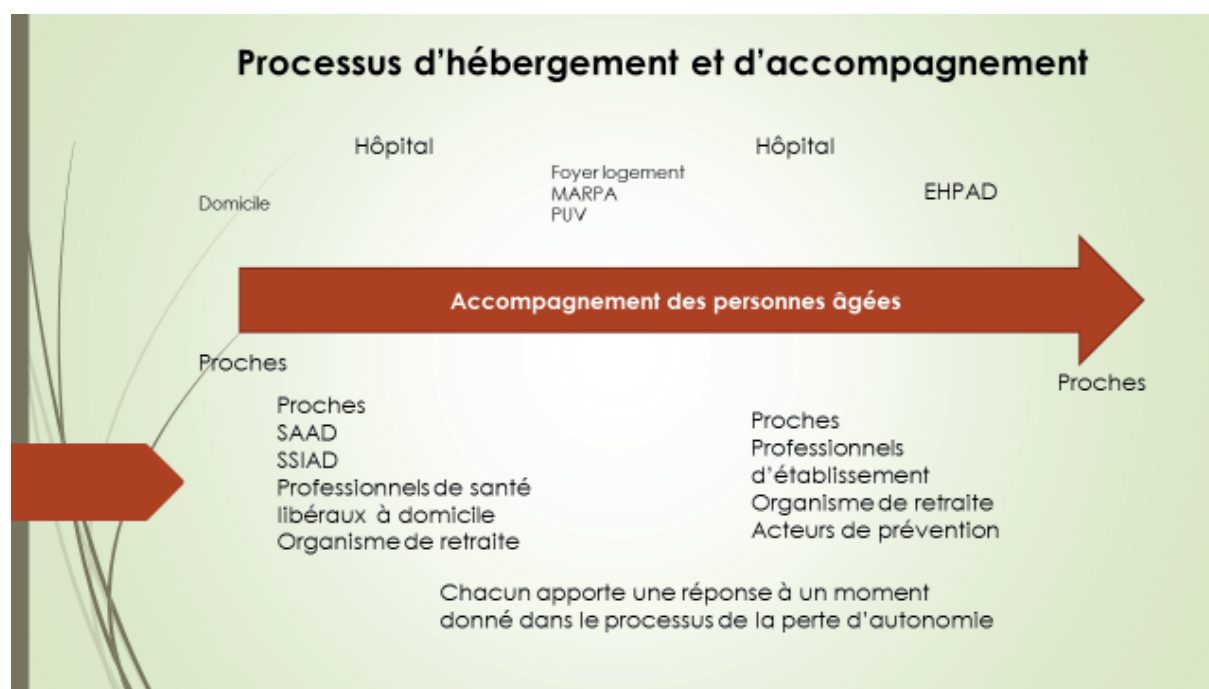
I.2 Accompagnement de la perte d'autonomie à domicile et en établissement

Différents acteurs du secteur médicosocial interviennent dans l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile et en établissement. Dans le cadre de cette étude, nous avons rencontrés des services d'aide à domicile au niveau décisionnel (les sièges) et opérationnel (acteurs de terrain), des maisons de retraite (EHPAD, MARPA, PUV, logement autonomie ou foyer logement), les services de soins infirmiers à domicile, la filière gériatrique, le pôle gériatrique etc.

Pour analyser la question de la perte d'autonomie à domicile et en établissement, nous allons traiter plusieurs sujets en faisant appel aux différents constats de certains acteurs directement concernés. Il nous paraît nécessaire de commencer cette analyse par une réflexion sur l'environnement dans lequel la personne en perte d'autonomie vit : « *le lieu de vie* ». Ensuite, l'analyse se poursuivra sur les échanges que nous avons eu avec les acteurs qui interviennent à domicile et en établissement : les SAAD, les SSIAD, la filière gériatrique et le pôle gériatrique, les maisons de retraite. Enfin, les caractéristiques des acteurs de préventions développées dans ces lieux de vie seront exposées.

I.2.1 Lieu de vie : une prise en charge qui évolue en fonction de niveau d'autonomie

Pour analyser l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, nous avons fait le choix d'évoquer dans un premier temps le « lieu de vie » des personnes âgées. Autrement dit le processus d'hébergement et d'accompagnement en lien avec le niveau d'autonomie et de dépendance. Nous identifierons dans cette analyse les problématiques du lieu de vie et les réponses d'actions de prévention à chaque niveau ou étape du processus.



On constate une évolution des possibilités d'hébergement des personnes âgées. La personne âgée, selon sa situation et son niveau d'autonomie, peut changer de lieu de vie. Le domicile reste la préférence de toute personne âgée. Mais plus on prend de l'âge plus le domicile devient compliqué. Cette complication est due à plusieurs facteurs : perte de membres de la famille, solitude, isolement sans oublier les problèmes de santé et les effets du vieillissement. Selon son niveau d'autonomie, la personne âgée peut changer de lieu de vie. Elle peut intégrer une Maison d'Accueil Rural pour Personne Agée (MARPA) ou une Petite Unité de Vie (PUV), ou Foyer de logement ou Maison de l'autonomie. Dans ces lieux de vie la personne âgée est presque autonome.

Elle a son appartement avec un lieu de vie commun.

Elle peut conduire sa voiture et peut aussi participer à des activités de prévention de la perte d'autonomie. Si son niveau d'autonomie se détériore, la personne âgée, selon le contexte familial et financier entre autres, peut être orientée vers un Etablissement d'Hébergement pour Personne Dépendante (EHPAD). Ce n'est un processus inéluctable. Elle peut quitter le domicile pour aller directement dans un EHPAD ou après plusieurs séjours à l'hôpital.

Précisons que rester à domicile le plus longtemps possible est le souhait de toutes personnes âgées. Garantir ce souhait nécessite des moyens et une politique de prise en charge à domicile (soins et accompagnement social). L'entretien avec les responsables d'EHPAD révèle de gros changements sur les personnes âgées qui rentrent en établissement. Leurs constats portent sur des personnes qui sont de plus en plus dépendantes, des poly-pathologies, des maladies d'Alzheimer et des personnes qui souffrent de dénutrition. Ce constat traduit un accompagnement des personnes qui restent le plus longtemps possible à domicile grâce à la mobilisation d'un ensemble de services et dispositifs : services à domicile, portage de repas, soins à domicile, hospitalisation à domicile, soins palliatifs etc.

Malgré ces services et dispositifs du maintien à domicile, la solitude et l'isolement social des personnes âgées demeurent un constat partagé dans tous les territoires. C'est une des raisons, évoquées par les responsables des maisons des retraites, pour entrer en établissement. Le constat sur les personnes qui sont seules et en extrême solitude est partagé dans tous les territoires enquêtés. La solitude joue sur le moral de la personne, sur son autonomie, sur son alimentation.

1.2.2 Le rôle des services d'aide à domicile dans l'accompagnement de la perte d'autonomie

Notre rencontre avec les services à domicile se justifie par leur **rôle essentiel** qu'ils jouent dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. Le maintien à domicile est possible grâce à leurs services encadrés et encouragés par des politiques sociales dédiées à l'accompagnement des publics fragiles et, en particulier, des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les fédérations des services à domicile, rencontrées au niveau départemental, assurent principalement les fonctions supports (comptabilité, paie, communication, coordination...). Elles organisent également des formations pour améliorer les pratiques et mieux répondre aux besoins des usagers. Parmi les formations proposées aux Aides à domicile on peut citer : la bientraitance, l'alimentation, la prévention des chutes etc... Les responsables rencontrés, à ce niveau, précisent avoir comme préoccupation principale l'amélioration des conditions de travail des Aides à domicile pour répondre efficacement aux besoins des personnes âgées et des familles.

Les employés interrogés (Coordinatrices de secteurs et Aides à domicile) témoignent qu'ils assurent un métier difficile et non valorisé. Ce métier demande d'être véhiculé, d'avoir des qualités personnelles, d'être mature et responsable et d'être en mesure de supporter les humeurs de la personne aidée et de sa famille. Il nécessite des disponibilités d'horaires qui ne conviennent pas forcément. A ce niveau opérationnel, les SAAD assurent les mêmes services de base notamment l'accompagnement des personnes âgées, handicapées et les familles à domicile et en établissement. Ils assurent également des activités de prévention inscrites ou non dans leurs missions.

Les Aides à domicile assurent des actes volontaires de prévention de la perte d'autonomie : éclairage pour éviter les chutes, création d'outils pour communiquer, surveillance, alerte etc.

Ces actes ne sont pas harmonisés au niveau du département, ils relèvent de l'initiative des Aides à domicile dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées. Elles les nomment des « *actions de prévention non visible¹* ».

Nous avons échangé avec les SAAD sur ces « *actions de prévention non visibles* » et sur les possibilités permettant de les valoriser et de les rendre visibles. Il ressort de nos discussions l'idée d'un recensement de ces initiatives, de les faire remonter au niveau décisionnel pour les valoriser après un travail d'échange des différentes expériences.

Une Directrice d'un SAAD témoigne : « *j'ai une salariée, une auxiliaire de vie, qui travaille avec les photos langages pour communiquer avec ses patients. Elle a développé cette pratique pour apporter une réponse aux besoins réels qu'elle a même identifiés. Elle accompagne une personne en fin de vie atteinte d'une maladie neurodégénérative. Pour communiquer avec cette personne, elle utilise une lampe électrique et un tableau constitué de lettres en alphabet et des images. La personne cible avec la lampe l'image et les lettres alphabétiques quand elle veut s'exprimer avec elle* ». Nous avons recueilli beaucoup d'exemple de ces types de pratiques individuelles qui en termes d'ingéniosité nous paraissent très utiles à partager. Il s'agit des actions qui relèvent de la bonne intelligence et de l'initiative des professionnels par exemple quand il s'agit de faire exprimer la personne âgée. La Directrice de l'ADAPA, ajoute à ce sujet que « *les Aides à domicile assurent une fonction d'agent de prévention non reconnue, noyée dans leur fonction d'aide et d'accompagnement* ».

Pour valoriser ces actions de prévention, l'idée du Docteur Jean Claude BLOND², est, selon la Fédération ADMR, de pourvoir réunir sur un territoire une dizaine d'intervenantes à domicile de les faire travailler sur 2 h par mois pendant 10 mois pour faire ressortir ces « *actions de prévention non visible* ». Pour se faire, il faut partager ces expériences avec les financeurs pour pouvoir valoriser le métier d'aide à domicile à travers toutes ces actions de prévention qui ne sont pas nommées et financées. Ces actions ne sont pas non plus évaluables et sont aussi difficilement mesurables.

Les limites de développer et valoriser de telles actions reste le financement. Les SAAD affirment tous qu'ils n'ont pas les moyens de financer des heures d'analyse de pratiques permettant aux aides à domicile d'échanger les unes avec les autres sur leurs pratiques. L'objectif d'une proposition qui porterait sur un *groupe d'analyse* est de permettre aux Aides à domicile de pouvoir échanger avec d'autres professionnels sur leurs pratiques et expériences, d'avoir aussi un moment centré sur soi dans leur métier avec un regard professionnel.

¹ Actions de prévention qui ne font pas l'objet de financement et qui relèvent de l'initiative personnelles des aidants.

² Psychiatre des hôpitaux de la cellule de prévention en situation de détresse à l'ADAG 01

Pour la plupart des SAAD ce qui manque c'est de pouvoir valoriser les temps de concertation, pour pouvoir permettre aux intervenants du domicile de participer à ces temps de concertation et d'échanger sur la base d'une coordination entre acteurs dans l'intérêt des personnes aidées. Cette valorisation du temps de concertation permet, selon un Chef de service de la Fédération ADMR, de dégager du temps professionnel pour coordonner les outils, « *parce qu'aujourd'hui on est sollicité par les partenaires pour coordonner les outils sur les informations partagées* ». Elle ajoute que les services ont du mal à aller chercher la parole des intervenants du domicile « *parce qu'il nous faut du temps et des moyens* ».

Peut-on envisager un financement du temps de concertation ? Certains responsables de service pensent que oui « *si les SAAD peuvent avoir sur les plans d'aide, notamment sur les publics les plus fragiles, un temps dédié à la concertation et à la coordination, ça pourrait améliorer les pratiques et la qualité de prise en charge* ».

Concernant le financement des actions de prévention la Croix Rouge et l'AFP ainsi que d'autres SAAD affirment que les services à domicile n'ont jamais eu de missions spécifiques de prévention. Ils bénéficient par contre des formations essentielles pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées à domicile et en établissement.

Toutefois, il faut reconnaître qu'il y a des initiatives d'actions de prévention et de valorisation des compétences qui se développent par une prise de conscience de cette problématique au niveau des Financeurs. L'ADAPA, par exemple, a déjà bénéficié d'un financement du Conseil Départemental, dans le cadre de la conférence des financeurs, pour valoriser l'expérience des aides à domicile. Un pôle de prévention est créé pour organiser et coordonner l'ensemble des activités de ce projet au niveau départemental. Les actions portent sur la santé mentale, la sensibilisation sur les questions de l'hygiène et la santé, sur le numérique et l'alimentation. Il s'agit d'une logique d'actions collectives coordonnées au niveau de la fédération et réalisées en fonctions des problématiques identifiées sur le terrain. L'intérêt évoqué est le partage de méthodes d'action et d'expériences dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile.

Les SAAD travaillent généralement en collaboration avec d'autres intervenants à domicile notamment les SSIAD. Ces derniers jouent un rôle non négligeable dans la prise en charge et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

I.2.3 Quel accompagnement de la perte d'autonomie pour les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) ?

Les SSIAD contribuent aussi au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Ils interviennent sur prescription médicale pour dispenser des soins d'hygiène et de confort aux personnes âgées et aux personnes handicapées à domicile. Ils assurent également des actions de préventions de la perte d'autonomie. Leurs actions de prévention sont beaucoup plus individuelles et ciblées sur la personne. L'objectif de leurs actions est de prévenir la perte d'autonomie en assurant des missions de dépistage, vaccination, surveillance, d'observation, de prévention, de suivi relationnel avec un soutien psychologique, une stimulation intellectuelle ; d'éviter une hospitalisation ; de faciliter le retour à domicile après hospitalisation ; de retarder une entrée dans un établissement d'hébergement.

Le métier des SSIAD est un métier à haute responsabilité. C'est aussi un métier à risque, précise une infirmière coordinatrice, surtout dans l'accompagnement des personnes de troubles cognitifs à domicile. Elle affirme que *« ces personnes se mettent souvent en danger et la sécurité de l'intervenant à domicile est à risque. Dans ce genre de situation, la personne est maintenue à domicile avec des risques. Elles peuvent faire tout et n'importe quoi, leur surveillance n'est pas assurée 24h/24. Manque de place dans les maisons de retraite et précarité sociale des retraités font que l'entrée en structure pose de plus en plus de soucis »*.

Dans le territoire des 3 cantons, le SSIAD a des missions spécifiques de prévention de la perte d'autonomie en lien avec les problématiques locales comme les troubles cognitifs, la santé mentale, la fragilité, les chutes... Parmi les actions on peut citer :

- ▶ Dépistage de la fragilité du sujet âgé par une infirmière Asalée³ à l'aide d'une grille de repérage gérontologique et actions ciblées en lien avec le médecin traitant ;
- ▶ Dépistage des troubles de mémoire du sujet âgé par une infirmière asalée dans le cadre du protocole asalée dédié ;
- ▶ Consultations infirmières des patients ne consultant pas au cabinet médical régulièrement : rappels des patients n'ayant pas consulté leur médecin depuis plus d'un an et proposition d'une consultation infirmière (salariée) de dépistage, de prévention de la fragilité et des problématiques du vieillissement
- ▶ Prise en charge conjointe (avec le médecin, le kiné, le pharmacien) du patient à risque de chute : dépistage, orientation

D'autres acteurs territoriaux interviennent dans l'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile et en établissement. On peut citer ceux de la filière gérontologique et gériatrique.

I.2.4 La filière gérontologique et le pôle gériatrie dans l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées

Avec la progression du vieillissement se développent les fragilités et les pathologies chroniques. Ces effets réduisent les capacités d'autonomie des personnes âgées et peuvent conduire peu à peu à la dépendance. Ces effets du vieillissement peuvent rendre difficile la prise en charge des personnes âgées notamment par la complexité de pathologies multiples et des situations médico-sociales, de la perte d'autonomie rapide lors d'une pathologie aiguë ou encore l'épuisement de l'entourage. Pour améliorer cette prise en charge, se développent, dans les territoires santé, des filières gérontologiques et pôles gériatriques. Le territoire de chaque filière est considéré comme le territoire de référence du parcours de soins des personnes âgées. Les filières gérontologiques sont définies comme une des priorités du Projet Régional de Santé. Elles ont comme enjeu de promouvoir les métiers de la gérontologie, d'éviter les ruptures de parcours en prenant en compte la personne âgée dans sa globalité : ses conditions de vie, son environnement, la dimension Aidant/Aidé, la famille et son contexte socio-économique.

³ Action de santé libérale en équipe. C'est une expérience de coopération entre médecins généralistes libéraux et infirmières

Nous avons rencontré la filière gériatologique de Bourg-en-Bresse qui travaille en collaboration avec les acteurs dans tous les domaines du social, médico-social et du sanitaire. Dans le cadre de son groupe de travail, elle développe plusieurs activités notamment :

- ▶ Des interventions médico-sociales à domicile
- ▶ La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire intervenant à domicile
- ▶ Diagnostic, thérapeutique, orientation.
- ▶ Financement d'ETP de médecin, secrétaire médicale, IDE et ergothérapeute pour soutenir l'activité extrahospitalière de l'équipe mobile de gériatrie

L'objectif de ces activités est de faire connaître l'équipe mobile de psycho-gériatologie, l'équipe mobile de gériatrie et la permanence téléphonique médicale gériatrique. Elle travaille, dans le cadre de sa structure clinique avec le Pôle gériatrique.

A travers ses activités le pôle gériatrique participe activement à la prise en charge de la perte d'autonomie. Parmi les activités proposées :

- ▶ Evaluation gériatrique
- ▶ Evaluation mémoire
- ▶ Evaluation de chute
- ▶ Accueil de jour Alzheimer
- ▶ Hospitalisation à Temps Partiel SSR gériatrique
- ▶ Permanence médicale téléphonique gériatrique (avec financement ARS)
- ▶ Equipe mobile de gériatrie : constituée est une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, ergothérapeute, assistante sociale) qui peut réaliser une évaluation médico-psycho-sociale et fonctionnelle des personnes âgées fragilisées

Lors de notre rencontre, l'équipe du pôle gériatrique avait formulé des propositions permettant d'améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie :

- ▶ Programme de formation des aidants à domicile ayant comme objectif d'améliorer le maintien à domicile). Sur la base d'un programme de formation le pôle serait intéressé pour transmettre la «culture gériatrique» et le savoir aux personnels des structures d'hébergement des services à domicile, afin de renforcer les liens entre les différents intervenants et faciliter le parcours du patient dans la filière gériatrique.
- ▶ Retour à domicile accompagné par des équipes mobiles
- ▶ Hospitalisation à temps partiel et transition vers l'Institutionnalisation (pour permettre aux familles de souffler, «baluchonnage»)
- ▶ Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes (surtout handicap mental, actuellement choix contraint)
- ▶ Financer des professionnels APA (Activité Physique Adaptée) dans les établissements

I.2.5 Quels sont les problèmes constatés ? Quel accompagnement de la perte d'autonomie bénéficie les personnes âgées dans les établissements d'hébergement ?

Les problématiques des établissements d'hébergement sont diverses et variées. Elles sont souvent liées à des représentations négatives. Les maisons de retraite n'ont pas une belle image même si on constate une certaine amélioration. Les politiques mises en œuvre ont plutôt tendance à porter le maintien à domicile. De ce fait, l'entrée dans les maisons de retraite se fait plus tardivement. Les responsables d'établissement rencontrés constatent chez les nouveaux arrivant une dépendance plus élevée, des soins requis plus élevés, des troubles cognitifs ne serait-ce que la sénilité qui fait partie de ces troubles. Selon le témoignage d'un Directeur d'une maisons de retraite « à l'espace d'une décennie on constate un nombre important d'entrée tardive dans les établissements *avec des troubles cognitifs de plus en plus compliqués* ». Plus on décale l'entrée plus il est difficile pour ces personnes de trouver des points de repère et de pouvoir s'ancrer dans une structure plus grande.

Un autre Directeur d'EHPAD ajoute : « *On a tous envie de rester chez soi mais à un certain moment ce chez soi peut devenir compliqué pour la personne, pour le conjoint, pour la famille et pour les intervenants à domicile. C'est très compliqué pour la famille d'accompagner une personne dans la dépendance voir jusqu'à la fin de vie. L'accompagnement en fin de vie est très compliqué et demande une surveillance permanente. Si la personne arrive plutôt dans l'établissement, elle peut profiter pleinement des activités préventives de la perte d'autonomie organisées tous les jours dans l'établissement avec des partenaires extérieurs* ».

Malgré ces problèmes, on constate dans les établissements une certaine dynamique et une volonté de la part des gestionnaires d'organiser des actions des préventions pour les résidents. En effet, arriver en Etablissement, la personne âgée bénéficie d'un accompagnement de la perte d'autonomie en collaboration avec des partenaires extérieurs. Plusieurs actions de prévention collective (bien-vieillir, atelier mémoire, sorties, jeux...) et individuelle (soins personnalisés...) sont proposées en tenant en compte du projet personnalisé des résidents.

Malgré ces différentes contraintes identifiées dans l'accompagnement des personnes âgées, on constate dans ces lieux de vie (domicile et établissement) différents types d'actions réalisées par les acteurs. Parmi ces actions certaines sont beaucoup plus ciblées et spécialisées. On les appelle d'actions de prévention individuelles. D'autres sont des actions collectives qui touchent un public plus important.

I.2.6 Caractéristiques des actions développées à domicile et en établissement

- Actions de prévention individuelle

Dans ces lieux de vie les actions de prévention individuelle proposées par les acteurs sont nombreuses et diverses. Certaines font parties intégrantes de leurs missions et d'autres sont proposées et réalisées avec l'expérience obtenue dans le cadre de l'accompagnement à la perte d'autonomie. Par exemple, les « *actions invisibles* » décrites par les Aides à domicile relèvent de leur propre initiative : orientation et alerte des problématiques de la perte d'autonomie, surveillance du frigo ou surveillance

de l'alimentation, éclairage pour éviter les chutes...

toute une démarche d'accompagnement individualisé. On peut citer également les actions de prévention des risques (chutes, dénutrition, éclairage, hydratation...) de la vie quotidienne et le signalement des signes de dépression et d'isolement social.

Dans ce registre des actions de prévention individuelle de la perte d'autonomie, on peut inscrire les activités de soins personnalisés : plan personnalisé de soins. Ces activités mobilisent un ensemble d'acteurs pluri-professionnels pour mieux accompagner le patient dans son parcours de soins à domicile ou en établissement.

Une attention particulière est aussi accordée à la consommation des médicaments à domicile et en établissement. En effet, les médicaments sont préparés à la pharmacie et distribués par les soignants. Il est recommandé de bien vérifier la prise effective des médicaments. Le respect de ces recommandations connaît des limites à domicile. On constate à domicile des accidents liés à la prise de médicament par manque de surveillance nécessaire. « La consommation de médicament reste très importante et beaucoup de personnes âgées sont hospitalisées à cause des problèmes d'iatrogénie : arrêt de *traitement*, *modification de traitement* ou *mélange de traitement* » nous rappelle un Directeur d'établissement. Cette problématique est aussi une source de chute.

- Actions de préventions collectives

Les activités de prévention collective ciblent un public beaucoup plus large. Dans ces lieux de vie on constate, par exemple sur la question de la chute un travail de partenariat avec des acteurs associatifs (UFOLEP, Sport santé), financeurs (Carsat, ARS, Conseil Départemental), avec des animateurs des centres sociaux, des professionnels de la santé et/ou de la nutrition (Diététicien, Ergothérapeute, kiné, le médecin et les soins). Cette collaboration autour de cette question de la chute est nécessaire parce qu'il s'agit d'un problème qui est dû à plusieurs facteurs. La chute demande alors un suivi rigoureux et une surveillance quotidienne. Pour prévoir cette problématique il faut du matériel adapté, des espaces bien éclairés..., tout un équipement à mettre en place à domicile ou en établissement.

D'autres activités de prévention collective en lien avec le bien-être (voyage, jeux, danse) ou avec la santé mentale (groupe de parole...) sont aussi proposées dans ces lieux de vie.

Il faut préciser que les problématiques liées à la mobilité et à l'isolement social des personnes âgées limitent entre autres la participation dans ces activités de prévention.

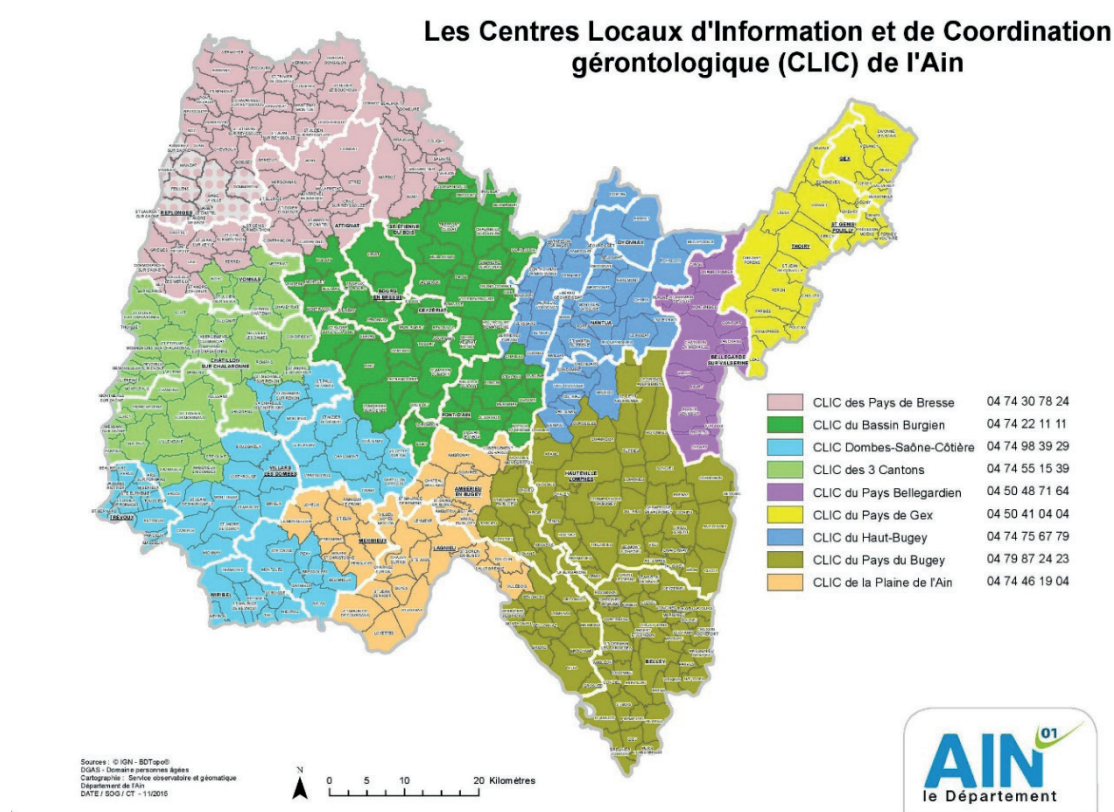
I.3 Animation territoriale d'actions de prévention

Ce troisième point d'analyse qualitative concerne l'animation territoriale des actions de prévention de la perte d'autonomie. Quels sont les acteurs qui interviennent dans cette animation ? Quelle analyse peut-on faire sur la coordination entre les acteurs qui coordonnent, qui financent, qui animent et qui portent les actions de prévention au niveau territorial ? Quels sont les types de prévention proposés par chacun de ses acteurs ?

Cette analyse permettra de répondre à ces interrogations.

I.3.1 La coordination des actions de préventions de la perte d'autonomie

Cette analyse cherche à identifier les acteurs impliqués dans l'animation des activités de prévention de la perte d'autonomie au niveau de chaque territoire CLIC. Précisons que le Conseil Département de l'Ain est l'un des départements de France qui a préservé la coordination gérontologique avec le maintien et le déploiement des CLIC. C'est un appui intéressant pour créer une dynamique territoriale, développer d'autres dispositifs et assurer l'animation des activités de prévention de la perte d'autonomie en partenariat avec les autres financeurs.



Dans chacun de ces 9 territoires CLIC, nous avons observé une certaine dynamique organisationnelle entre acteurs pluridisciplinaires. A ce niveau d'intervention territoriale, différents acteurs et dispositifs interviennent pour organiser, animer et accompagner les personnes en situation de perte d'autonomie. Les acteurs interrogés constatent un développement de partenariats bien établi dans le département de l'Ain.

Il se développe également, dans chaque territoire, une coordination gérontologique assurée par les CLIC et dans laquelle les SAAD, SSIAD, les établissements d'hébergement et les filières gérontologiques participent avec les autres acteurs de proximité. La connaissance des acteurs dans un territoire permet d'améliorer la fluidité de la prise en charge et de l'accompagnement.

Pour analyser l'animation des activités de prévention de la perte d'autonomie, nous avons rencontré chacun des Coordinateurs CLIC du département. Ils animent et coordonnent des actions gérontologiques sur les territoires à travers des réunions de concertation clinique. Leurs activités concernent les personnes âgées de 60 et plus. Le CLIC est considéré comme un lieu d'écoute et d'information pour les usagers et les familles.

Il évalue les situations et oriente les personnes qui rencontrent à un moment donné à une perte d'autonomie.

C'est aussi un lieu référent et un guichet unique pour les personnes âgées et leur famille. En fonction des problématiques les acteurs ou dispositifs spécialisés prendront le relai pour répondre concrètement aux besoins des personnes âgées. Par exemple, les situations complexes sont orientées vers la MAIA qui est un dispositif le plus spécialisé dans ce type d'accompagnement.

Les CLIC sont portés par différentes structures qui financent et organisent des activités de prévention de la perte d'autonomie : EHPAD, Communauté de Communes, associations. Ils organisent et animent en partenariat avec les acteurs de proximité et les organismes de retraite différentes activités de prévention de la perte d'autonomie :

- Ateliers anti-chute, équilibre, Gym douche
- Café mémoire pour la santé mentale et le bien-être social
- Sur la conduite et la sécurité routière
- Développement du lien social : portage des repas
- Organisation de conférence thématique

L'accompagnement de la perte d'autonomie proposé par les CLIC répond souvent à une prévention de type collectif et primaire. Il s'appuie sur la disponibilité et le partage d'information et aussi l'organisation d'ateliers et de conférences. La plupart de ces actions de prévention des CLIC portent sur des actions ponctuelles nous rappelle une Coordinatrice. Elle affirme : *« Notre objectif est de garder un lien social de repérer et d'être identifié comme un lieu d'information et d'appui. On n'est pas dans une dynamique d'organisation d'actions de prévention au long court parce que d'autres le font et on ne peut se substituer à d'autres. L'objectif au niveau du CLIC ce n'est pas de prendre la place des autres c'est de faire avec si on est sollicité. Les caisses de retraite le font très bien. Elles ont un programme de prévention pour leurs retraités. On met par contre en place des actions d'accompagnement pour les cas les plus isolés »*. Leurs missions concernant la perte d'autonomie des personnes âgées consistent à faire connaître ce qui existe et à faciliter le parcours de vie et la prise en charge de la dépendance.

L'accompagnement individuel, même s'il existe dans certain territoire CLIC, est rare. Il concerne des personnes identifiées dans les activités collectives qui nécessitent un accompagnement social et médicosocial particulier. Selon les Coordinateurs, ce type de prévention individuelle a un coût important et nécessite des déplacements et des visites à domicile.

I.3.2 Les communautés de communes

On y retrouve, dans cette animation territoriale des actions de prévention de la perte d'autonomie, la participation des acteurs des Communautés de Communes. Dans les territoires CLIC nous avons aussi rencontré des élus et des responsables de services des Communautés de communes. Dans le département de l'Ain, ces entités territoriales développent des activités dans plusieurs secteurs notamment celui des personnes âgées.

Elles portent certains Clic comme le CLIC du pays de Bresse, la Plaine de l'Ain et celui du pays Bellegardien. Elles jouent également un grand rôle dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées comme la mise à disposition des bâtiments pour les accueils de jours Alzheimer, le financement du matériel du portage de repas dans le pays de Bresse et la subvention des services à domicile et co-financement des projets comme MAR-PA ou PUV.

Pour développer des activités de prévention de la perte d'autonomie, les Communautés de communes bénéficient d'un niveau de partenariat important avec les communes, les CCAS, les centres sociaux, les associations notamment le Club des aînés, les organismes de retraite, les CLIC, les services à domicile etc.

I.3.3 Les Communes

Nous avons également rencontré les communes de Bourg-en-Bresse et d'Oyonnax, les deux Communes membres du comité de pilotage de la Conférence de Financeurs. À travers leurs différents services destinés à la population, aux personnes âgées et aux familles, les communes développent plusieurs missions axées sur la prévention de la perte d'autonomie portant à la fois sur un accompagnement collectif et un accompagnement individuel à domicile : transport urbain (chèque transport, un taxi pour faciliter la participation des personnes isolées dans les activités collective), bien-être (Gym douce, groupe de parole), foyer logement, plan canicule, portage de livre dans les résidences d'autonomie et à domicile, et la mise en place d'un réseau de visiteurs volontaire à domicile. Les activités d'accompagnement et de prévention de la perte d'autonomie proposées par les communes sont diverses et variées. Nous prenons ici quelques exemples :

- La mise en place d'un **pôle administratif** à Bourg chargé de faire l'accueil téléphonique pour traiter les problèmes et orienter les personnes vers les services habilités à apporter une réponse. Ces personnes sont orientées selon la nature et la gravité de leurs problèmes vers d'autres services capables d'apporter des réponses. Parmi ces services il y a le volet médical composé de deux infirmières qui font de la prévention et de l'accompagnement médical, qui s'occupent de l'évaluation des situations et coordonnent les acteurs à domicile pour limiter les dégradations. Il y a aussi d'autres services qui s'occupent des foyers logements (résidence autonomie) et des services qui s'occupent des aides spécifiques (SAPH⁴ et CCAS). La Commune travaille en partenariat avec le CLIC pour traiter les demandes des familles, avec la MAIA dans le cadre de la Cellule de prévention suicide de l'ADAG01 et tous les services qui interviennent à domicile.
- **Le projet d'un immeuble intergénérationnel** qui est l'émanation d'une étude en 2010, commandité par le Conseil Départemental (Conseil Général à l'époque), pour connaître les attentes des personnes. Il a été constaté parmi les attentes : la question de l'habitat et la question du lien social et des besoins. La mise en place des actions portant sur la sécurité-habitat réunit plusieurs services et partenaires comme SAPH, Bourg-Habitat, CARSAT. Dans ce projet la CARSAT a participé au financement d'un salon dédié à tout le monde, et à l'écriture de la charte de voisinage au même titre que la MSA, le CLIC, le Conseil citoyen, et l'amicale des retraités.

4 Services des Aînés et Personnes Handicapées

- Sur le **plan social** la commune d'Oyonnax a mis en place plusieurs actions pour rompre la solitude et l'isolement des personnes âgées : aide sociale, visiteur à domicile, portage de repas, lecture, transport etc. Depuis 5 ans dans le cadre de la politique sociale des seniors, la Mairie a mis en place un plan solitude annexé au plan canicule pour le repérage des situations d'isolement, des personnes en difficulté sociale, des personnes sans famille qui ont un sentiment de solitude.

Parallèlement à ces actions politiques mises en place pour accompagner la population âgée, des problématiques ont été abordées dans les différentes rencontres avec ces deux communes. D'abord sur la question des étrangers vieillissant, les acteurs communaux remarquent des situations de solitude et d'isolement de cette population surtout quand les enfants ne sont plus là pour diverses raisons (études universitaires, vie familiale, travail etc.). Ils constatent également que les services sont souvent sollicités pour trouver des groupes de parole, des rencontres afin de trouver ou retrouver du lien social. Malgré les réponses proposées certaines personnes âgées ont encore du mal à participer à des activités collectives de prévention de la perte d'autonomie. Il ressort dans ces discussions une perte de langue (des mots français) : quand la personne étrangère vieillit elle perd de plus en plus le français. Ensuite, les enfants n'aiment pas entendre parler de maison de retraite. L'idée de la maison de retraite ne fait pas parti de leur culture d'origine.

Sur la question de l'habitat il y a beaucoup de progrès avec la construction d'immeubles intergénérationnels dans le cadre du programme national de la rénovation urbaine. Malgré ces efforts, la question de l'accessibilité reste toujours problématique. En effet, ces acteurs ont constaté l'absence d'ascenseur dans certains bâtiments HLM qui est à l'origine d'une très forte demande de mutation. Des personnes vieillissantes qui logent en étage et qui veulent se retrouver au rez-de-chaussée ou dans un immeuble avec ascenseur.

Le transport reste aussi problématique malgré les différents services proposés. Il est partagé dans les différentes discussions avec les acteurs que la mise en place d'un service d'accompagnement personnalisé pour se rendre à l'hôpital, à la maison de retraite, pour rendre visite à des proches, aller à la bibliothèque, au cimetière... pourrait améliorer cette question. C'est un accompagnement du début à la fin du service demandé avec un véhicule adapté.

I.3.4 Les organismes de retraites

De par leur participation financière, les organismes de retraite jouent un rôle important dans l'accompagnement et la prévention de la perte d'autonomie. A titre d'exemple, la CARSAT consacre 40 millions d'euros pour la prévention, nous précise la Coordinatrice de Atouts Prévention Rhône-Alpes.

Atouts prévention associe 4 régimes de prévention : régime général CARSAT, MSA, RSI et le régime des mines (Isère et Loire). Le regroupement inter-régime a été créé en 2013 sur deux champs de la prévention :

- Proposer des offres collectives de prévention pour bien agir en amont par rapport à tout ce qui peut impacter l'autonomie des personnes âgées : organisation de conférence et d'ateliers collectifs de prévention (mémoire, équilibre, chutes, alimentation sommeil stress, atelier de bien-vieillir). Le choix des thématiques d'actions sont souvent en lien avec les problèmes constatés au niveau territorial. Les organismes de retraite sont dotés d'équipes de recherche sur les facteurs sociaux et sur les processus d'évaluation qui orientent le financement et le choix d'une action à réaliser.

- Proposer des actions de prévention individuelle d'aides au maintien à domicile et des actions ciblées vers les plus fragilisées des personnes en GIR5 et GIR6. La situation de ces personnes relève des actions sociales des caisses de retraite : une action sous forme d'aide humaine ou d'aide technique après évaluation des besoins à domicile. Il s'agit ici des personnes fragilisées qui ne sont pas encore en perte d'autonomie. D'autres aides sont proposées comme l'adaptation du logement.

Si on parle des actions de prévention des organismes de retraite, nous pensons aussi aux prestations mutualisées AGIRC-ARCCO. La fédération de ces deux régimes joue un rôle important dans la prévention de la perte d'autonomie. Elle propose des actions de :

- Soutien pour le retour à l'emploi des actifs les plus fragiles ;
- Promotion des clefs du bien vieillir ;
- Aide aux aidants familiaux ;
- Accompagnement au grand âge en perte d'autonomie.

Le point commun de ces organismes de retraite est d'agir efficacement au premier niveau de la prévention. Autrement dit au niveau de la prévention primaire qui s'adresse généralement aux gens bien portant pour qu'ils se maintiennent le plus longtemps possible et pour éviter qu'ils entrent dans une forme de dépendance. Pour eux, c'est là qu'il faut agir pour que les personnes puissent vivre le plus longtemps possible en bonne santé. Par rapport au Conseil Départemental qui s'occupe plus de la dépendance, les organismes de retraites agissent pour leur part en amont de cette dépendance à partir du GIR4.

Pour faciliter et donner plus de cohérence à leurs acteurs, ils travaillent en collaboration avec les acteurs de proximité : CLIC, collectivités territoriales, services à domicile, les professionnels et acteurs de santé et d'action sociale. En partenariat avec ces acteurs, ils proposent souvent des actions de prévention ciblées sur des thématiques comme : aide aux Aidants en faveur des retraités, activité physique, café mémoire etc.

Leurs actions ne se limitent pas sur l'animation territoriale des activités de prévention de la perte d'autonomie, ils participent aussi financièrement dans les projets de construction des MARPA, Logement autonomie, PUV.

I.3.5 L'initiative des associations et des centres sociaux du département

Au niveau territoire, il est aussi important de rappeler le rôle important des acteurs associatifs et leur participation considérable dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Dans le cadre de l'animation sportive, différents acteurs interviennent auprès des personnes âgées. Les acteurs les plus connus sont *Siel Bleu* qui propose des programmes utilisant l'Activité Physique Adaptée (APA) comme outil de prévention santé et de bien-être. Nous avons aussi la présence d'UFOLEP, dans certains territoires. Cette structure a une vision du sport à dimension sociale pour répondre aux enjeux actuels tels que le sport-santé, le sport-handicap, le sport-durable avec des valeurs incontournables. Elle développe à travers ces activités sportives les valeurs de la solidarité, le fair-play, la laïcité et la citoyenneté.

La plateforme Sport-santé à la Direction départementale de la Cohésion Sociale propose des activités collectives adaptées à tout public et des activités individualisées pour le public des personnes âgées. Cette plateforme a pour objectif de renforcer le lien entre les réseaux de proximité, les professionnels de santé, le public et les associations sportives pour faciliter la reprise et le maintien d'activité physique des personnes éloignées de la pratique et qui éprouvent des difficultés de santé.

Certaines associations proposent des activités beaucoup plus variées. Parmi ces associations on peut citer la *Fédération départementale «Générations Mouvement-Les Aînés Ruraux»* de l'Ain qui très présente et active dans les territoires CLIC. Cette association est le regroupement de plusieurs clubs et associations séniors du département. Elle compte 137 clubs et 8800 adhérents et bénéficie du soutien de trois grands partenaires; la MSA, Groupama et le Crédit Agricole Centre-Est. Membre du CODERPA et du comité de pilotage de la Conférence des Financeurs, elle se considère, selon les mots de son Président, comme un des partenaires acteurs du Conseil Départemental. Son objectif associatif est le maintien du lien social, la lutte contre l'isolement et la prévention pour le maintien de l'autonomie. Son effort en direction des retraités et des personnes âgées porte particulièrement sur trois points :

- le bien-être physique, intellectuel et relationnel des seniors
- le cadre de vie, l'accès aux loisirs, la sécurité et la solidarité
- le soutien et le répit aux aidants

En plus des actions des associations et de leurs fédérations, le département bénéficie dans le cadre de l'animation des activités de prévention un acteur de proximité très actif et utile pour le maintien et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées : **les centres sociaux**.

Le département de l'Ain compte 26 centres sociaux et 5 espaces de vie sociale adhérent à la *Fédération des Centres Sociaux*. Six de ces centres sociaux sont conventionnés avec la CARSAT, pour une durée de 5 années maximum, pour développer des missions contribuant au bien vieillir dans leur territoire et de prévention de la perte d'autonomie des personnes retraitées.

Les centres sociaux, caractérisés par 4 missions, sont des équipements de proximité à vocation sociale globale, ouverts à l'ensemble de la population et offrant accueil, animation, activités et services à finalité sociale. Ce sont des lieux de vie sociale intergénérationnels, innovants, s'appuyant sur la participation des habitants. Ils mettent alors en œuvre, en lien avec d'autres acteurs sociaux et gérontologiques locaux, une démarche d'animation territoriale qui prend en compte la diversité des besoins des publics retraités, pour construire un projet de proximité favorisant les solidarités entre les âges, l'inclusion et la cohésion sociale.

La contribution spécifique du centre social sur les enjeux de prévention de la perte d'autonomie se traduit alors par :

- Assurer une fonction de “plate-forme locale” : accueil d'une diversité de publics retraités à partir d'un panel d'activités socio culturelles, mise en réseau des acteurs et émergence de projets locaux de prévention adaptés.
- Développer la mixité sociale et intergénérationnelle : être un creuset, un lieu de rencontre pour vivre ensemble entre les générations.
- Développer la participation sociale des habitants retraités :
 - En contribuant à maintenir les fonctions cognitives
 - En permettant de multiplier les Interactions sociales
 - En garantissant les conditions de l'élargissement du réseau social
- Assurer une fonction de « relai », dans la proximité, des politiques de prévention, au croisement des réalités et dynamiques locales et des politiques publiques.

On constate à l'échelle d'un territoire que les approches de différents porteurs d'action, s'articulent et se complètent pour agir souvent en partenariat dans une logique de prévention globale. Parallèlement à ces actions, on retrouve dans les territoires CLIC des actions plus spécialisées notamment sur la prévention des chutes, la mémoire, l'activité physique, la sécurité routière. Dans ces domaines, Siel Bleu, Mnémosis, UFOLEP, France Alzheimer, la cellule de prévention suicide apparaissent comme des références.

I.3.6 Actions de formations permettant de renforcer les compétences des acteurs et de mieux accompagner la perte d'autonomie

Il existe plusieurs organismes de formation qui proposent des actions utiles et intéressantes dans la prise en charge de la perte d'autonomie. Cependant, nous avons identifié, parmi ces organismes de formation, un acteur clef de prévention qui propose des actions en lien avec les thématiques abordées dans cette étude. C'est l'Association Départementale d'Éducation Sanitaire et Sociale de l'Ain, ADESSA. C'est une association de promotion et d'éducation pour la santé. Elle a établi, dans le département de l'Ain, des liens de partenariat avec les financeurs (ARS, Conseil Départemental) et avec les établissements et services du secteur médico-social.

Dans le cadre de ses missions de formation en lien avec l'accompagnement à la perte d'autonomie, elle propose des actions de formation dans les domaines de la dénutrition, de la prévention des chutes et sur les enjeux de la pratique de l'activité des personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

- **Programme de formation des aidants agissant en direction des personnes âgées à domicile : prévention des chutes.** Ce programme de formation permet de Favoriser l'implication des professionnels agissant en direction des personnes âgées à domicile du département de l'Ain dans la prévention des accidents et des chutes chez les personnes âgées à domicile.

Le programme permet d'échanger sur les spécificités des personnes âgées, d'analyser l'impact des chutes dans le quotidien de la personne, ainsi que de travailler sur la mise en place d'un habitat sécurisé.

- **Le programme de prévention de la dénutrition des personnes âgées à domicile** contribue à limiter la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées vivant à domicile dans l'Ain, en favorisant dans un premier temps une prise de conscience des acteurs de l'aide à domicile sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées à domicile. Puis en impulsant une dynamique partenariale afin de contribuer à la construction d'une culture commune entre les différents acteurs locaux et/ou départementaux de l'aide à domicile.

La formation et la mise en lien des acteurs intervenant à domicile sur un même territoire vont permettre un travail concerté autour de la personne âgée pour un repérage précoce des risques de la dénutrition. Cette formation permet de construire une culture commune autour des repères alimentaire et des risques de dénutrition des personnes âgées avant d'aborder la prévention et la prise en charge.

- l'Adessa développe aussi un programme : **activité physique et vieillissement : les enjeux de la pratique.** Son objectif est de contribuer à la qualité de vie et la préservation de l'autonomie des personnes âgées accueillies en EHPAD et SSIAD. Un travail en lien avec les filières gérontologique est réalisé afin de sensibiliser les responsables et le personnel des EHPAD et SSIAD des Pays de l'Ain et de Villefranche sur Saône. Cette formation permet d'aborder les notions clés (santé, vieillissement, autonomie, activité physique), d'analyser les besoins en activité physique, les représentations de celle-ci chez la personne âgée, de faire des propositions pour favoriser l'activité physique par des actes de la vie quotidienne et des activités dirigées.

I.4 Freins et suggestions évoqués par les acteurs interrogés

I.4.1 Freins constatés

L'accompagnement de la perte d'autonomie connaît des freins qui peuvent varier selon les situations sociales, le territoire géographique et géopolitique. Parmi les freins évoqués par les personnes interrogées, on peut en citer :

- **Le temps d'accompagnement** : c'est une des problématiques qui heurtent la qualité dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées. Dans le secteur de la prise en charge à domicile, la rigueur des plannings ne permet pas toujours d'assurer la qualité attendue. Il faut ajouter dans cette problématique le faible niveau de qualification des Aides à domicile et un fort besoin de personnels qualifiés. C'est un problème assez linéaire dans tout le département en rapport avec les réalités locales (pays de Gex).
- **Les réalités en milieu rural** : Les problématiques de la prise en charge en milieu rural (déplacement, isolement géographique ...) ne permettent pas de réaliser certaines activités de prévention. Exemple le baluchonnage : un service qui demande beaucoup de déplacement et du personnel disponible. C'est une activité difficile à développer dans certains territoires. Il y a aussi des besoins difficiles à répondre comme les demandes de couché tardif ou les week-ends. Répondre à ces besoins demande un personnel supplémentaire, un tarif spécifique pour ne pas précariser les emplois.
- **Les admissions tardives** des personnes âgées en établissement
- **La mobilisation des personnes concernées** dans les activités collectives. Ils remarquent que les personnes âgées et les familles sont beaucoup plus intéressées par des activités ludiques. Les autres activités portant par exemple sur les maladies chroniques attirent moins de personnes ;
- **L'aspect financier** pour répondre à des besoins urgents : il est parfois long à obtenir une aide d'adaptation au logement (équipement) ;
- **Manque de solution de répit** pour le soulagement des familles. Les propositions de solution sont très limitées.

I.4.2 Suggestions des acteurs

Parmi les suggestions pour améliorer l'accompagnement de la perte d'autonomie, on peut citer :

- Le développement du transport à la demande. Ce type de réponse à la problématique de la mobilité des personnes âgées est perçu comme étant moins coûteux d'envoyer un bus sans passager et il permet d'améliorer la vie sociale des personnes âgées surtout en milieu rural ;
- Développer la construction des PUV et MARPA pour lutter contre l'isolement social et maintenir le vieillissement à domicile ;

- Accompagnement la fracture numérique (du tout papier au tout numérique). L'usage du numérique peut rompre l'isolement social en permettant aux personnes âgées de se connecter avec les enfants partout dans le monde ;
- Développer un maillage de partenariat pour assurer une bonne coordination au niveau territorial et tenir en compte de la réorganisation des territoires notamment de la nouvelle réalité des EPCI (Etablissement Public de Coopération Intercommunale) ;
- L'amélioration à l'habitat : il existe des aides mais le montage du dossier administratif est encore compliqué. Proposer des petites aides techniques ;
- Développer la prise de conscience des aidants de se reconnaître en tant que personne aidant (avoir un statut d'aidant) d'une personne en perte d'autonomie. A ce sujet, les coordinateurs CLIC identifient un réel besoin mais les personnes ne s'identifient pas comme aidant. Par contre elles s'identifient quand la personne aidée est atteinte d'une maladie d'Alzheimer ;
- Adapter les actions au niveau local (quartier) pour plus d'efficacité et pour bien identifier et répondre aux besoins réels ;
- Développer la mutualisation des moyens au niveau territorial ;
- Commencer la prévention le plutôt possible pour anticiper les risques de dénutrition et de chute.

II. Répartition des actions et analyse thématique des actions de prévention

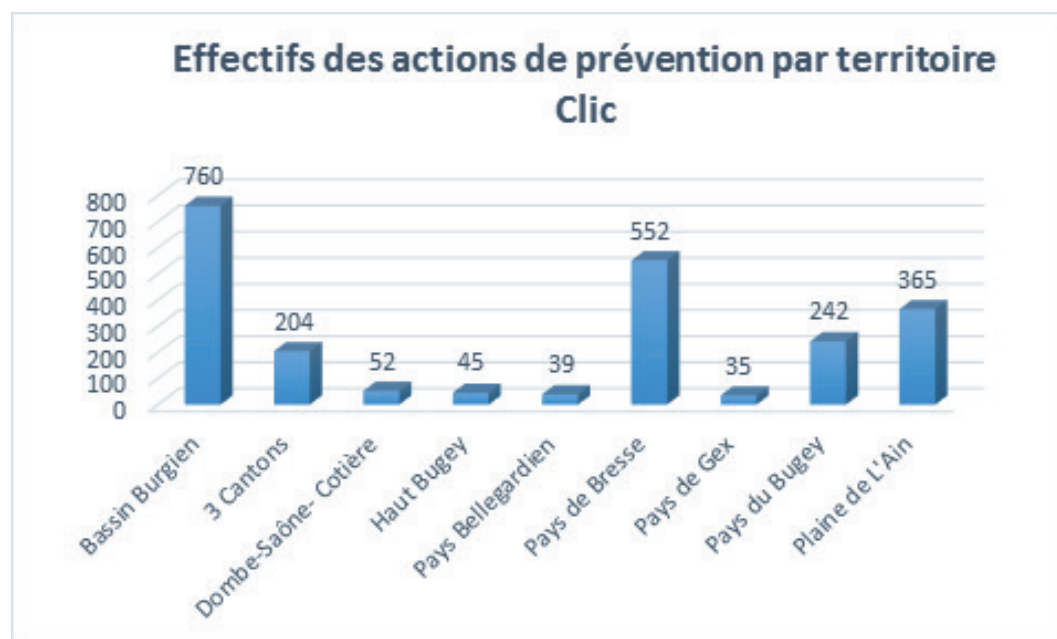
Après avoir analysé les ressentis des acteurs rencontrés, nous allons maintenant exploiter les actions recensées dans les territoires CLIC et proposer des thématiques d'actions de prévention à analyser.

II.1 Prévention de la perte d'autonomie : Recensement des actions et des initiatives locales

II.1.1 Méthodologie : quelques éléments de précision sur les actions recensées

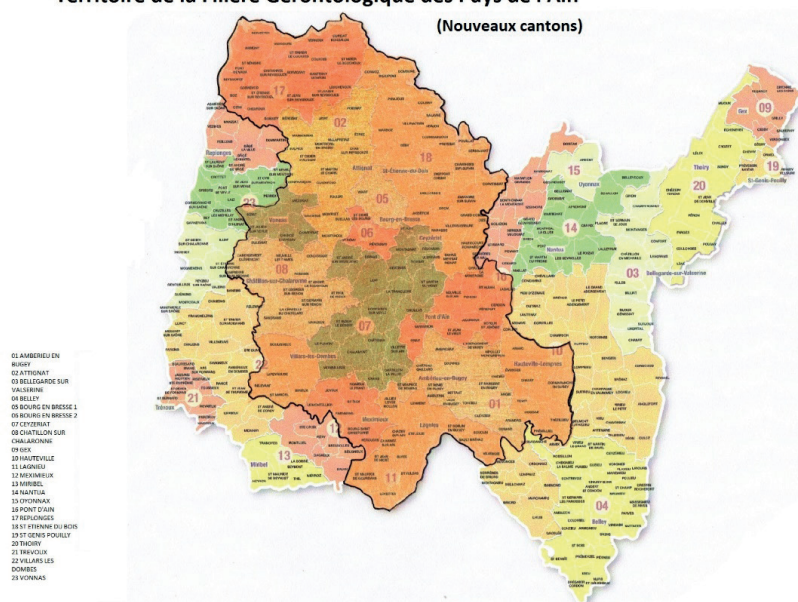
La liste des actions recensées n'est pas exhaustive. Elle dépend notamment de la disponibilité et de la volonté des opérateurs de nous fournir les informations et de remplir correctement le tableau type (en annexe) de recensement des actions de prévention de la perte d'autonomie.

L'ensemble des actions recueillies représente un total de 2294. La filière gérontologique et le pôle gériatrie de l'Ain couvrent 1748 actions réparties sur 5 Clic et le reste des actions représentent 546.



La filière gérontologique de l'Ain couvre les Clic du Pays de Bresse, du Bassin Burgien, une partie du CLIC des 3 cantons, le Clic du Plain de l'Ain et une partie du pays du Bugey (Voir carte).

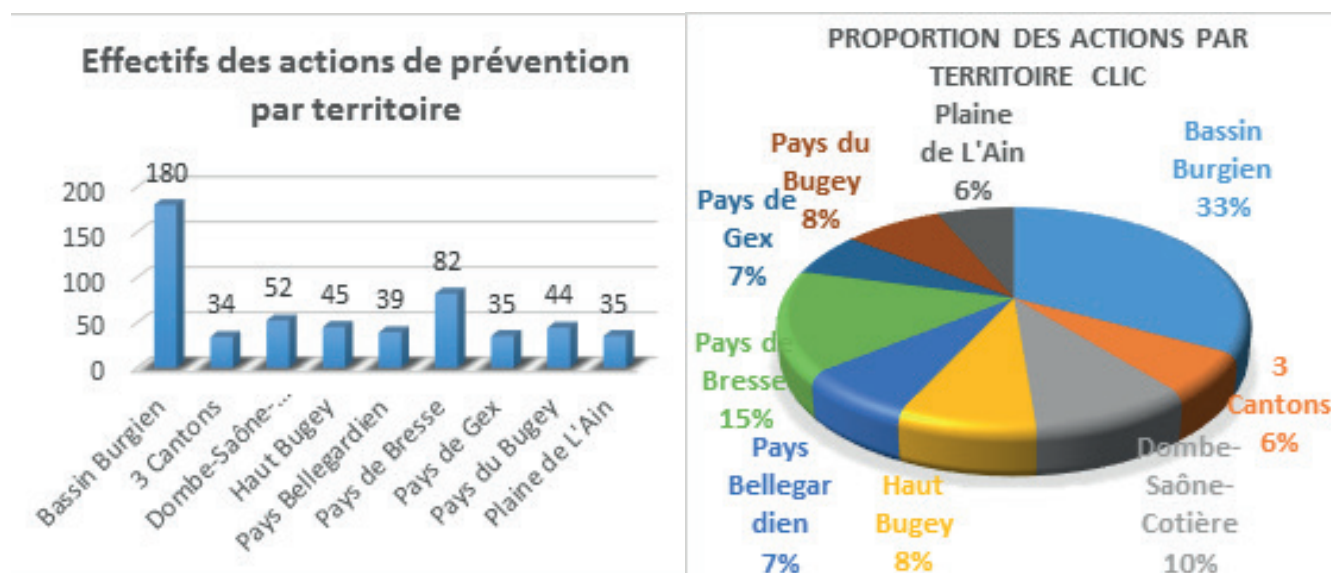
Territoire de la Filière Gérontologique des Pays de l'Ain
(Nouveaux cantons)



Le reste des CLIC sont couverts par d'autres filières gérontologiques comme celle d'Annecy dans le pays de Gex et pays du Bellegardien.

On est en face d'une complexité d'organisation territoriale qui nécessite un choix méthodologique pour apporter plus de cohérence dans l'analyse.

Pour analyser la répartition des actions d'une façon plus logique et faire des comparaisons entre territoires CLIC et entre communes au sein d'un territoire, nous avons fait un choix méthodologique en s'appuyant sur les 546 actions recensées sur l'ensemble des territoires CLIC du département.

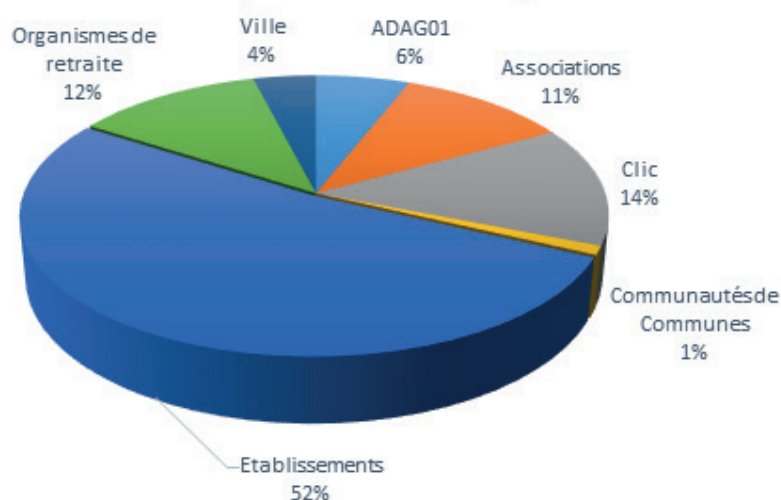


La répartition géographique des actions de prévention recensées dans les territoires CLIC est inégale et relativement « proportionnelle » à la démographie. C'est effectivement sur la plus grande agglomération du département que l'on recense le plus d'actions. 33% des actions ont été recensées dans le CLIC du Bassin Burgin. La particularité de ce territoire est qu'elle est dotée d'un réseau de partenariat solide dans le domaine de la gérontologie avec une implication du CLIC comme coordinateur. On trouve dans ce réseau la filière gérontologique, la commune de Bourg qui propose plusieurs actions (amélioration de l'accès aux équipements, soutien aux actions d'accompagnement, et autres actions collectives de prévention), ainsi que d'autres acteurs et financeurs de prévention de la perte d'autonomie.

II.1.2 Porteurs d'actions

Les actions de prévention de la perte d'autonomie recensées, dans le département de l'Ain, sont portées et appropriées localement par de multiples acteurs du secteur sanitaire et médico-social comme les CLIC, l'ADAG01, les établissements (EHPAD, MARPA, PUV, SAAD, SSIAD...), les Communautés de Communes, les organismes de retraite, les Villes (centres sociaux et CCAS inclus), les associations (associations des seniors, UFOLEP, Ciel Bleu, Mnémosis, ...). Les actions de prévention recensées dans les territoires ont été réalisées pour la plupart en partenariat avec les CLIC.

Proportion d'action par Porteur



Les établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires (EHPAD, MARPA, PUV, SAAD, SSIAD, Hôpital...) réalisent les 52 % des actions recensées. Il s'agit pour la plupart des actions d'accompagnement social et en soins. Les CLIC (14%), les organismes de retraite (12%) et les associations (11%) sont porteurs d'un nombre important d'actions.

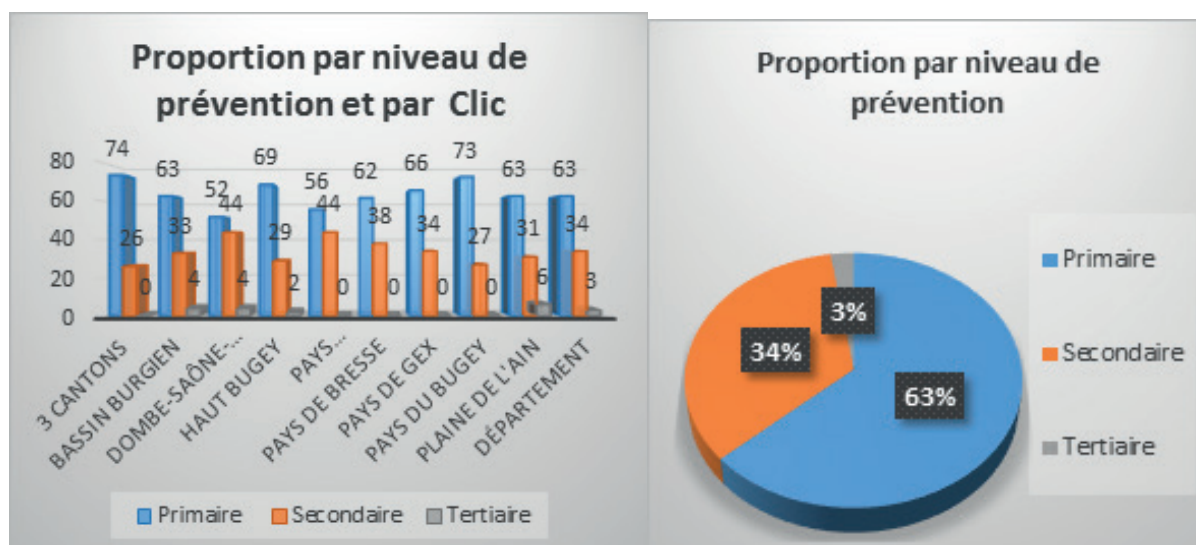
II.1.3 Répartition des actions par niveau de prévention

Nous avons retenu dans cette étude les 3 niveaux de prévention universelle :

Prévention primaire : concerne l'ensemble des actions permettant d'améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie : sensibilisation, information, accompagnement. On y recense généralement l'ensemble des actions permettant d'anticiper la perte d'autonomie. Par exemple la promotion de la pratique d'activité physique permet d'anticiper les chutes.

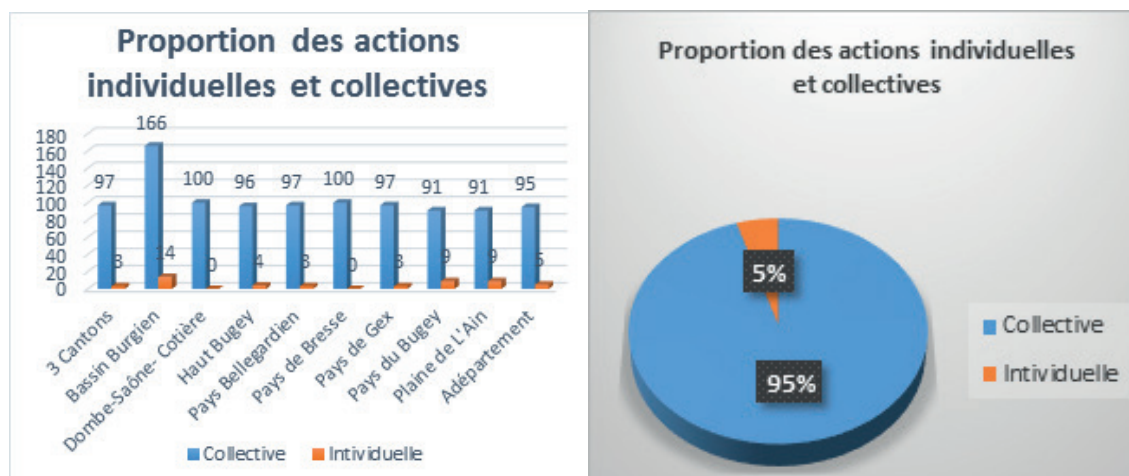
Prévention secondaire : concerne les actions mises en place pour prévenir les pertes d'autonomie évitables, diminuer la prévalence d'une maladie, agir au tout début du trouble ou de la pathologie afin de stopper son évolution ou de faire disparaître les facteurs de risque. On peut prendre comme exemple les actions de dépistage, de diagnostic et les traitements prodigués en vue d'éviter la progression d'une maladie ou de la perte d'autonomie.

Prévention tertiaire : porte sur les actions permettant d'éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité. Les acteurs interviennent à un stade où la maladie est installée et proposent des actions pour diminuer la prévalence des incapacités chroniques et réduire les complications, les rechutes ou invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Il s'agit d'amoinrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement.



La proportion des actions de prévention primaire reste dominante dans l'ensemble des territoires CLIC et représente 63% de l'ensemble des actions recensées dans le département. Ce qui montre qu'une part importante du financement de la perte d'autonomie dans l'Ain est consacrée à la prévention primaire, autrement dit l'anticipation de la dépendance. 34% des actions portent sur la prévention secondaire et seulement 3% sur la prévention tertiaire.

II.1.4 Proportion des actions individuelles par rapport aux actions collectives

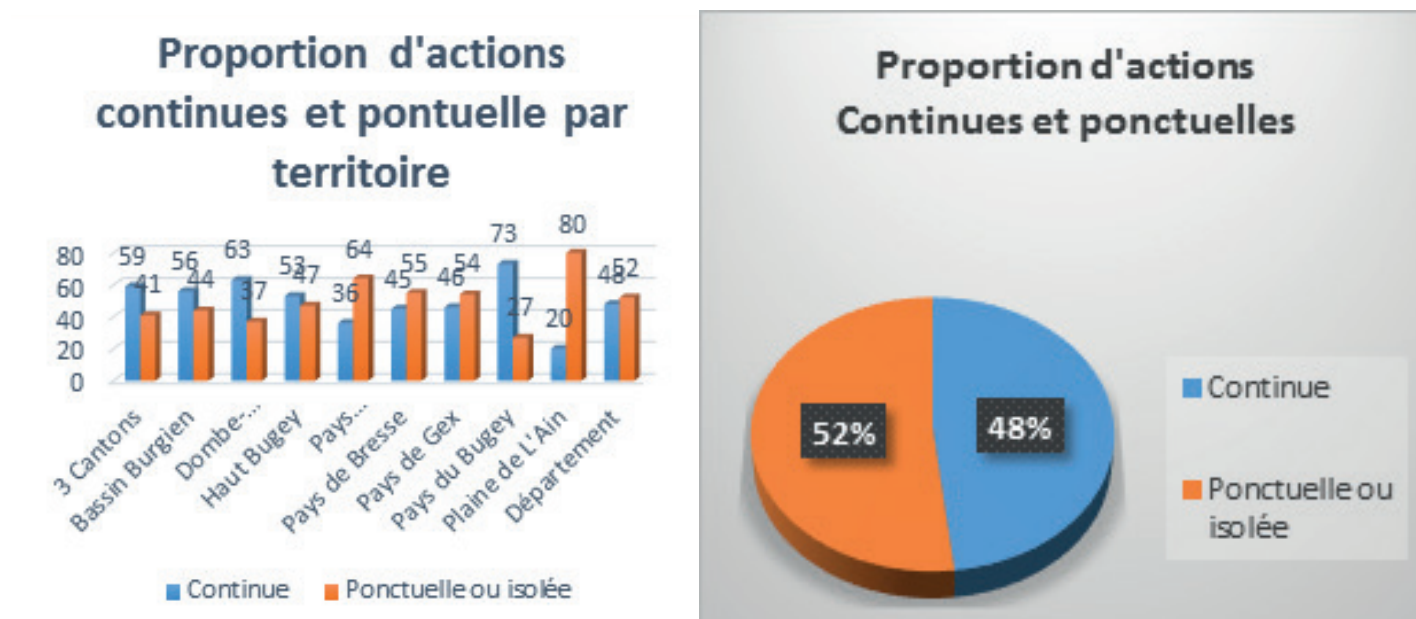


Les actions individuelles sont celles qui sont ciblées et beaucoup plus spécialisées. On les retrouve particulièrement dans les activités de soins, d'accompagnement social ou médico-social, les aides techniques concernant la sécurité-habitat ou aménagement habitat etc. La proportion de ces actions reste encore faible au niveau du département et dans chacun des territoires CLIC. Elles représentent 5%.

Dans le département de l'Ain on constate un développement important d'actions collectives de prévention. Ces actions visent à informer, à sensibiliser ou à modifier des comportements individuels en vue d'éviter, de limiter ou de retarder la perte d'autonomie. Elles peuvent également viser à identifier les personnes en situation de fragilité. La majorité des actions collectives recensées relèvent du champ de la santé, de l'habitat et du cadre de vie, la sécurité routière... Elles représentent la grande majorité des actions recensées dans le département avec une proportion de 95% par rapport aux actions individuelles.

II.1.5 Proportion des actions continues par rapport aux actions ponctuelles

Nous avons scindé les actions recensées en deux groupes par rapport à leur fréquence : les actions continues et les actions ponctuelles ou isolées.



Nous entendons par action continue toute action dont la fréquence de sa réalisation est supérieure à une fois par mois pendant un an. Il s'agit des projets de prévention ayant un suivi et un impact réel sur la population cible ou sur la population en général. La proportion de ces actions représente 48%.

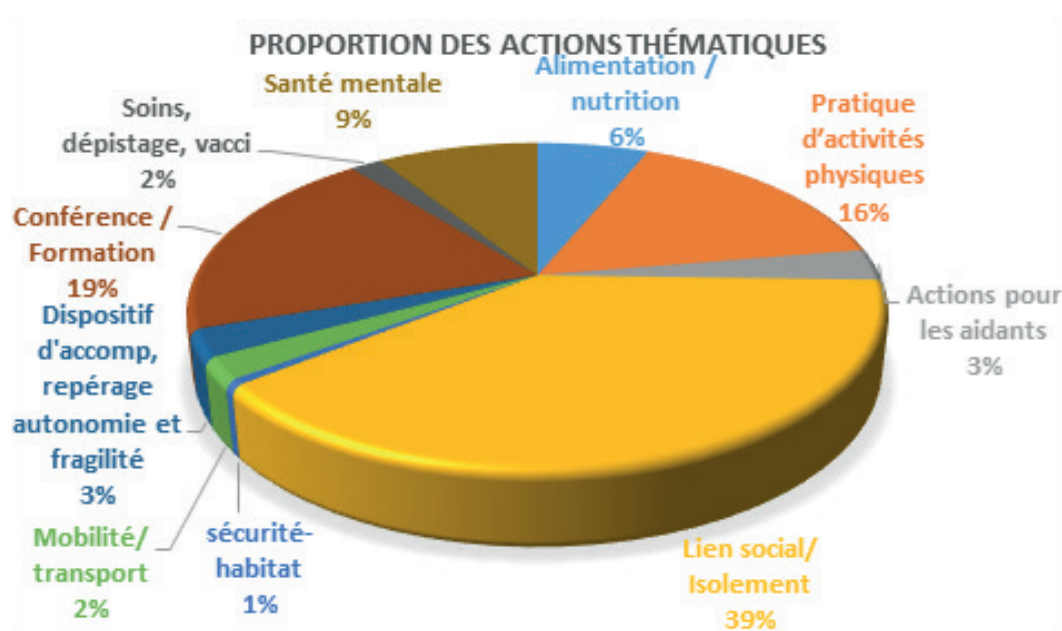
Les actions ponctuelles ou isolées sont des actions dont la fréquence de sa réalisation est inférieure ou égale à une fois par mois pendant 1 an. Elles représentent des projets de courte durée (exemple organisation d'une conférence, semaine bleue, une aide ponctuelle...) qui ne peuvent pas faire l'objet d'évaluation d'impact. Nous avons recensées 52% d'actions de préventions ponctuelles ou isolées.

II.2 Répartition et analyse thématiques des actions de prévention recensées

Les actions de prévention recensées sont réparties sur 10 thématiques :

Action de préventions	Bassin Burgien	3 Cantons	Dombes-Saône-Cotière	Haut Bugey	Pays Bellegardien	Pays de Bresse	Pays de Gex	Pays du Bugey	Plaine de L'Ain	Total
Alimentation / nutrition	12	2	1	4	2	5	3	3	2	34
Pratique d'activités physiques	21	9	8	14	3	8	5	9	11	88
Actions pour les aidants	0	3	7	0	3	0	3	0	1	17
Lien social/ Isolement	83	11	20	22	8	37	5	19	7	212
sécurité-habitat	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Mobilité/ transport	3	0	2	1	0	4	0	0	2	12
Dispositif d'accomp, repérage autonomie et fragilité	1	1	3	1	4	1	1	0	3	15
Conférence / Formation	37	7	7	2	9	21	11	5	7	106
Soins, dépistage, vaccination	8	0	0	0	0	2	0	0	0	10
Santé mentale	12	1	4	1	10	4	7	8	2	
total	180	34	52	45	39	82	35	44	35	546

Nous avons recensé 546 actions dans les 9 territoires CLIC et réparties sur 10 thématiques :



II.2.1 Alimentation/ Nutrition

6 % des actions recensées portent sur des activités en lien avec l'alimentation et la nutrition. Cette thématique est représentée, dans le cadre du plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie, comme un des déterminants autour duquel il est recommandé d'agir.

Les actions de préventions proposées dans cette thématique portent généralement sur une animation collective organisée et financée par les acteurs : information collective, organisation de repas conviviaux, ateliers nutritionnels, équilibre, activités de sensibilisation etc.

Il existe également des actions de prévention individuelles, beaucoup plus ciblées pour accompagner les personnes âgées à domicile et en établissement et pour répondre aux alertes sur la dénutrition. La dénutrition est un des facteurs identifiés permettant d'accélérer les effets du vieillissement sur le plan physique et mental.

L'objectif nutritionnel, pour contribuer au bien-être et au plaisir du convive chez les personnes âgées, est la prévention de la dénutrition dans toutes ses dimensions. Elles doivent manger assez et de façon adaptée à leurs besoins. Ce qui leur permet de maintenir des apports suffisants en quantité, notamment en calories, protéines, calcium et micronutriments. Les actions recensées de portage de repas à domicile qui sont conformes à ces exigences et les actions de formation sur la dénutrition effectuées par l'ADESSA participent au maintien de l'autonomie. Ces actions contribuent également à une alimentation équilibrée.

II.2.2 Pratique d'activité physique

La pratique d'activité physique représente 16% des actions recensées dans le département de l'Ain. Les actions recensées de ce domaine concernent surtout la prévention des chutes qui constitue l'un des enjeux prépondérant dans la prévention de la perte d'autonomie. En effet, les chutes représentent la première cause de décès accidentel. Elles sont aussi porteuses de morbidités comme les fractures du col de fémur chez les personnes âgées. Ces facteurs de risques qu'elles provoquent sur l'autonomie des personnes âgées et les coûts médicaux engendrés justifient une démarche de prévention systématique.

Conscients de ces risques, plusieurs acteurs se penchent aujourd'hui sur la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées. UFOLEP, Sport-santé et Siel Bleu constituent, dans le département de l'Ain, les plus importants opérateurs en la matière. Ils travaillent avec les financeurs (ARS et Organismes de retraite), les établissements de retraite, les associations, les dispositions et filières territoriaux. Ils proposent des programmes utilisant l'activité physique adaptée comme outil de prévention de la perte d'autonomie et du bien-être. Ce sont des professionnels de l'APA (Activité Physique Adaptée) qui proposent à la fois des séances individuelles répondant à des besoins spécifiques et des séances collectives destinées à différents publics comme les jeunes retraités, les personnes âgées à domicile ou en établissement.

Les centres sociaux développent également des offres adaptées aux seniors, en s'appuyant sur leur demande (gymnastique douce, marche douce, etc...). Par exemple, l'association du Plateau à Bourg organise divers rencontres d'informations, notamment sur la prévention des risques domestiques.

Dans le secteur associatif, Génération mouvement organise des activités dans ce domaine qui répondent plus aux objectifs de bien-être physique et mental. Elle propose des activités de randonnée, de la marche avec bâtons, de la pétanque et du sport-santé (Gym douce, équilibre) en partenariat avec l'association «Siel Bleu» Rhône Alpes.

II.2.3 Santé mentale

9 % des actions recensées portent sur des actions de prévention de la santé mentale. On regroupe dans cette thématique les actions de prévention suicide, les actions portant sur la question du bien-être, de l'accompagnement psychologique dans les situations de veuvage, l'organisation des groupes de parole, les activités de formation au repérage des situations de détresse à domicile et/ou en établissement.

Les CLIC en partenariat avec les acteurs de proximité (association Mnémosis, Club des Séniors, ADAG01, services à domicile...) proposent un accompagnement psychologique sous forme de groupe de parole, café mémoire et autres actions permettant d'améliorer la santé mentale des personnes âgées.

Il faut préciser que la plupart des actions de prévention recensées dans cette thématique sont organisées par la Cellule de prévention ou avec la Cellule de prévention. Le département de l'Ain est doté d'une Cellule de prévention des Situations de Détresse de la Personne Âgée, spécialisée dans le domaine de la santé mentale et qui intervient presque dans tous les territoires CLIC. Cette cellule de prévention est une action inscrite au programme régional santé publique depuis 1999, date de sa création. Elle propose et organise des actions d'information, de sensibilisation, de formation, d'accompagnement, d'écoute et de soutien.

II.2.4 Actions sur les aidants (proches aidants)

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est pratiquement permis, en partie, grâce à l'aide apportée par leurs proches et à l'implication de leurs familles⁵. Au fur et à mesure de la progression de la maladie et de la dépendance, l'impact sur l'environnement social et familial devient de plus en plus compliqué. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement propose un ensemble d'actions permettant d'améliorer le quotidien des personnes âgées et leurs proches. Cette reconnaissance institutionnelle apparaît comme un enjeu majeur pour agir sur la question de répit et de congés. Le risque d'épuisement doit être alors pris en compte au niveau des territoires. La conférence des financeurs, est l'occasion pour les partenaires de partager cette vision en faveur du soutien aux proches aidants et de s'assurer d'une bonne couverture du territoire en la matière.

Dans le département de l'Ain, seulement 3 % des actions de prévention de la perte d'autonomie concernent l'accompagnement des proches aidants. Ce pourcentage des actions est considéré comme étant très insuffisant. Quelles sont les caractéristiques et la nature des actions proposées pour accompagner les Aidants ?

5 Nathalie DUTHEIL, Les aides et les aidants des personnes âgées, in DREES, Etudes et Résultats, n°142, Novembre 2001, 12 pages, p.2.

Plusieurs acteurs proposent des actions de prévention destinées à accompagner les Aidants familiaux.

L'association France Alzheimer propose des formations gratuites aux aidants familiaux qui accompagnent des proches atteints de la maladie d'Alzheimer. Ce type d'action permet aux Aidants de mieux comprendre la maladie et d'avoir des outils pour améliorer leurs compétences en tant qu'accompagnants.

D'autres actions sont aussi proposées par la plateforme de répit « *Aux Lucioles* » qui a été mise en œuvre en 2012. Sa gestion est portée par l'Association de gestion d'accueils de jour. Cette Plateforme de répit répond aux mesures initiées par le plan Alzheimer 2008-2012. Ces actions s'adressent aux aidants confrontés à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie neuro-évolutive. Les actions peuvent être individuelles (pour l'aidant) collectives (couple aidant/aidé), au sein d'un établissement (Accueil de jour) ou à domicile. Certaines actions sont gratuites telles que les groupes de parole ou les réunions d'informations. La plateforme organise également des solutions pour le transport ou l'accueil du proche pendant certaines actions destinées aux aidants. Elle couvre 104 communes du quart sud-est du département de l'Ain et s'appuie sur un réseau de partenaires permettant d'orienter les familles vers la plateforme.

« *Génération mouvement* » propose, parmi ses activités, un soutien aux aidants qui s'effectue dans le cadre d'une action « *aide aux aidants* » soutenue financièrement par le Conseil départemental. Cette action consiste à organiser des ateliers d'information permettant aux Aidants d'avoir une meilleure connaissance de tout ce qui a trait à l'accompagnement d'une personne dépendante à domicile : informations sur la maladie, comprendre les troubles et les comportements de la personne aidée, conseils pour la vie quotidienne auprès d'un malade, relations et communications avec le malade, se préserver et se protéger, des informations sur les solutions de répit dont le balluchonnage qui est mis en place dans certains territoires de l'Ain.

II.2.5 Lutter contre l'isolement et favoriser le lien social

La lutte contre l'isolement social occupe un pourcentage important des actions recensées dans le département. Elle représente 39 % des actions. Les acteurs financiers (ARS, Caisses de Retraite, Conseil Départemental...), associatifs, élus et coordinateurs de dispositifs semblent s'être fortement structurés dans chaque territoire autour des questions d'isolement social et de solitude des personnes âgées. Les diverses activités sociales, culturelles, groupes de parole, voyage etc., proposées ont comme objectif de renforcer, de maintenir ou de créer des liens sociaux et rompre avec la solitude comme facteur de dépression.

Dans le cadre de l'animation territoriale, différents acteurs développent des activités en lien avec cette thématique et dont l'objectif est de contribuer à l'épanouissement des personnes âgées et au renforcement des liens sociaux.

- Pour créer **du lien social**, les clubs de la « Génération Mouvement » organisent des réunions hebdomadaires autour d'échanges, de jeux, d'activités manuelles et de découverte ; des activités culturelles comme la dictée, la poésie, la photographie, la généalogie ; et organisation de sorties au cinéma ou au théâtre ou pour assister à des conférences. Ces activités s'effectuent souvent en partenariat avec les CLIC et les centres d'action sociale.

- **Des actions visant le renforcement des liens intergénérationnels** : rencontres régulières entre enfants d'un multi-accueil ou du centre de loisirs et des personnes retraitées dans de nombreux centres sociaux (Ateliers culinaires, ateliers autour du livre, de la mémoire, de la transmission de savoirs...) ; une activité « marche douce » entre enfants du multi-accueil et des personnes âgées accueillies par l'accueil de jours de Reyrieux ; des « Pique-nique inter-âge », des repas « déjeun'ages » entre enfants de l'accueil de loisirs et personnes retraitées ou des animations festives intergénérationnelles organisées par le centre social de Chalamont.

- **Des actions visant à développer le réseau de voisinage** qui nécessitent un travail de proximité entre les acteurs. Le centre social « Pole Pyramide » de Saint Denis a mis en place un collectif « voisin'âges » réunissant notamment le CCAS, la Petite Unité de Vie, le club de retraité... Dans le même esprit, le centre social de Reyrieux anime le collectif ECLATS, regroupant la mairie et le CCAS, les associations d'aide à domicile, le CLIC, les EHPAD, le club de retraités... Développement des activités de voisinage dans les quartiers populaires d'Oyonnax et des visites à domicile dans le cadre du « Plan solitude de la Mairie ». La Mairie de Bourg-en-Bresse développe un réseau de visiteur bénévole pour accompagner des personnes isolées.

Dans la même logique d'action, le centre social d'Ambérieu anime un réseau de visite à domicile de personnes âgées isolées, par des bénévoles. Ce réseau associe, outre le centre social, le CLIC, la ville d'Ambérieu, les travailleurs sociaux, les structures d'aide à domicile... Il développe également une action « thé-paroles et café » regroupant toutes les semaines un groupe de femmes permettant des échanges autour du vécu de chacune. Le centre social de l'Albarine accompagne un groupe « tricot solidaire » mobilisé pour la confection de vêtements pour enfants. Le centre social de St Denis développe, grâce à un réseau de bénévoles, un transport solidaire permettant de véhiculer des personnes âgées à mobilité réduite sur différents lieux et événements de la vie sociale de la commune.

En outre de ces activités de proximité, l'association du Plateau à Bourg mobilise le réseau des commerçants de proximité pour repérer les personnes en situation d'isolement et relayer les diverses actions que l'association peut développer tout au long de l'année. Cette association propose également des ateliers d'échanges de savoirs ou activités créatives (plat'O'créatif). Le centre social de Reyrieux développe des activités comme café-tricot, café habitants, sorties culturelles, marches douces, café-mémoire, ateliers relaxation.

- **On peut ajouter dans cette thématique les activités organisées pour améliorer l'utilisation du numérique.** Parmi ces actions, on peut prendre comme exemple le projet du « Génération Mouvement » sur l'utilisation de tablettes spécialement faites pour des seniors en partenariat avec l'entreprise « FACI-LOTAB » et initiation à l'informatique et aux réseaux sociaux. On constate également dans les centres sociaux un développement des actions permettant de contribuer à la lutte contre la fracture numérique et l'accès aux droits des personnes retraitées. Ainsi, les centres sociaux de l'Albarine, de Chalamont, de St Denis développent des ateliers informatiques à destination des seniors. Des permanences d'écrivains publics sont également mobilisées par certaines personnes âgées autour de démarches administratives et d'accès aux droits (accès et suivi de leurs dossiers retraites notamment...). L'ADAPA, dans le cadre de son projet financé par la conférence des Financeurs développe une activité dénommée « Happy Tab ». Cette activité consiste à apprendre à utiliser une tablette tactile, découvrir et à s'approprier le numérique mobile avec des usages pratiques et créatifs.

Ces activités recensées dans les territoires CLIC du département permettent à la fois de repérer les seniors en situation de fragilité et d'isolement et de développer des actions adaptées aux enjeux repérés.

II.2.6 Mobilité et transport

Cette thématique concerne l'ensemble des actions proposées aux personnes âgées portant sur la mobilité, le transport individuel et en commun, la sécurité routière etc. Elle représente 2% des activités recensées sur le territoire du département.

Les personnes âgées appartiennent à une génération de l'ère du développement de l'automobile. Le **véhicule est le mode de transport privilégié et l'obtention du permis de conduire est un symbole d'indépendance et d'autonomie. La mobilité constitue l'un des enjeux les plus forts pour les personnes vieillissantes. Ne plus pouvoir se déplacer, ne pas pouvoir se rendre là où bon leur semble, est en effet perçu comme l'un des premiers symptômes de fragilité. D'autant plus**, en milieux rural et périurbain le transport collectif reste mal desservi avec des arrêts, des horaires et des circuits pensés pour les scolaires et les actifs.

L'abandon de la voiture correspond, pour les personnes âgées, à une véritable mort sociale qui a de lourdes conséquences sur le plan sociologique et psychologique. Arrêter de conduire correspond à une perte progressive de l'autonomie et l'entrée vers la dépendance. Un accompagnement est alors utile et nécessaire. Dans le département de l'Ain cette accompagnement se traduit par la mise en place d'actions de prévention portées et réalisées par les acteurs de proximité et financées par des partenaires notamment le Conseil Département et les caisses de retraite. L'enjeu de cet accompagnement est de permettre aux personnes âgées de rester indépendant le plus longtemps possible, sans affecter ni sa sécurité ni celle des autres usagers de la route.

Des actions de sensibilisation à la sécurité routière sont réalisées dans le département par l'association de Prévention routière s'appuyant sur un important réseau de bénévoles et adhérents. La « Génération mouvement », en partenariat avec cette association et quatre auto-écoles, organise des audits de conduite seniors afin d'évaluer, en situation réelle, les aptitudes à la conduite des participants (25 minutes de conduite en milieu réel) puis l'après-midi, recyclage en salle sur le code de la route et réponses aux inquiétudes ou aux questionnements des seniors.

Pour répondre à la problématique du transport et généralement le déplacement des personnes âgées, certains Communes et les Communautés de Communes proposent « le transport à la demande ». Cette action améliore considérablement la mobilité des personnes âgées surtout en milieu rural où le déplacement est plus difficile.

II.2.7 Sécurité-habitat et actions d'aménagement

Cette thématique concerne les actions permettant l'amélioration l'accessibilité aux équipements, des actions d'aménagement et autres actions collectives ou individuelles de prévention. Elle représente un faible pourcentage des actions recensées (1%). Elle concerne des actions favorisant l'accès aux équipements qui contribuent à maintenir ou améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, la participation à la vie sociale et favoriser le maintien ou le retour à domicile. Elle concerne tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté ou spécialement conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité. Cette thématique concerne également les aides techniques financées par le Conseil Départemental et les caisses de retraite qui dans leur grande majorité relèvent de la prévention du risque de chutes.

Le processus de vieillissement et d'apparition des chutes nécessitent une adaptation du logement. Dans le département de l'Ain des actions portant sur l'adaptation de l'habitat (maintien à domicile et adaptabilité des logements) sont en cours de réalisation dans le cadre du projet HAISSOR. Il se développe aussi une véritable alternative à l'EHPAD notamment la création de PUV et de MARPA en milieu rural, qui s'adresse à des personnes en perte d'autonomie. Ces initiatives constituent une véritable réponse aux problématiques de la sécurité-habitat.

Ces actions permettent de maintenir ou d'améliorer la perte d'autonomie de rompre avec le sentiment d'insécurité comme le risque de chute, l'ennui, l'adaptation de l'habitat.

II.2.8 Dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours et de repérage de la perte d'autonomie et des fragilités

3% des actions recensées portent sur des dispositifs d'accompagnement, de coordination et de repérage de la fragilité. Il s'agit des actions permettant d'assurer aux personnes âgées une information, une orientation, un accès aux droits et un accompagnement rapide et pertinent vers les aides, les professionnels, les services et dispositifs adaptés à leur situation.

La plupart de ces actions sont proposées par la MAIA, le CLIC, le Pôle gériatrique et la filière gérontologique. Parmi ces actions on peut citer celles proposées par la filière gérontologique et le pôle gériatrique :

- Maintien de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) en HAD (Hospitalisation A Domicile) ; Initiation de la demande APA par le médecin gériatre.
- Permanence téléphonique gériatrique :
 - Faire connaître l'équipe mobile de psycho-gérontologie, l'équipe mobile de gériatrie
 - la permanence téléphonique médicale gériatrique.
- Mieux repérer les fragilités :
 - Définir les indicateurs de vigilance et établir une procédure de signalement de la fragilité
 - Création d'un Guide de Repérage des Risques de la Fragilité
- Accès à la prise en charge sociale :
 - Elaborer une synthèse des missions des organismes chargés de l'information et/ou de l'accompagnement social sur le territoire de la filière et diffuser l'information dans le secteur sanitaire.
- Gestion de l'urgence médicale pour les personnes âgées de plus de 75 ans :
 - Rédaction et diffusion de 6 fiches proposant des informations ou des actions sur différentes thématiques
 - Sensibiliser les usagers aux directives anticipées
 - Fiche de présentation du fonctionnement des PUV et MARPA à destination du SAMU et des SAU
- Harmoniser et clarifier les admissions en EHPAD

II.2.9 Conférences thématiques, rencontres, débats et formation des intervenants

Ces actions concernent les conférences et les rencontres organisées sur chaque territoire CLIC. Elles représentent 19% des actions recensées. Il s'agit en général des actions collectives de prévention primaire. Son objectif est d'anticiper la perte d'autonomie en assurant des actions d'information, de sensibilisation et d'orientation des personnes âgées vers les services appropriés.

L'ensemble des acteurs rencontrés assure au moins une action de cette thématique. « La semaine bleue » par exemple constitue un moment privilégié pour l'organisation de ces rencontres. Partout dans les territoires CLIC du département les acteurs qui travaillent auprès des personnes âgées, organisent des animations permettant d'échanger sur les problématiques de la perte d'autonomie et de prendre conscience de leurs besoins, de leur place et rôle dans la société.

II.2.10 Dépistage, vaccination et soins

Il s'agit ici de recenser les actions de prévention portant sur :

- Le dépistage : des troubles de mémoire, de la fragilité du sujet âgée... Le dépistage d'un état de fragilité permet de mettre en place des actions de prévention de la perte d'autonomie.
- La vaccination : la grippe chez les personnes âgées
- Les soins : soins des pieds, soins bucco-dentaire, consultations infirmière, évaluation médico-psychosociale et fonctionnelle...

Ces actions représentent 2% de l'ensemble des actions recensées. Elles sont souvent effectuées par les services de soins infirmiers.

Conclusion

Certaines thématiques sont transversales (nutrition, activité physique, santé mentale...). Elles sont pour la plupart en lien avec d'autres thématiques. La méthodologie nous exige de les classer pour faciliter l'analyse et la compréhension pour le commanditaire.

TROISIEME PARTIE :
ANALYSE DES TABLES RONDES ET RECOMMANDATIONS

I. Analyse des tables rondes : recommandations des acteurs

Le 14 décembre 2016, nous avons présenté les résultats partiels de l'étude auprès du comité de pilotage de la Conférence des Financeurs. Après l'analyse de ces résultats partiels, deux thématiques ont été retenues pour organiser deux tables.

Ces deux tables rondes ont été réalisées pendant la journée du 17 janvier 2017 : une pendant la matinée et une autre l'après-midi. Elles visent, à partir des thématiques d'échanger avec les acteurs, à apporter un complément d'information à l'analyse qualitative de l'étude sur « *l'état des lieux des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées* ».

Différents acteurs pluridisciplinaires et structures du département étaient présents ou représentés : ADESSA, SSIAD, SAAD, Centres Sociaux, Accueil de jours/Plateforme pour les Aidants, USDS, Plateforme Sou-ti'Ain, Centre Hospitalier de Bourg01, Génération Mouvement Fédération de l'Ain, Plateforme Sport-Santé, UFOLEP Auvergne Rhône-Alpes, CLIC, Centre Hospitalier Haut-Bugey, Centre Hospitalier de Trévoux, CPAM 01, Conseil Départemental 01, Filière gérontologique, ADAG 01.

Cette partie représente la synthèse des différents points retenus sur chacune des thématiques et les recommandations pour développer la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

I.1 Thématique 1 : « les maladies chroniques. Comment améliorer l'existence des personnes touchées ? Quelles préventions possibles ? »

Cette table ronde a eu lieu pendant la matinée du 17 janvier 2017.

Cette thématique générale comporte deux sous-thèmes. Un sous thème sur les types d'actions à mobiliser pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique. Un autre sous-thème sur les actions de prévention à proposer pour éviter, retarder ou réduire les complications des maladies chronique.



Nous avons invité les participants à réfléchir et échanger sur les types d’actions possibles pour améliorer la qualité de vie des malades chroniques et les actions de prévention à mettre en place pour éviter, retarder ou réduire les complications.

a. Quels types d’actions pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d’une maladie chronique ?

Pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées atteintes d’une maladie chronique, les participants proposent de mettre l’accent sur l’information, l’isolement social et sur l’accessibilité aux biens communs.

- Informer, impliquer et accompagner les aidants

- Accès à un accompagnement gradué au fur et mesure de l’évolution de la maladie. A chaque étape de la maladie, la personne atteinte de maladie chronique aura besoin d’un accompagnement social et médicosocial bien spécifique.
- Pour avoir un soutien moral et social, il est recommandé d’informer l’entourage familial quand une personne est touchée par la maladie.
- Faire un travail de communication sur l’intitulé des actions de prévention. L’intitulé d’une action de prévention ne doit pas faire peur. Il est recommandé d’utiliser des termes qui attirent les personnes concernées et les familles.
- Proposer des formations aux aidants pour améliorer l’accompagnement des conditions de vie et pouvoir transmettre le bon message.

- Lutter contre l’isolement social

- Mobiliser tous les acteurs de proximité pour améliorer le repérage des personnes isolées. Solliciter les pharmaciens, la poste et le CCAS, les centres sociaux etc., pour déployer des actions autour de l’isolement des personnes
- Faciliter le transport des malades à la fois pour ses soins médicaux et pour la participation des activités de prévention collective (CPAM, bon de transport...)
- Agir sur les trois types d’isolement :
 - isolement relationnel : solitude des patients sans familles
 - isolement géographique : accessibilité
 - isolement choisi : mieux accompagner ces personnes

- Accessibilité : soins, biens communs, aménagement habitat

- Mettre en place un guichet unique pour améliorer l’information sur les offres
- Développer des lignes spécifiques pour des actions d’extérieurs

- Améliorer l'accès aux soins : Mise en place d'une aide pour transporter les patients et les accompagner aux consultations,
- Réaménager l'espace de vie : présenter le matériel à la personne avant de le mettre en place.
- Faciliter les procédures administratives concernant les demandes de réaménagement d'un espace de vie.
- Améliorer l'accessibilité des structures : certains cabinets médicaux (cabinets dentaires pas exemple) ne sont pas adaptés pour une personne en fauteuil roulant.

b. Quelle prévention pour éviter, retarder ou réduire les complications des maladies chroniques ?

Concernant cette question, les participants proposent de mettre l'accent sur l'éducation thérapeutique et sur les facteurs de risques.

- Promotion de l'éducation thématique du patient

- Un accompagnement, favorisant les capacités d'empowerment des usagers. Cependant, l'éducation thérapeutique de nos jours se base sur une approche descendante : les professionnels dictent des conduites aux usagers, pouvant ainsi favoriser l'apparition de la non-observance aux traitements. Une approche ascendante serait plus efficace.
- Recensement de l'existant et identification du suivi nécessaire exemple activité physique
- Sensibilisation des médecins libéraux (CPAM/ARS...), comme coordinateur de parcours (maison de santé déjà dans ce fonctionnement)
- Travailler sur l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie de Parkinson. Qu'est-ce qu'on fait si la maladie est déclarée ? quel type d'accompagnement (individuel ou collectif) ?

- Agir sur les facteurs de risque : alcool, tabac, la prévalence du surpoids et de l'Obésité...

- Lutter contre la sédentarité quand tous les facteurs sont pris en compte.
- Adopter une approche globale et pluri-professionnelle à partir d'un bilan de santé.

- Agir sur les facteurs de perturbation du parcours de soins des personnes atteintes de maladie chronique en situation de vulnérabilité

- Améliorer la consultation à domicile. Le déplacement des médecins devient de plus en plus difficile et rare alors les personnes ayant besoin d'une intervention sont envoyées aux urgences
- Améliorer la coordination des acteurs de santé pour attirer les jeunes médecins dans certains territoires
- L'autonomie : possibilité de faire des choix librement
 - Eclairer les choix de la personne et de la famille ;
 - Définir les limites et les compétences des services et des structures dans l'accompagnement aux choix pour les personnes en perte d'autonomie.

I.2 Thématique 2 : « Territoire et logique de prévention : réalisation d'action en réponses aux spécificités du territoire »

Cette table ronde s'est déroulée pendant l'après-midi du 17 janvier 2017.



Nous avons invité les participants à donner leurs points de vue sur les résultats partiels de l'étude. Comme nous l'avons expliqué pour la première thématique, celle-là comporte également deux sous-thèmes. Un sous thème qui permet aux acteurs de donner leur impression sur les résultats partiels des données sociodémographiques, sociales et sanitaires et des actions recensées sur les territoires et un deuxième sous-thème sur Engagement de plusieurs acteurs dans la prévention de la perte d'autonomie. Sur chaque sous-thème nous avons invité les acteurs à faire des propositions et recommandations.

a. Quelle analyse faites-vous sur l'offre en termes de prévention de la perte d'autonomie dans les territoires du département ?

- Il manque la dimension des personnes âgées en tant que sujet. Les professions mettent en place des actions qui ne sont pas forcément en lien avec les besoins des personnes âgées. Il faut alors les impliquer davantage avec les familles dans les conceptions des projets de préventions. Les participants proposent davantage d'actions d'écoute des personnes âgées pour avoir une réponse adaptée et les faire adhérer. Pour se faire il faut saisir la parole et les sensations des personnes concernées pour identifier au mieux leurs besoins ;
- Un pourcentage important des actions recensées (39%) porte sur le lien social. Le lien social est important, il permet de renforcer la santé mentale des personnes et d'aider à surmonter les difficultés de la vie quotidienne. Mais il est aussi nécessaire de penser à agir pour les aidants, à mettre en place des actions sur l'habitat et sur le transport. Les acteurs ont constaté de très faibles actions proposées au niveau du repérage et de la sécurité-habitat (là où la personne vit et débute les troubles de la perte d'autonomie) ;

- Travailler sur la question d'un référent ou « interlocuteur unique » sur le projet de vie de la personne et la question de la coordination (gain de qualité pour l'utilisateur et pour les acteurs). La famille peut se reposer sur cet interlocuteur. Ça évite les redondances.

- Vos commentaires sur les déséquilibres identifiés entre :

- L'équité en termes d'offres de service par territoire et par types de prévention n'est pas respectée. Ils constatent des problèmes d'identification des besoins dans certains territoires. Il est aussi constaté un déséquilibre entre les actions individuelles d'accompagnement à la perte d'autonomie et les actions de prévention collectives.
- **actions de prévention individuelle ou collective**
 - nombre d'actions individuelles très faible ;
 - Il faut tenir en compte de l'accompagnement individuel des services à domicile. Les actions de préventions individuelle font parties intégrantes de leurs missions ;
 - L'accompagnement individuel en dehors des soins paraît très important pour le bien-être des patients âgés.
- **actions de prévention continues et ponctuelles**
 - investir davantage sur les actions de prévention continues
 - pour avoir un impact réel sur la population cible
 - pour pouvoir suivre et évaluer l'action
 - les actions ponctuelles restent toujours importantes pour informer et mobiliser les acteurs au tour d'une thématique de santé ou d'une problématique de la perte d'autonomie
- **identifiez des territoires et formulez des actions de prévention répondant concrètement à leurs besoins**
 - les participants n'ont pas identifiés des territoires, ils suggèrent de travailler sur l'équité de l'offre entre les territoires.

b. Engagement de plusieurs acteurs dans la prévention de la perte d'autonomie :

- quelle analyse faites-vous de la lisibilité, la cohérence et la complémentarité des actions ?

- beaucoup d'action sont développées dans les structures et par les acteurs mais l'échange et l'harmonisation de ces actions restent encore à travailler ;
- manque de lisibilité et de cohésion ;
- des actions sont souvent financées dans la précipitation sans prendre le temps de faire un diagnostic et de saisir les besoins réels des populations.

- comment imaginez-vous la coordination des actions de la prévention de perte d'autonomie ?

- promouvoir des réunions de coordination et de concertation
- décloisonner et favoriser le partage d'expériences entre les services et les acteurs
- travailler sur les niveaux de coordination :
 - micro : activités autour de la personne
 - méso : acteurs, dispositions et service de proximité
 - macro : implication des financeurs dans la démarche d'accompagnement
- **quels intérêts pour les professionnels ?**
 - échange et amélioration des compétences
 - savoir ce qui se passe dans les autres structures
 - travailler sur des actions innovantes
- **quels intérêts pour les usagers ?**
 - plus de cohérence dans la prise en charge
 - Facilite la mise en place d'un plan de prévention personnalisée
 - meilleure connaissance des acteurs
 - trouver des informations facilement
 - permet d'éviter les ruptures dans les parcours et de renforcer les liens avec les acteurs de proximité
- **quels sont les liens à renforcer ou à développer entre établissement et domicile dans la prise en charge de la perte d'autonomie**
 - développer l'échange pour améliorer la prise en charge
 - travailler sur une coordination par territoire en impliquant tous les acteurs
 - mise en place d'actions de formation sur le repérage, la connaissance du réseau et la détection de la fragilité

Conclusion

L'essentiel des recommandations des acteurs de la première table ronde porte sur l'accessibilité à l'information et le renforcement des liens sociaux. Pour améliorer l'accompagnement des malades chroniques ils proposent des actions sur l'éducation thérapeutique et sur les facteurs risque. Concernant la deuxième table ronde, les constats portent particulièrement sur la question de la participation des personnes âgées et les familles comme facteur de réussite des actions de prévention. Ils constatent également un déséquilibre d'actions de prévention proposées dans les territoires CLIC.

II. Pistes de réflexions et recommandations

Les besoins repérés, croisés avec le recensement des actions par thématiques et par territoires permettent d'identifier ceux sur lesquels certaines thématiques mériteraient d'être développées en priorité, au regard des différents facteurs préjudiciables à l'autonomie.

II.1 Piste de réflexion

Au regard des données sociodémographiques et des actions recensées sur les territoires, divers commentaires peuvent être formulés. Cette réflexion porte principalement sur trois points. Le premier est de faire le rapport entre la progression démographique et les attentes en termes d'actions de prévention. Le second portera sur les problématiques d'organisation, de coordination et de l'appropriation des actions réalisées ou en cours de réalisation dans les territoires CLIC. En fin le troisième point fera apparaître les défis à relever face à la projection démographique.

- Progression démographique et mise en place d'actions sur certains territoires

La population des personnes âgées de 60 ans et plus en 2030 dans le département de l'Ain représente 27 % d'après la projection démographique de l'INSEE 2013. Cette évolution démographique est à la fois positive pour les populations âgées et inquiétantes pour la prise en charge de la dépendance. Cette situation demande alors une anticipation d'actions de prévention pour maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées en bonne santé. Ces actions devront aussi être adaptées aux besoins qui ont tendance à évoluer

- Nombre important d'actions de prévention mal coordonnées

Dans l'analyse des actions de prévention recensées nous pouvons relever plusieurs aspects. D'abord nous avons constaté une répartition inégale de ces actions dans les 9 territoires CLIC et dans les communes au sein d'un territoire. Nous avons aussi identifié plusieurs efforts dans la mise en place d'actions de prévention à des niveaux différents (primaire, secondaire et tertiaire), des types de prévention individuelles et collectives, et des actions continues et ponctuelles.

Malgré cet important investissement pour anticiper, prévenir et accompagner la perte d'autonomie, des remarques sur l'organisation et l'implication des publics cibles ont été relevées. Il a été constaté auprès des acteurs un certain manque de cohérence dans l'organisation et les types d'actions proposées par rapport aux besoins. Autrement dit, un décalage entre l'action proposée sur un territoire par rapport aux besoins réels des populations ou la capacité des acteurs de réaliser l'action (exemple du baluchonnage). Cette activité demande des ressources importantes et disponibles, ce qui n'est pas toujours le cas dans certaines localités et généralement en milieu rural.

En outre, les porteurs d'actions témoignent avoir du mal à attirer et impliquer les populations cibles surtout dans les activités collectives. Les plus jeunes des retraités sont les plus difficiles à attirer. Leur manque d'implication a fait l'objet de discussion au moment des entretiens et des tables rondes. Les freins constatés portent pour la plupart sur les thématiques des actions proposées, sur les intitulés des actions, des problèmes d'image etc. Les jeunes retraités ont de plus en plus du mal avec le mot « Senior ». Généralement, ils participent aux activités à partir du moment où ils commencent à ressentir de la fragilité ou à confronter à un souci de santé. L'enjeu c'est de rendre la prévention beaucoup plus séduisante et attirante dès la phase de la transition de la vie active à la retraite. Cette transition demande un accompagnement des personnes, les aider à faire le premier pas et aller vers les actions.

Les CLIC observent, par ailleurs, une pluralité d'actions et de dispositifs qui rendent complexe l'accès à l'information. Ils témoignent que les familles ont souvent du mal de se repérer face à cette situation. Centraliser les actions de prévention sur un seul guichet est souvent évoqué comme une des solutions.

« Donner du sens aux actions et y mettre de la cohérence est une bonne utilisation de l'argent public. Pensons pour qui nous faisons les choses et faisons en sorte que ce que nous faisons soit lisible pour les personnes concernées », avis d'une Coordinatrice CLIC

- Les défis à relever

La projection sur le vieillissement nécessite une anticipation de stratégies d'actions pour accompagner le plus longtemps possible l'autonomie afin de retarder la dépendance. Cet accompagnement est un défi sociétal. Pour cela, les défis de demain, dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie, doivent être de plusieurs ordres :

- D'abord améliorer le repérage des personnes fragiles, donner les moyens pour le signalement, traiter et apporter une réponse efficace aux alertes. Faire venir, dans les activités collectives, les populations fragiles et isolées ;
- Améliorer l'effort déjà enregistré sur le financement des actions de prévention individuelle, et proposer plus d'actions de prévention ciblée et spécialisée ;
- Renforcer la coordination des acteurs et des actions de prévention au niveau territorial en donnant les moyens aux citoyens âgés ainsi que les familles de se repérer facilement ;

Pour relever ces défis, nous avons formulé quelques recommandations pouvant aider la conférence des Financeurs dans le choix des actions à réaliser et la stratégie à développer pour atteindre les objectifs fixés.

IV.2 Recommandations en lien avec les résultats globaux.

L'analyse statistique des facteurs de la perte d'autonomie, les entretiens semi-directifs et les facteurs de réussite identifiés dans les tables rondes, nous ont permis de retenir quelques conclusions et de formuler des recommandations. Ces recommandations constituent un ensemble de piste de réflexion et d'aide à la décision pour la conférence des Financeurs.

Nous proposons ainsi un ensemble de recommandations en lien avec l'analyse des résultats qualitatifs et quantitatifs.

Toutes les actions de prévention sont importantes mais si on tient compte des résultats on peut suggérer d'améliorer ou de mettre l'accent sur un certain nombre de thématiques qui correspondent à la demande des acteurs.

- Intensifier la collaboration entre les acteurs dans chaque territoire CLIC

Il apparaît clairement que le renforcement de partenariats et la diversité d'acteurs créent une dynamique territoriale, favorisent le développement et l'appropriation des actions. Cette dynamique territoriale favorise le travail en réseau, facilite le repérage de la fragilité et rend l'information plus accessible pour les populations.

Le but de cette recommandation est de faciliter l'accès à l'offre de prévention sur les territoires isolés par un renforcement de la coordination d'acteurs au niveau de chaque territoire

- Développer les relations humaines

Vu le faible pourcentage que représentent les actions en lien avec la santé mentale, l'aide aux aidants et la problématique de l'isolement des personnes âgées, nous proposons à la conférence des Financeurs de renforcer les actions sur le développement des relations humaines. Certaines activités existent déjà et dans presque tous les territoires comme les activités intergénérationnelles, les visiteurs à domicile, la création *d'espace pour tous* dans les résidences d'autonomie etc. Nous proposons de les renforcer et de mettre plus l'accent sur ce qui peut développer les relations humaines. L'exigence la plus constamment exprimée dans les entretiens consiste à nourrir ces relations humaines. Pour cela, il a semblé nécessaire d'aller au-delà de l'animation et du spectacle et proposer des initiatives ayant une dimension de la relation sociale authentique. La relation sociale, en tant que phénomène vivant, implique un mouvement de part et d'autre (comme l'action des visiteurs dans la lutte contre l'isolement). Cette relation se nourrit en la verbalisant, en exprimant avec les personnes âgées et avec les familles.

Les psychiatres ont tendance à dire qu'une bonne relation humaine nous rend heureux et joue un rôle important sur notre bien-être. Ignorer cette thérapie, dans le champ du vieillissement, favoriserait l'isolement social et la solitude qui sont les problèmes les plus cités par les acteurs. La solitude tue, elle est toxique et constitue l'une des causes de la dépression et du suicide.

Selon les données statistiques (deuxième partie du rapport) entre 40 et 50% des personnes âgées du département vivent seules. Vivre seul n'est pas forcément vivre en solitude ou en isolement social (qui font appel à d'autres facteurs comme rupture avec le milieu social habituel, changement d'habitat, pertes relationnelles familiales...) mais c'est une situation qui peut se traduire par un manque d'occasion de parler et d'échanger avec quelqu'un chaque jour.

Cette recommandation consiste concrètement à :

- Développer une politique de recrutement de bénévolat pour repérer les personnes seules. Pour cela il est important de partir des initiatives qui existent déjà (visiteurs bénévoles à Bourg-en-Bresse et à Oyonnax dans le cadre du plan canicule) et de les valoriser.
- Lutter contre la solitude en s'appuyant au niveau territorial sur les Aides à domicile pour instaurer une relation de confiance à travers des activités partagées : échanges, sorties, promenades, courses...
- Développer la notion de loisirs, plus d'activités de loisir (chant, danse, sortie cinéma, marche, cuisine). Plus d'activités festives peut lutter contre l'isolement social et la solitude, améliorer le bien-être et limite les tentatives de suicide.

- Sécurité habitat et mobilité

Notre recommandation sur ce sujet porte sur une adaptation du logement avant l'arrivée de la dépendance. L'étude a révélé sur ce sujet l'existence des morbidités comme les fractures du col du fémur causées par des chutes accidentelles mais aussi des brûlures, des oublis avec le gaz et toutes sortes d'accidents quotidiens à domicile. Ces accidents sont souvent liés aux effets du vieillissement et les conséquences sociales, économiques et sanitaires sont nombreuses : fractures, nombre d'hospitalisation élevé, perte de confiance, diminution de la mobilité, mise en péril du maintien à domicile etc.

L'habitat peut être un facteur de fragilité. Son aménagement devient alors une action de prévention à anticiper. A quel moment ? Ou à quelle tranche d'âge faudra-t-il prévoir cet aménagement ? D'après les études de l'INSEE, l'âge moyen d'entrée dans la dépendance est estimé à 83 ans pour les femmes et 78 ans pour les hommes. Notre recommandation consiste à anticiper cet âge de la dépendance et d'entamer des actions de repérage à partir de 75 ans. Ce repérage pourra se faire à partir d'un travail bien défini avec des partenaires de proximité comme la poste (le facteur) et les intervenants à domicile (Médecin, Pharmacien, Infirmier, Aide-soignant, Aide à domicile). Une fois le travail de repérage fait, il faut agir vite et efficacement. Pour cela, notre proposition porte sur :

- une adaptation du logement sous forme d'aide technique ou de réaménagement, atténuer la complexité du dossier administratif et le temps d'attente. Ces actions favorisent, en partie, le maintien à domicile ;
- négocier un déménagement dans les résidences autonomes.
- Renforcer les compétences des Aides à domicile en matière de prévention des chutes en proposant plus de formations .

Cette recommandation nous paraît réalisable et elle doit s'appuyer sur les directives données par la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement. Cette loi donne la priorité au maintien à domicile et amplifie les efforts en matière de logement avec la mise en œuvre d'un plan national d'adaptation des logements à la perte d'autonomie ; l'accès aux nouvelles technologies pour les personnes âgées aux revenus modestes ; développement de l'offre d'habitat intermédiaire ou regroupé ; modernisation des logements foyers appelés désormais « résidence autonomie » etc.

Elle peut aussi s'appuyer sur les actions du plan « HAISSOR » en cours de réalisation dans certains territoires de l'Ain.

Conclusion

Cette étude nous a permis d'identifier la place accordée à la prévention de la perte d'autonomie au niveau départemental. Financeurs, Elus et acteurs de proximité accordent une place importante à la prévention de la perte d'autonomie et à l'ensemble des problématiques en lien avec le vieillissement et les mutations sociales. En raison de la forte prévalence de la maladie et l'éloignement des enfants qui rend difficile la solidarité de proximité, la perte d'autonomie est devenue un vrai problème de santé publique et un défi pour la société.

Cet état des lieux a permis, à travers le regard des acteurs et particulièrement les acteurs les plus proches des personnes âgées, d'analyser les propositions d'accompagnement et de prise en charge de la perte d'autonomie dans chacun des 9 territoires CLIC. Il nous a permis d'analyser ensuite les problématiques identifiées qui sont pour la plupart d'ordre organisationnel (coordination des acteurs et des actions de prévention), absence de réponses à des besoins (exemple : répit pour les Aidants, mobilité en milieu rural, isolement etc.) etc.

Suite à l'analyse de ces problèmes de la perte d'autonomie dans les territoires, nous avons organisé deux tables rondes pour redonner la parole aux acteurs sur deux thématiques ciblées : territoire et maladies chroniques. Ces acteurs pluri-professionnels ont formulé des recommandations portant sur un certain nombre d'actions de prévention destinées à la conférence des Financeurs pour aider à répondre aux besoins des territoires et accompagner au mieux les personnes atteintes de maladie chronique.

Pour nourrir la réflexion, nous avons ajouté aux propositions des tables rondes, des recommandations issues des analyses qualitatives (enquête et recensement des actions de prévention) et quantitatives (exploitation des indicateurs) .

Synthèse

Cette étude est commanditée par le Conseil Départemental de l'Ain, dans le cadre de son Plan Senior 01 et du dispositif de la conférence des financeurs. Son objectif est de présenter un état des lieux des actions de prévention de la perte d'autonomie dans l'Ain et de dégager de nouvelles pistes de réflexions et de recommandations pour retarder et mieux accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées. La méthodologie utilisée se veut à la fois quantitative, basée sur l'exploitation et l'analyse de données des indicateurs de la perte d'autonomie, et qualitative portant sur une enquête semi-directive et un recensement des actions de prévention. Une cinquantaine d'acteurs ont été interrogés pour recueillir leurs points de vue sur des thématiques définies dans les champs de la perte d'autonomie. En plus de ces entretiens, deux tables rondes ont été organisées pour redonner la parole aux acteurs et amener une réflexion sur la question du territoire et sur l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques. Ainsi l'étude expose les résultats qualitatifs, quantitatifs et des recommandations permettant d'améliorer considérablement la qualité des actions de prévention en lien avec les besoins réels des populations, l'accompagnement de la perte d'autonomie et l'organisation et la coordination des actions de prévention à financer dans le cadre de la Conférence des Financeurs.

Les besoins repérés permettent d'identifier des thématiques qui mériteraient d'être développées en priorité, au regard des différents facteurs préjudiciables à l'autonomie. Sur la base de ce diagnostic, divers commentaires peuvent être formulés. Ils s'appuient d'abord sur le rapport entre la progression démographique et les attentes en termes d'actions de prévention, ensuite sur les problématiques d'organisation, de coordination et enfin sur les défis à relever face à la projection démographique.

Tout d'abord, au niveau démographique, la population des 60 ans et plus, dans le département de l'Ain, représentera 27 % en 2030. Cette évolution est à la fois positive pour les populations âgées et inquiétantes pour la prise en charge de la dépendance. Cette situation demande alors une anticipation d'actions de prévention pour maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées en bonne santé. Malgré l'importance des actions développées pour anticiper, prévenir et accompagner la perte d'autonomie, des remarques sur l'organisation et l'implication des publics cibles ont été relevées.

Il a été constaté auprès des acteurs un certain manque de cohérence dans l'organisation et les types d'actions proposées par rapport aux besoins. Un décalage est souvent constaté entre l'action proposée sur un territoire et les besoins réels des populations ou la capacité des acteurs à réaliser l'action.

En outre, les porteurs d'actions témoignent avoir du mal à attirer et impliquer les populations cibles surtout dans les activités collectives. Les plus jeunes des retraités sont les plus difficiles à attirer. Leur manque d'implication a fait l'objet de discussion au moment des entretiens et des tables rondes. Les freins constatés portent pour la plupart sur les thématiques des actions proposées, sur les intitulées des actions, des problèmes d'image etc. Les jeunes retraités ont de plus en plus du mal avec le mot « Sénior ».

De même, la projection sur le vieillissement nécessite une anticipation de stratégies d'actions pour accompagner le plus longtemps possible l'autonomie afin de retarder la dépendance. Pour cela, les défis de demain, dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie, doivent être de plusieurs ordres :

- Améliorer le repérage des personnes fragiles, donner les moyens pour le signalement, traiter et apporter une réponse efficace aux alertes. Faire venir, dans les activités collectives, les populations fragiles et isolées ;
- Améliorer l'effort déjà enregistré sur le financement des actions de prévention individuelle, et proposer plus d'actions de prévention ciblée et spécialisée ;
- Renforcer la coordination des acteurs et des actions de prévention au niveau territorial en donnant les moyens aux citoyens âgés ainsi que les familles de se repérer facilement.

Enfin, pour relever ces défis, nous avons formulé quelques recommandations pouvant aider la conférence des Financeurs dans le choix des actions à réaliser et la stratégie à développer pour atteindre les objectifs fixés. Ainsi, il faudra agir en priorité sur les thématiques suivantes :

- Intensifier la collaboration entre les acteurs dans chaque territoire CLIC en renforçant les partenariats et la diversité des acteurs et en créant une dynamique territoriale permettant de faciliter l'accès à l'offre de prévention ;
- Développer les relations humaines par une politique de recrutement de bénévolat pour renforcer les visites à domicile et lutter contre l'isolement social et la solitude ;
- Renforcer l'existant sur la Sécurité habitat et la mobilité en s'appuyant sur un repérage de la fragilité à partir de 75 ans et agir en conséquence par une adaptation du logement sous forme d'aide technique et financière ou de réaménagement, atténuer la complexité du dossier administratif et le temps d'attente, et par une négociation d'un déménagement dans les résidences autonomes.

Cette étude, au vu de ses résultats et de ses recommandations, se révèle être un défi sociétal à prendre en compte pour un accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées dans l'Ain.

Tableau de synthèse des recommandations générales

Thématiques	Constats	Préconisations
ALIMENTATION/NUTRITION <i>6 % des actions recensées.</i>	- Problématique des portages de repas à domicile (mal ou non utilisé par les personnes âgées..) - Proportion d'ALD pour diabète et taux de consommation de médicaments antidiabétiques très élevée dans le Haut-Bugey.	- Sensibiliser les personnes âgées à une alimentation équilibrée et renforcer les actions de formation des professionnels sur la dénutrition ; - Développer des actions antidiabétiques dans le Haut-Bugey
PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE <i>16% des actions recensées.</i>	- Les chutes représentent la première cause de décès accidentels. Taux des personnes âgées hospitalisées pour Fracture du col de fémur supérieur à la moyenne régionale. - Les chutes touchent plus les femmes que les hommes	- Proposer plus d'activité physique adaptée (APA) dans les établissements et accueil de jour (Pôle gériatrie en forte demande) ; - Inciter la pratique d'activité physique adaptée chez les femmes.
SANTE MENTALE <i>9 % des actions recensées.</i>	Taux d'affections psychiatriques supérieurs à la moyenne régionale dans les territoires de la Plaine de l'Ain, Bourg-en-Bresse, Bugey.	- S'appuyer sur les initiatives existantes et améliorer les visites à domicile (Visiteurs bénévoles) ; - Travailler avec les Aides à domicile pour alerter sur les cas isolés et développer des actions adaptées aux enjeux repérés.
ACTIONS SUR LES AIDANTS <i>Seulement 3 % des actions.</i>	- Epuisement. - Ils ont du mal à se reconnaître comme aidant. - Manque d'implication dans les activités collectives.	- Proposer des solutions de répit ; - Impliquer les aidants dans les projets de parcours de vie, de soins et de prévention collective et individuelle.
ISOLEMENT SOCIAL/LIEN SOCIAL <i>39 % des actions</i>	- Plusieurs actions parfois mal coordonnées au sein d'un territoire. - Forte consommation de médicaments psychotropes et anti-Alzheimer dans le territoire du Bugey	- Il existe beaucoup d'actions dans cette thématique. - Il faut simplement créer des liens entre ces actions dans chaque territoire.
MOBILITE/TRANSPORT <i>2% des activités recensées.</i>	- Problèmes d'accessibilité géographique en milieu rural ; - Des modes de transport plus adaptés aux rythmes scolaires ; - Des risques élevés de sécurité routière.	- Organiser des audits de conduite seniors afin d'évaluer les aptitudes ; - Développer le transport à la demande et des modes de transport public accessibles à tous.
SECURITE HABITAT/AMENAGEMENT <i>1% actions recensées.</i>	% très faible. - Sentiment d'insécurité comme le risque de chute, l'ennui, l'adaptation de l'habitat	- Adapter les logements à partir de 75 ans en accordant des aides techniques et financières ; - Proposer des alternatives en mettant l'accent sur la construction des maisons de l'autonomie. - Renforcer les compétences des aides à domiciles sur la prévention.
DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE COORDINATION DES PARCOURS ET DE REPERAGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE <i>3% des actions recensées.</i>	- Il existe des dispositifs avec des effectifs de personnels très faible pour assurer une coordination des actions attendue par les usagers et les familles ; - Manque de lisibilité.	- Renforcer les liens entre les dispositifs ; - Créer des parcours de prévention en s'appuyant sur les expériences des Clic et des filières gérontologiques.
CONFERENCES THEMATIQUES, RENCONTRES, FORMATION DES INTERVENANTS <i>19% des actions recensées</i>	- Très faible mobilisation des personnes concernées ; - Il s'agit des actions ponctuelles, difficile de mesurer l'impact sur la population cible	- Travailler sur l'intitulé des thématiques en rendant les actions de prévention beaucoup plus séduisantes et attirantes. - Eviter d'utiliser des termes pouvant faire peur.
DEPISTAGE, VACCINATION, SOINS <i>2% des actions recensées</i>	Des actions qui s'inscrivent dans les missions des SSIAD et dans les parcours de soins personnalisés.	Faire le lien entre le parcours de soins personnalisé et le parcours de prévention personnalisé.

Abréviations

AGIRC et **ARRCO** Association Générale des Institutions de Retraite Complémentaire des Cadres - Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés

APA : Activité Physique Adaptée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APL : L'Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCAS : Centre communal d'action sociale

CLIC : Centre local d'information et de coordination

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GIR : Groupe Iso Ressource, le groupe AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources) est composé de 6 GIR

HAISSOR : Habitat Intégré Service Solidaire Regroupé

PUV : Petite Unité de Vie

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

MARPA : Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées

MDS : Maison Départementale de la Solidarité

ORS : Observatoire Régional de la Santé

SAPH : Service des Aînés et des Personnes Handicapées

Date	Structure	Territoire	
10/10/2016	ADMR Siège	Ain	Groupe
11/10/2016	Clic	Pays de Bresse	Individuel
11/10/2016	Clic	Bassin Burgien	Individuel
11/10/2016	Mairie de Bourg-en-Bresse	Bassin Burgien	Groupe
12/10/2016	Clic	Pays de Bellegardien	Individuel
12/10/2016	ADAPA	Pays de Bellegardien	Individuel
12/10/2016	Elu délégué communauté de commune	Pays de Bellegardien	Individuel
12/10/2016	Coordi MDS Pays de GEX/Bellegarde	Gexe/Belgarde	Individuel
13/12/2016	Clic	Pays de Gex	Individuel
13/10/2016	ADAPA	Pays de Gex	Individuel
13/10/2016	APF	Pays de Gex	Individuel
17/10/2016	Coderpa	Ain	Individuel
17/10/2016	ADAPA Siège	Ain	Groupe
17/10/2016	Filière Géronto	Bassin Burgien	Individuel
17/10/2016	Accueil de jour	Dombes-Saône-Côtière ADESSA	Individuel
17/10/2016	Ars	Ain	Groupe
18/10/2016	CLIC	PAYS DE BUGEY	Individuel
18/10/2016	ADAPA	PAYS DE BUGEY	Groupe
19/10/2016	Clic	Plaine de l'Ain	
	ADMR	Plaine de l'Ain	Groupe
	Mandarine	Plaine de l'Ain	
	ADS	Plaine de l'Ain	
19/10/2016	CC Chargé des PA	Plaine de l'Ain	Individuel
19/10/2016	ADAPA	Plaine de l'Ain	Groupe
20/10/2016	Clic	3 Cantons	Individuel
20/10/2016	EHPAD	3 Cantons	Individuel
20/10/2016	SSIAD	3 Cantons	Individuel
20/10/2016	ADAPA	3 Cantons	Individuel
21/10/2016	Clic	haut-BUGUEY	
21/10/2016	MAIA	haut-BUGUEY	Groupe
21/10/2016	EHPAD	Bassin Burgien	Individuel
21/10/2016	PUV	Bassin Burgien	Individuel
24/10/2016	Clic	Pays de Bresse	Téléphonique
24/10/2016	ADAPA	Pays de Bresse	Téléphonique
25/10/2016	CODERPA	3 Cantons	Individuel
25/10/2016	Clic	Dombes-Saône-Côtière	Téléphonique
25/10/2016	Foyer de vie	Dombes-Saône-Côtière	Groupe
25/10/2016	ADAPA	Dombes-Saône-Côtière	
08/11/2016	Mairie d'Oyonnax	haut-BUGUEY	
	Mairie d'Oyonnax	haut-BUGUEY	
	Mairie d'Oyonnax	haut-BUGUEY	Groupe
	Mairie d'Oyonnax	haut-BUGUEY	
	Mairie d'Oyonnax	haut-BUGUEY	
08/11/2016	ADAPA	haut-BUGUEY	Groupe
	ADAPA	haut-BUGUEY	
10/11/2016	Croix Rouge SAAD	Bassin Burgien	Idividuel
11/11/2016	Réseau Mnémosis	Pays de Gex et Pays Belgardien	Téléphonique
16/11/2016	CARSAT	Lyon	Groupe
	MSA	Lyon	
23/11/2016	Apicil	Lyon	Groupe
23/11/2016	Apicil	Lyon	
23/11/2016	ADAG01	Bassin Burgien	Idividuel
29/11/2016	Fédération des Centres sociaux de l'Ain	Bassin Burgien	Groupe
29/11/2016	Fédération des Centres sociaux de l'Ain	Bassin Burgien	
29/11/2016	Filière gériatrique		
29/11/2016	Filière gériatrique		Groupe
29/12/2016	Filière gériatrique		
29/11/2016	Filière gériatrique		

Source: Données du Régime Général de l'Assurance Maladie - ARS (hors MSA et RSI)

Ain - par MDS

Densité des praticiens libéraux pour 1000 habitants de 60 ans et plus

	Population 60 ans et plus	Densité des médecins généralistes	Densité des infirmiers
BOURG-EN-BRESSE	28 038	3,5	5,6
BRESSE	16 908	2,7	6,2
BUGEY	12 834	2,6	7,1
CÔTIÈRE-VAL-DE-SAÔNE	17 565	3,5	5,6
DOMBES	14 549	2,7	7,6
HAUT-BUGEY	11 820	3,0	5,2
PAYS-DE-GEX-BELLE-GARDE	17 790	3,8	1,8
PLAINE-DE-L'AIN	14 599	4,0	6,5
Total général	103	3,3	5,6

Taux de consultation au moins une fois dans l'année (en %) en 2014 par MDS:

	Médecin généraliste chez les 60 ans et plus	Soins infirmiers chez les 60 ans et plus	Soins nursing chez les 75 ans et plus	Masseur-kiné chez les 60 ans et plus
Bourg-en-Bresse	85,9%	62,4%	10,7%	22,9%
Bresse	86,7%	54,1%	9,9%	17,3%
Bugey	84,4%	59,3%	10,7%	19,6%
Côtière-Val-de-Saône	88,0%	58,0%	10,9%	25,1%
Dombes	87,2%	46,0%	12,3%	21,4%
Haut-Bugey	85,1%	37,4%	7,6%	17,6%
Pays-de-Gex-Bellegarde	75,5%	46,8%	4,2%	16,8%
Plaine-de-l'Ain	88,0%	56,0%	10,4%	22,0%
Total général	85,2%	53,4%	9,7%	20,7%

Taux de consommation régulière de médicaments (au moins 3 prescriptions dans l'année) par type de médicament et par MDS en 2014 (pour 1 000 bénéficiaires) :

	Psy- chotropes chez les 60 ans et plus	dont anti- dépresseurs	dont neurolep- tiques	Anti- diabétique chez les 60 ans et plus	Anti- asthmatique chez les 60 ans et plus	Anti- allergique chez les 60 ans et plus	Anti- alzheimer chez les 75 ans et plus
Bourg-en-Bresse	252,8	117,7	32,5	125,7	101,6	58,6	19,6
Bresse	233,3	118,8	26,5	125,2	101,6	52,8	15,1
Bugey	259,7	127,6	32,3	137,1	109,7	61,2	25,8
Côtière-Val-de-Saône	232,9	129,5	22,0	141,6	102,2	68,8	24,9
Dombes	239,1	121,5	21,2	129,1	100,2	60,2	20,3
Haut-Bugey	237,8	109,0	21,6	154,1	114,7	66,9	20,2
Pays-de-Gex-Bellegarde	194,5	94,3	21,6	115,3	85,7	46,2	18,1
Plaine-de-l'Ain	259,1	123,4	26,4	145,7	99,2	64,7	23,1
Total général	239,1	117,7	25,9	133,6	101,6	60,0	20,9

Source : CnamTS, CCMSA, RSI, 2014, exploitation ORS

Nombre d'ALD et taux standardisés d'ALD (toutes causes) – Département de l'Ain par MDS, 2014

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel (pour 100 000 hab.)
Bourg-en-Bresse	16 494	58 085,30
Bresse	10 089	58 743,60
Bugey	7 246	55 986,5*
Côtière-Val-de-Saône	10 276	60 837,9*
Dombes	7 922	54 862,0 *
Haut-Bugey	6 784	58 853,50
Pays-de-Gex-Bellegarde	7 102	41 876,5*
Plaine-de-l'Ain	8 595	59 817,0*
Département de l'Ain	74 696	56 202,2 *
Rhône-Alpes	858 600	58254,8

* *taux significativement différent de Rhône-Alpes*

Nombre d'ALD et taux standardisés d'ALD pour tumeurs – Département de l'Ain par MDS, 2014		
MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	3 612	12965,7*
Bresse	2 048	12168,5*
Bugey	1 411	11085,1
Côtière-Val-de-Saône	2 149	12766,6*
Dombes	1 719	11990,4*
Haut-Bugey	1 431	12461,5*
Pays-de-Gex-Bellegarde	1 530	9029,1*
Plaine-de-l'Ain	1 754	12276,8*
Département de l'Ain	15 684	11934,3*
Rhône-Alpes	161 392	11059,1
* <i>taux significativement différent de Rhône-Alpes</i>		

Nombre d'ALD et taux standardisés d'ALD pour maladies cardio-vasculaires – Département de l'Ain par MDS, 2014		
MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	5 960	20 746,9*
Bresse	4 253	24 380,2*
Bugey	2 861	21 902,7*
Côtière-Val-de-Saône	3 799	22 701,8
Dombes	3 040	21 033,4*
Haut-Bugey	2 361	20 714,2*
Pays-de-Gex-Bellegarde	2 754	16 516,0*
Plaine-de-l'Ain	3 285	22 890,6
Département de l'Ain	28 374	21 318,8*
Rhône-Alpes	338 204	22821,6
* <i>taux significativement différent de Rhône-Alpes</i>		

Nombre d'ALD et taux standardisés d'ALD pour Accident vasculaire cérébral – Département de l'Ain par MDS, 2014		
MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	720	2516,8*
Bresse	450	2547,7*
Bugey	302	2 313,4
Côtière-Val-de-Saône	395	2 340,2
Dombes	343	2397,3*
Haut-Bugey	217	1 897,8
Pays-de-Gex-Bellegarde	236	1418,9*
Plaine-de-l'Ain	308	2 137,6
Département de l'Ain	2 978	2233,3*
Rhône-Alpes	31 626	2 134,2
* <i>taux significativement différent de Rhône-Alpes</i>		

Nombre d'ALD et taux standardisés d'ALD pour diabète – Département de l'Ain par MDS, 2014

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	3 223	11547,1*
Bresse	1 776	10628,6*
Bugey	1 395	10967,5*
Côtière-Val-de-Saône	2 169	12 695
Dombes	1 591	11110,5*
Haut-Bugey	1 705	14634,2*
Pays-de-Gex-Bellegarde	1 494	8657,3*
Plaine-de-l 'Ain	1 837	12 745
Département de l'Ain	15 206	11490,2*
Rhône-Alpes	177 655	12 174

* *taux significativement différent de Rhône-Alpes*

Nombre d'ALD et taux standardisés d'ALD pour affections psychiatriques – Département de l'Ain par MDS, 2014

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	1 130	3986,2*
Bresse	499	2 943
Bugey	480	3748,2*
Côtière-Val-de-Saône	478	2697,4*
Dombes	385	2652,5*
Haut-Bugey	299	2498,6*
Pays-de-Gex-Bellegarde	317	1759,9*
Plaine-de-l 'Ain	458	3 160
Département de l'Ain	4 056	3 005
Rhône-Alpes	45 553	3 089

* *taux significativement différent de Rhône-Alpes*

Nombre d'ALD et taux standardisés d'ALD pour maladie d'Alzheimer – Département de l'Ain par MDS, 2014

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	531	1690,6*
Bresse	253	1348,6*
Bugey	205	1435,9*
Côtière-Val-de-Saône	341	2 017,2
Dombes	214	1 380,6
Haut-Bugey	144	1 269,2
Pays-de-Gex-Bellegarde	154	925,1
Plaine-de-l 'Ain	193	1 333,3
Département de l'Ain	2 042	1 463,6
Rhône-Alpes	30 316	1 957,6

* *taux significativement différent de Rhône-Alpes*

Annexes

Nombre d'ALD et taux standardisés d'ALD pour maladie de Parkinson – Département de l'Ain par MDS, 2014

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	216	777,4
Bresse	153	878,3
Bugey	76	593,9*
Côtière-Val-de-Saône	169	1051,5*
Dombes	120	844,9
Haut-Bugey	89	778,6
Pays-de-Gex-Bellegarde	94	591,4*
Plaine-de-l'Ain	101	726,9
Département de l'Ain	1 020	785,1*
Rhône-Alpes	12 500	853,0

* *taux significativement différent de Rhône-Alpes*

Source : PMSI - MCO 2013

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO* (toutes causes confondues) par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	8 532	28 052
Bresse	5 930	27 929
Bugey	3 384	26037,9*
Côtière-Val-de-Saône	5 559	29073,5*
Dombes	6 287	28520,5*
Haut-Bugey	3 863	30734,9*
Pays-de-Gex-Bellegarde	4 053	21116,5*
Plaine-de-l'Ain	4 943	26606,6*
Département de l'Ain	36 098	27072,1*
Rhône-Alpes	405 913	27 570

* *taux significativement différent de Rhône-Alpes*

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO* pour fracture du col du fémur par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	179	533,9
Bresse	124	555,5
Bugey	58	405,8
Côtière-Val-de-Saône	96	518,9
Dombes	121	556,8
Haut-Bugey	65	503,0
Pays-de-Gex-Bellegarde	88	483,1
Plaine de l'Ain	94	482,4
Département de l'Ain	697	503,0
Rhône-Alpes	7 796	500,3

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO* pour AVC par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	206	661,1
Bresse	144	666,8
Bugey	123	941,1*
Côtière-Val-de-Saône	162	891,3*
Dombes	156	712,9
Haut-Bugey	69	558,9*
Pays-de-Gex-Bellegarde	122	661,1
Plaine-de-l'Ain	165	872,5*
Département de l'Ain	979	733,3
Rhône-Alpes	10 538	703,0

* taux significativement différent de Rhône-Alpes

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO* pour tentative de suicide par sexe et MDS – Département de l'Ain, 2013- pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	19	62,7
Bresse	16	75,3
Bugey	10	73,0
Côtière-Val-de-Saône	14	71,7
Dombes	17	79,5
Haut-Bugey	6	42,9
Pays-de-Gex-Bellegarde	11	47,9
Plaine-de-l'Ain	6	30,7*
Département de l'Ain	83	60,1
Rhône-Alpes	1 048	70,8

* taux significativement différent de Rhône-Alpes

Source : CépiDC-INSERM 2000-2013

Taux annuels moyens standardisés de mortalité générale des personnes âgées de 60 ans et plus par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	817	2 973
Bresse	503	3 029
Bugey	423	3292,8*
Côtière-Val-de-Saône	458	3292,2*
Dombes	436	3182,8*
Haut-Bugey	332	3 053
Pays-de-Gex-Bellegarde	382	2766,9*
Plaine-de-l'Ain	434	3394,8*
Département de l'Ain	3 785	3092,1*
Rhône-Alpes	41 146	2 967

* taux significativement différent de Rhône-Alpes

Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour cancer par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	214	806
Bresse	124	778
Bugey	105	850
Côtière-Val-de-Saône	131	909,9*
Dombes	118	884,3*
Haut-Bugey	94	857
Pays-de-Gex-Bellegarde	105	721,7*
Plaine-de-l 'Ain	115	885,7*
Département de l'Ain	1 006	829
Rhône-Alpes	11 281	822

* *taux significativement différent de Rhône-Alpes*

Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour chute accidentelle par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	12	43
Bresse	7	40
Bugey	4	28,9*
Côtière-Val-de-Saône	7	48
Dombes	7	48
Haut-Bugey	5	46
Pays-de-Gex-Bellegarde	5	35
Plaine-de-l 'Ain	6	49
Département de l'Ain	52	42
Rhône-Alpes	579	41

* *taux significativement différent de Rhône-Alpes*

Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour maladies endocriniennes par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	29	105,6
Bresse	21	130,1
Bugey	17	130,7
Côtière-Val-de-Saône	18	135,6*
Dombes	17	122,8
Haut-Bugey	13	116,2
Pays-de-Gex-Bellegarde	12	88,3*
Plaine-de-l 'Ain	17	136,8*
Département de l'Ain	145	118,7*
Rhône-Alpes	1 522	109,7

* *taux significativement différent de Rhône-Alpes*

Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour maladies infectieuses par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	19	68,6
Bresse	15	90,7*
Bugey	11	85,1*
Côtière-Val-de-Saône	11	77,6
Dombes	10	69,4
Haut-Bugey	7	65,5
Pays-de-Gex-Bellegarde	10	74,1
Plaine-de-l 'Ain	9	73,8
Département de l'Ain	92	75,3*
Rhône-Alpes	879	63,2

* taux significativement différent de Rhône-Alpes

Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour maladies cardio-vasculaires par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	216	772,7*
Bresse	146	863,8
Bugey	121	919,9*
Côtière-Val-de-Saône	126	926,1*
Dombes	118	850,9
Haut-Bugey	86	793,4
Pays-de-Gex-Bellegarde	102	753,4*
Plaine-de-l 'Ain	125	980,8*
Département de l'Ain	1 040	846,1
Rhône-Alpes	11 609	833,1

* taux significativement différent de Rhône-Alpes

Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour maladies respiratoires par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	60	216,1
Bresse	39	227,3
Bugey	31	236,1*
Côtière-Val-de-Saône	29	212,6
Dombes	30	216,7
Haut-Bugey	21	200,4
Pays-de-Gex-Bellegarde	31	225,0
Plaine-de-l 'Ain	30	238,8*
Département de l'Ain	271	221,2*
Rhône-Alpes	2 803	201,4

* taux significativement différent de Rhône-Alpes

Annexes

Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour suicide par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
Bourg-en-Bresse	7	27,8*
Bresse	4	26,5
Bugey	3	25,1
Côtière-Val-de-Saône	3	20,4
Dombes	4	33,5*
Haut-Bugey	3	23,6
Pays-de-Gex-Bellegarde	3	21,6
Plaine-de-l'Ain	2	17,2
Département de l'Ain	30	24,6*
Rhône-Alpes	271	19,8

* *taux significativement différent de Rhône-Alpes*

Taux annuels moyens standardisés de mortalité pour troubles mentaux par sexe et MDS – Département de l'Ain, période 2000-2013 - pour 100 000 habitants de 60 ans et plus

MDS	Effectif annuel	Taux comparatif annuel pour 100000
BOURG-EN-BRESSE	26	93,2
BRESSE	16	92,4
BUGEY	14	105,1
CÔTIÈRE-VAL-DE-SAÔNE	21	156,1*
DOMBES	19	138,8*
HAUT-BUGEY	19	175,2*
PAYS-DE-GEX-BELLEGARDE	12	91,3
PLAINE-DE-L'AIN	12	96,6
Ain	140	113,2*
Rhône-Alpes	1 466	104,5

Observatoire des fragilités en Rhône-Alpes

Département de l'Ain par canton

Source : CNAV, 2015

Code	Cantons	Part des bénéficiaires d'une pension de réversion du RG - 60 ans et plus - 2015	Part des retraités au minimum vieillesse du RG - 60 ans et plus - 2015
0101	Ambérieu-en-Bugey	17,8	2,1
0102	Bâgé-le-Châtel	16,7	1,2
0103	Bellegarde-sur-Valserine	19,1	2,4
0104	Belley	19,5	2,8
0106	Brénod	16,3	N/A - secret statistique
0107	Ceyzériat	16,3	1,0
0108	Chalamont	13,8	1,7
0109	Champagne-en-Valromey	18,1	1,1
0110	Châtillon-sur-Chalaronne	17,6	1,0
0111	Coligny	16,2	1,0
0112	Collonges	13,9	1,0
0113	Ferney-Voltaire	11,4	3,3
0114	Gex	14,1	1,6
0115	Hauteville-Lompnes	20,5	2,4
0116	Izernore	16,4	N/A - secret statistique
0117	Lagnieu	18,1	1,2
0118	Lhuis	18,3	1,8
0119	Meximieux	17,0	1,7
0120	Montluel	16,5	1,6
0121	Montrevel-en-Bresse	15,8	0,8
0122	Nantua	18,7	2,3
0123	Oyonnax-Nord hors Oyonnax (Partiel)	14,6	1,1
0124	Poncin	21,0	1,4
0125	Pont-d'Ain	16,6	0,9
0126	Pont-de-Vaux	18,1	1,9
0127	Pont-de-Veyle	14,5	1,1
0128	Saint-Rambert-en-Bugey	21,2	2,5
0129	Saint-Trivier-de-Courtes	18,0	0,9
0130	Saint-Trivier-sur-Moignans	14,3	0,7
0131	Seyssel	19,0	1,8
0132	Thoissey	17,6	1,2
0133	Treffort-Cuisiat	15,5	0,9
0134	Trévoux	17,1	1,5
0135	Villars-les-Dombes	17,5	1,2
0136	Virieu-le-Grand	15,8	1,3
0139	Péronnas	13,5	0,9
0140	Miribel	17,2	1,6
0141	Oyonnax-Sud hors Oyonnax (Partiel)	16,5	1,3
0142	Reyrieux	12,2	0,4
0143	Viriat	13,8	0,6
0198	Oyonnax	20,3	4,6
0199	Bourg-en-Bresse	21,3	5,3
Département de l'AIN		17,0	1,9
Région Rhône-Alpes		17,8	2,6

Annexes

Territoire Clic	Struc- tures/ acteurs	Actions de Prévention	Libellé de l'action	Organisme comman- ditaire	Objectifs de l'action	Durée de l'action	Continue/ ponctuelle ou isolée	Fréquence	Population cible	Nbre de partici- pants	Com- munes
Pays de Bresse											
Plaine de L'Ain											
Haut-Bugey											
Dombes-Saône-Côtière											
Pays du Bugey											
3 Cantons											
Bassin Burgien											
Pays Bellegardien											
Pays de Gex											

Guide d'entretien/VOLET DECISIONNEL		
Thématiques	Indicateurs	Items
Information sur la structure	Missions	Pouvez-vous faire une brève description de votre structure ?
		Quelles sont les missions principales de la structure ?
	Compétences	Quels sont les domaines de compétence de votre structure ?
		Quelles sont vos principales activités de prévention ?
	Zones d'intervention	Sur quel territoire ou pays de CLIC intervenez-vous ?
		Intervenez-vous sur d'autres communes ?
Interaction	Problématique PA	Les problèmes, du point vu gérontologique, constatés sur le territoire
		Retours de la part des aidants concernant la problématique des personnes âgées
		Avez-vous identifié des besoins spécifiques en termes de prévention de la PA
	Types de prévention	Quels types de prévention de la PA proposez-vous ? Ciblée, Sélective ou Universelle
		Quel est le public cible ?
		Quelle est la particularité de ce public ?
		Souhaitez-vous développer d'autres types de préventions ?
		Quels autres types de prévention souhaitez-vous développer ?
	Actions de prévention (Activité physique, alimentation, chute, ...)	Quels sont les organismes qui financent vos de prévention ?
		Pouvez-vous décrire les actions financées ?
		Existe-il des disparités entre territoires ? Territoires plus dotés que d'autres en termes d'action de prévention
		Quels sont les objectifs attendus ?
	Méthode	Intervenez-vous seul ou avec d'autres partenaires ?
		Utilisez-vous des outils particuliers d'animation pour vos interventions ?
		Avez-vous besoin d'un accompagnement méthodologique ?
Besoins et attentes	Formation	Proposez-vous une formation de prévention de la PA aux acteurs opérationnels ?
		Avez-vous des besoins spécifiques de formation ?
	Coordination	Existe-il une coordination des actions de prévention de la PA dans le territoire ?
		Une coordination des différentes actions pourrait-elle améliorer vos pratiques ?
	Financement	Le montant des financements vous paraît-il suffisant par rapport à la demande ?
		Pensez-vous réaliser d'autres actions innovantes qui nécessitent un financement ?
Perspective	Freins et Leviers	Avez-vous rencontré des freins à la mise en place et déroulement de l'action ?
		Quels sont les facteurs qui ont permis la réussite de l'action ?
		Quel enseignement tirez-vous de cette action ?
Recommandations	Souhaitez-vous formuler des recommandations ou suggestions ?	
		Sur les actions existantes au sein de votre territoire
		Sur la coordination d'acteurs
		Sur la prévention de la perte d'autonomie
	Si le CD lance un appel à projet sur la PA, sur quoi selon vous doivent porter les actions ?	

Guide d'entretien/ Volet Opérationnel		
Thématiques	Indicateurs	Items
Information sur la structure	Missions	Pouvez-vous faire une brève description de votre structure ?
		Quelles sont les missions principales de la structure ?
	Compétences	Quels sont les domaines de compétence de votre structure ?
		Quelles sont vos principales activités de prévention ?
	Zones d'intervention	Sur quelle(s) commune(s) intervenez-vous ?
		Intervenez-vous sur d'autres communes ?
Interaction	Problématique PA	Les problèmes, du point vu gériatologique, constatés sur le territoire
		Retours de la part des aidants concernant la problématique des personnes âgées
		Avez-vous identifié des besoins spécifiques en termes de prévention de la PA
	Types de prévention	Quels types de prévention de la PA proposez-vous ? Ciblée, Sélective ou Universelle
		Quel est le public cible ?
		Quelle est la particularité de ce public ?
		Souhaitez-vous développer d'autres types de préventions ?
		Quels autres types de prévention souhaitez-vous développer ?
	Actions de prévention (Activité physique, alimentation, chute, ...)	Quel est le libellé de votre action ?
		Pouvez-vous décrire l'action ?
		Quel est l'organisme commanditaire ?
		Quels sont les objectifs ?
		Quelle est la durée et la fréquence de l'action ?
		Combien de personnes participent à l'action ?
		Les personnes concernées sont-elles impliquées dans l'action ?
		Quelles sont vos impressions sur le déroulement de l'action ?
	Méthode	Intervenez-vous seul ou avec d'autres partenaires ?
		Utilisez-vous des outils particuliers d'animation pour vos interventions ?
		Avez-vous besoin d'un accompagnement méthodologique ?
Besoins et attentes	Formation	Avez-vous reçu une formation avant le déroulement de l'action ?
		Avez-vous des besoins spécifiques de formation ?
	Coordination	Exist-il une coordination des actions de prévention de la PA dans le territoire ?
		Une coordination des différentes actions pourrait-elle améliorer vos pratiques ?
	Financement	Vos interventions sont-elles gratuites ?
		Avez-vous reçu un financement de l'organisme commanditaire ?
		Avez-vous reçu d'autres financements ?
Perspective	Freins et Leviers	Avez-vous rencontrer des freins à la mise en place et déroulement de l'action ?
		Quels sont les facteurs qui ont permis d'obtenir des résultats ?
		Quel enseignement tirez-vous de vos interventions ?
Recommandations	Souhaitez-vous formuler des recommandations ou suggestions ?	
		Sur les actions existantes au sein de votre territoire
		Sur la coordination d'acteurs
		Sur la prévention de la perte d'autonomie
	Si le CD lance un appel à projet sur la PA, sur quoi selon vous doivent porter les actions ?	

Action de préventions	Bassin Burgien	3 Cantons	Dombes- Saône- Côteire	Haut Bugey	Pays Belle- gardien	Pays de Bresse	Pays de Gex	Pays du Bugey	Plaine de L'Ain	Total
Alimentation / nutri- tion	12	2	1	4	2	5	3	3	2	34
Pratique d'activités physiques	21	9	8	14	3	8	5	9	11	88
Actions pour les ai- dants	0	3	7	0	3	0	3	0	1	17
Lien social/ Isolement	83	11	20	22	8	37	5	19	7	212
sécurité-habitat	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Mobilité/ transport	3	0	2	1	0	4	0	0	2	12
Dispositif d'accomp, repérage autonomie et fragilité	406	121	3	1	4	377	1	162	269	1344
Conférence / Forma- tion	37	7	7	2	9	21	11	5	7	106
Soins, dépistage, vacci	125	33	0	0	0	96	0	36	64	354
Santé mentale	70	18	4	1	10	4	7	8	2	
total	760	204	52	45	39	552	35	242	365	2294

Répartition des actions de prévention par thématique et par territoire
(avec les actions du pôle gériatrie et filière gérontologie)

Répartition des actions de prévention thématique et par territoire
(sans les actions du pôle gériatrie et filière gérontologie)

Action de préventions	Bassin Burgien	3 Cantons	Dombes- Saône- Côteère	Haut Bugey	Pays Bellegar- dien	Pays de Bresse	Pays de Gex	Pays du Bugey	Plaine de L'Ain	Total
Alimentation / nutri- tion	12	2	1	4	2	5	3	3	2	34
Pratique d'activités physiques	21	9	8	14	3	8	5	9	11	88
Actions pour les ai- dants	0	3	7	0	3	0	3	0	1	17
Lien social/ Isolement	83	11	20	22	8	37	5	19	7	212
sécurité-habitat	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Mobilité/ transport	3	0	2	1	0	4	0	0	2	12
Dispositif d'accomp, repérage autonomie et fragilité	1	1	3	1	4	1	1	0	3	15
Conférence / Forma- tion	37	7	7	2	9	21	11	5	7	106
Soins, dépistage, vacci	8	0	0	0	0	2	0	0	0	10
Santé mentale	12	1	4	1	10	4	7	8	2	49
total	180	34	52	45	39	82	35	44	35	546

Niveau de préventions	3 Cantons	Bassin Bur- gien	Dombes- Saône- Cô- tière	Haut Bu- gey	Pays Belle- gardien	Pays de Bresse	Pays de Gex	Pays du Bugey	Plaine de L'Ain	Total
Primaire	143	575	27	31	22	239	23	177	156	1393
Secondaire	61	177	23	13	17	313	12	65	207	888
Tertiaire	0	8	2	1	0	0	0	0	2	13
Total	204	760	52	45	39	552	35	242	365	2294

Répartition par niveau de prévention (avec les actions du pôle gériatrie et filière gérontologie)

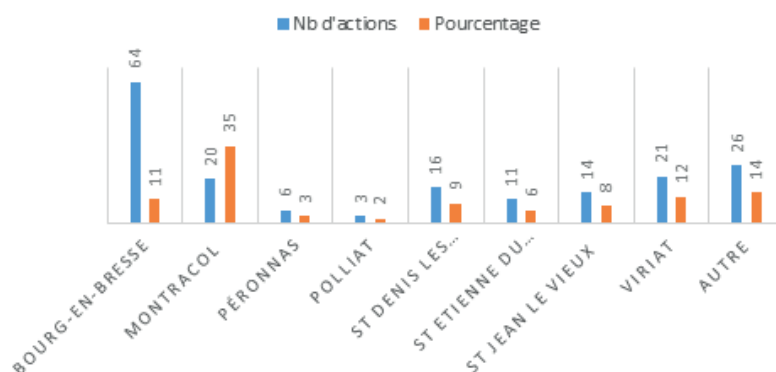
Répartition par niveau de prévention (sans les actions du pôle gériatrie et filière gérontologie)

Niveau de préventions	3 Cantons	Bassin Bur- gien	Dombes- Saône- Cô- tière	Haut Bu- gey	Pays Belle- gardien	Pays de Bresse	Pays de Gex	Pays du Bugey	Plaine de L'Ain	Total
Primaire	25	113	27	31	22	51	23	32	22	346
Secondaire	9	59	23	13	17	31	12	12	11	187
Tertiaire	0	8	2	1	0	0	0	0	2	13
Total	34	180	52	45	39	82	35	44	35	546

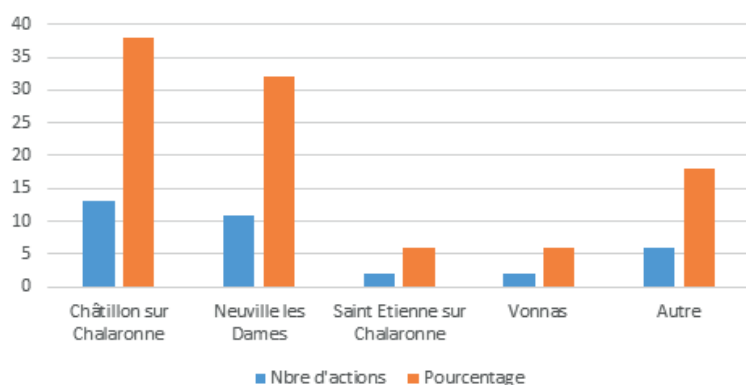
Annexes

Communes Bassin Burgien	Nbre d'actions	Pourcentage
Bourg-en-Bresse	64	11
Montracol	20	35
Péronnas	6	3
Polliat	3	2
St Denis les Bourg	16	9
St Etienne du Bois	11	6
St Jean le Vieux	14	8
Viriat	21	12
Autre	26	14
total	181	100

NOMBRE D'ACTION ET PROPORTION PAR COMMUNE



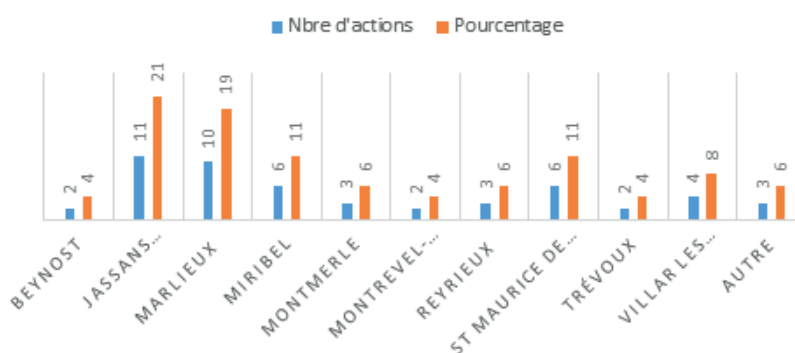
Nombre d'actions et proportion par commune



Communes 3 Cantons	Nbre d'actions	Pourcentage
Châtillon sur Chalaronne	13	38
Neuville les Dames	11	32
Saint Etienne sur Chalaronne	2	6
Vonnas	2	6
Autre	6	18
Total	34	100

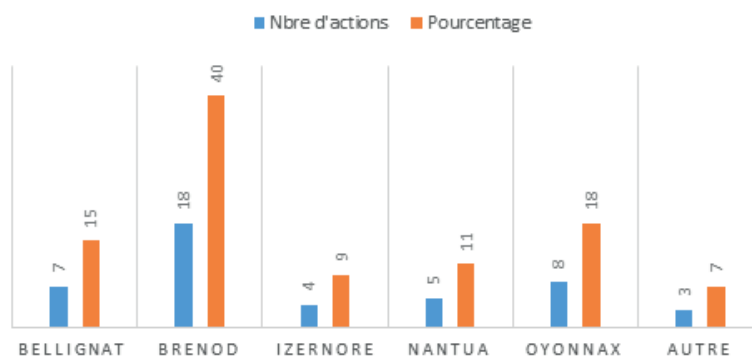
Communes Dombes SC	Nbre d'actions	Pourcentage
Beynost	2	4
Jassans Riottier	11	21
Marlieux	10	19
Miribel	6	11
Montmerle	3	6
Montrevel-En-Bresse	2	4
Reyrieux	3	6
St Maurice de Beynost	6	11
Trévoux	2	4
Villar les Dombes	4	8
Autre	3	6
Total	52	100

NOMBRE D' ACTIONS ET PROPORTION PAR COMMUNE

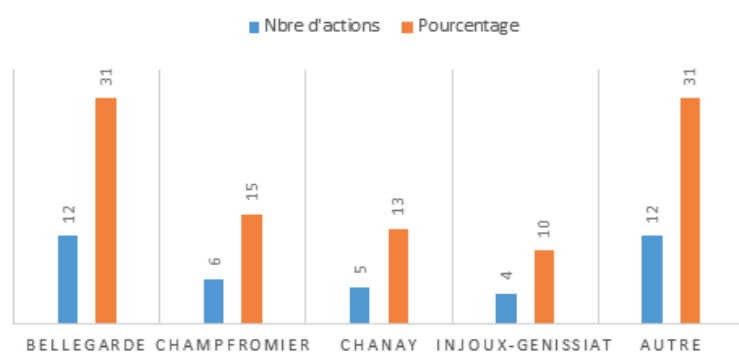


Communes Haut-Bugey	Nbre d'actions	Pourcentage
Bellignat	7	15
Brenod	18	40
Izernore	4	9
Nantua	5	11
Oyonnax	8	18
Autre	3	7
Total	45	100

NOMBRE D' ACTIONS ET PROPORTION PAR COMMUNE



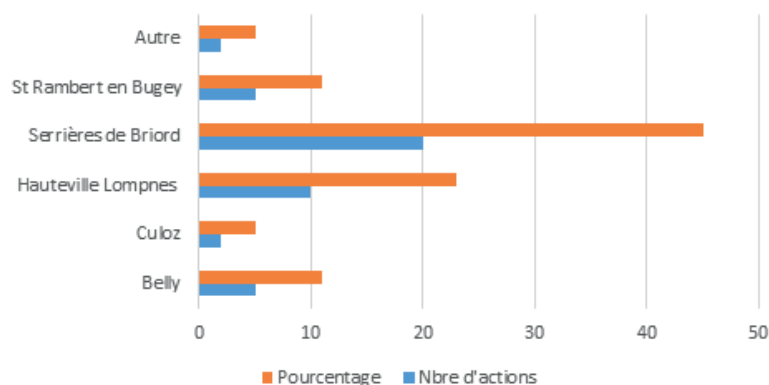
NOMBRE D' ACTIONS ET PROPORTION PAR COMMUNE



Communes Pays Bellegardien	Nbre d'actions	Pourcentage
Bellegarde	12	31
Champfromier	6	15
Chanay	5	13
Injoux-Genissiat	4	10
Autre	12	31
Total	39	100

Communes Pays du Bugey	Nbre d'actions	Pourcentage
Belley	5	11
Culoz	2	5
Hauteville Lompnes	10	23
Serrières de Briord	20	45
St Rambert en Bugey	5	11
Autre	2	5
Total	44	100

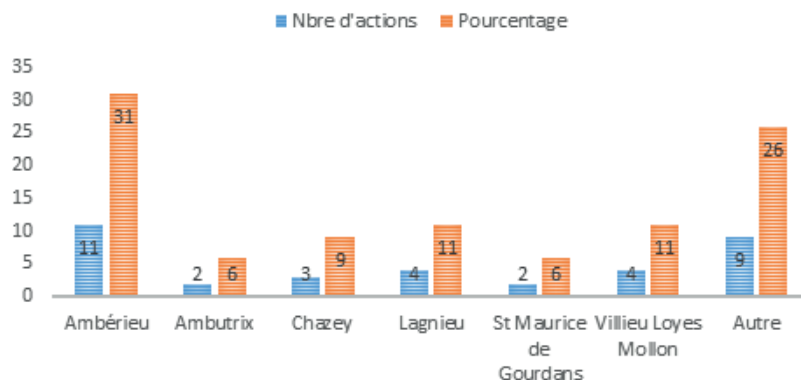
Nombre et proportion d'action par commune



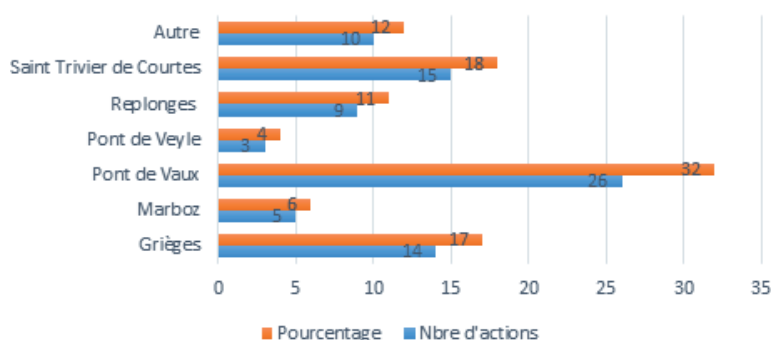
Annexes

Communes Plaine de l'Ain	Nbre d'actions	Pourcentage
Ambérieu	11	31
Ambutrix	2	6
Chazey	3	9
Lagnieu	4	11
St Maurice de Gourdans	2	6
Villieu Loyes Mollon	4	11
Autre	9	26
Total	35	100

NOMBRE ET PROPORTION D'ACTION PAR COMMUNE



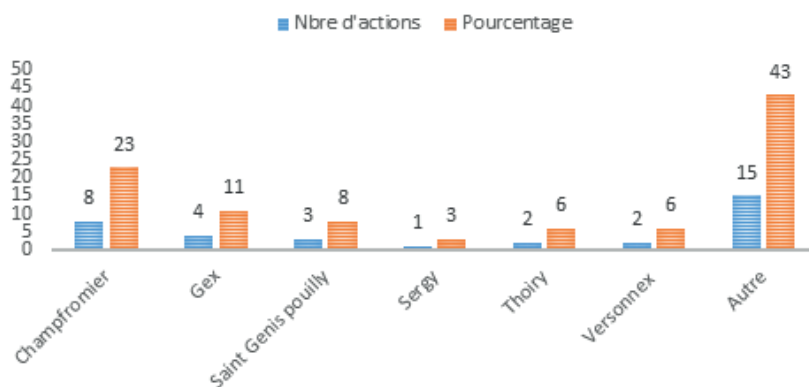
Nombre et proportion d'action par commune



Communes Pays de Bresse	Nbre d'ac- tions	Pourcentage
Grièges	14	17
Marboz	5	6
Pont de Vaux	26	32
Pont de Veyle	3	4
Replonges	9	11
Saint Trivier de Courtes	15	18
Autre	10	12
Total	82	100

Communes Pays de Gex	Nbre d'actions	Pourcentage
Champfromier	8	23
Gex	4	11
Saint Genis pouilly	3	8
Sergy	1	3
Thoiry	2	6
Vernonnex	2	6
Autre	15	43
Total	35	100

NOMBRE ET PROPORTION D'ACTION PAR COMMUNE



Répartition des actions financées (avec les actions du pôle gériatrie et filière gérontologie)

Financiers	3 Can- tons	Bassin Bur- gien	Dombes- Saône- Côtère	Haut Bu- gey	Pays Belle- gardien	Pays de Bresse	Pays de Gex	Pays du Bugey	Plaine de L'Ain	Total
ADAG01	1	8	0	0	0	1	3	4	6	23
ARS	179	586	9	6	0	476	0	198	331	1785
Association	2	1	0	0	0	0	2	0	0	5
CPAM	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
CLIC	4	16	4	2	16	13	6	0	11	72
Mairie	0	17	1	4	0	0	0	0	0	22
Conseil départemental	0	1	7	0	6	0	2	0	3	19
Etablissement	13	101	25	24	3	48	11	33	9	267
Communauté de com- munes	0	4	0	0	1	0	1	0	0	6
Organisme de retraite	5	26	6	9	12	14	9	7	5	93
Total	204	760	52	45	39	552	35	242	365	2294

Répartition des actions financées (sans les actions du pôle gériatrie et filière gérontologie)

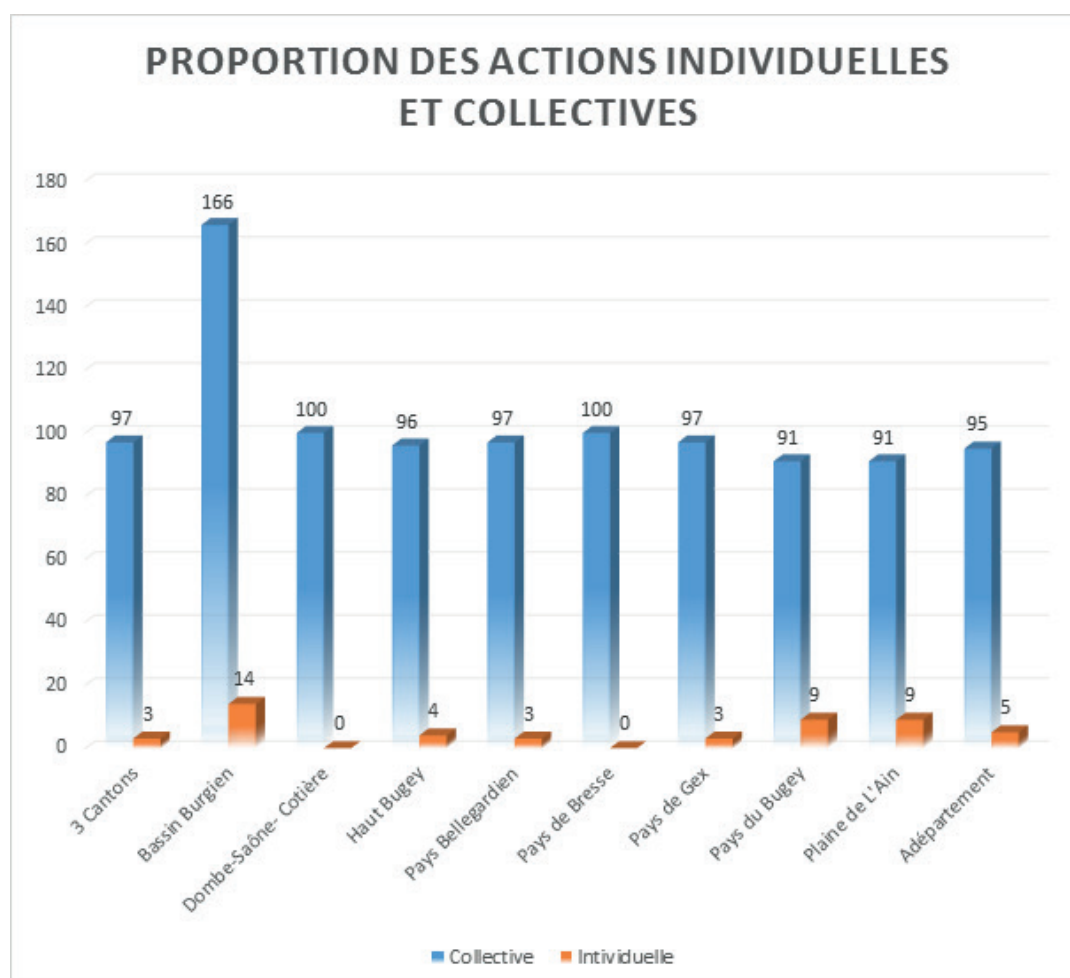
Financiers	3 Can- tons	Bassin Bur- gien	Dombes- Saône- Côtère	Haut Bu- gey	Pays Belle- gardien	Pays de Bresse	Pays de Gex	Pays du Bugey	Plaine de L'Ain	Total
ADAG01	1	8	0	0	0	1	3	4	6	23
ARS	9	7	9	6	0	6	0	0	1	38
Association	2	1	0	0	0	0	2	0	0	5
CPAM	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
CLIC	4	16	4	2	16	13	6	0	11	72
Mairie	0	17	1	4	0	0	0	0	0	22
Conseil départemental	0	1	7	0	6	0	2	0	3	19
Etablissement	13	100	25	24	3	48	11	33	9	266
Communauté de com- munes	0	4	0	0	1	0	1	0	0	6
Organisme de retraite	5	26	6	9	12	14	9	7	5	93
Total	34	180	52	45	39	82	35	44	35	546

Répartition par action collective / individuelle (avec les actions du pôle gériatrie et filière gérontologie)

Action	3 Cantons	Bassin Burgien	Dombes-Saône-Côtière	Haut Bugey	Pays Bellegardien	Pays de Bresse	Pays de Gex	Pays du Bugey	Plaine de L'Ain	Total
Collective	151	570	52	43	38	411	34	185	265	1749
Individuelle	53	190	0	2	1	141	1	57	100	545
Total	204	760	52	45	39	552	35	242	365	2294

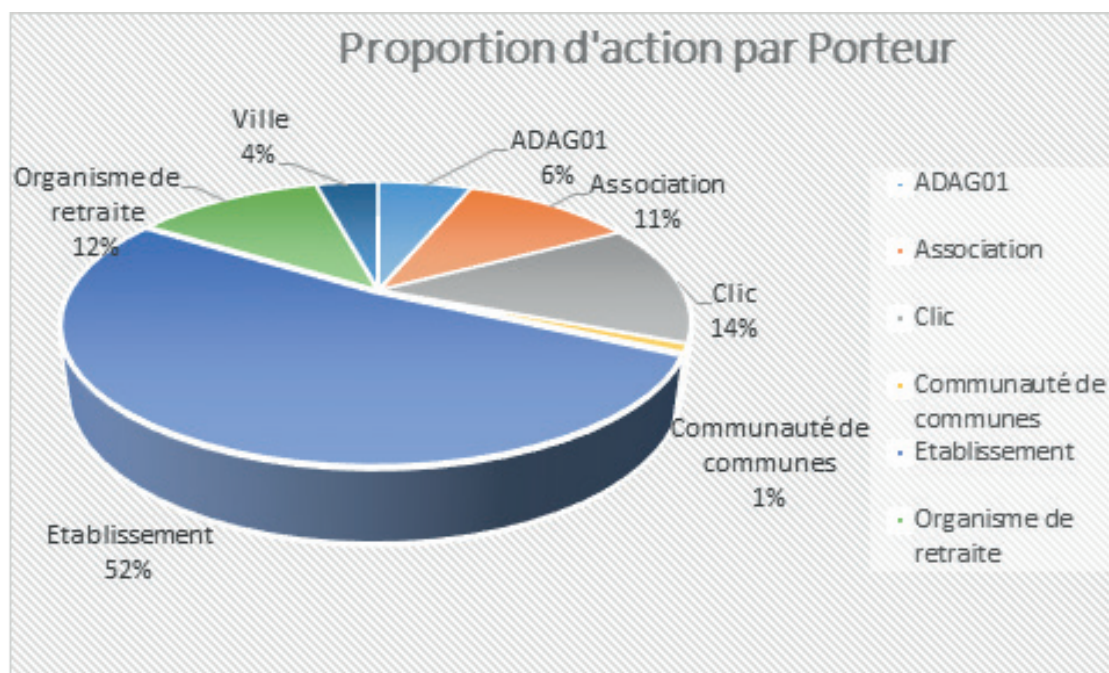
Répartition par action collective / individuelle (sans les actions du pôle gériatrie et filière gérontologie)

Action	3 Cantons	Bassin Burgien	Dombes-Saône-Côtière	Haut Bugey	Pays Bellegardien	Pays de Bresse	Pays de Gex	Pays du Bugey	Plaine de L'Ain	Total
Collective	33	166	52	43	38	82	34	40	32	520
Individuelle	1	14	0	2	1	0	1	4	3	26
Total	34	180	52	45	39	82	35	44	35	546



Porteurs d'action

Porteurs d'actions	3 Cantons	Bassin Burgien	Dombes-Saône-Côtière	Haut Bugey	Pays Bellegardien	Pays de Bresse	Pays de Gex	Pays du Bugey	Plaine de L'Ain	Total
ADAG01	0	14	3	2	0	1	3	4	5	32
Association	8	13	0	11	7	7	10	0	2	58
Clic	6	15	0	1	20	18	4	0	14	78
Communauté de communes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Etablissement	17	100	44	24	2	48	10	33	10	288
Organisme de retraite	3	20	4	4	8	8	8	7	4	66
Ville	0	18	1	3	0	0	0	0	0	22
Total	34	180	52	45	39	82	35	44	35	546



Résumé

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement a créé une dynamique territoriale sur la question de la perte d'autonomie des personnes âgées. C'est dans ce contexte que le dispositif de la Conférence des Financeurs piloté par les Conseils Départementaux a été mis en place. Pour financer des actions et de nouvelles initiatives, le Conseil Départemental de l'Ain a décidé, dans le cadre de son Plan Senior 01 et du dispositif de la conférence des financeurs, de confier une étude à l'ADESSA pour faire un état des lieux des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile et en établissement.

L'objectif de cette étude est de présenter un état des lieux critique des actions de prévention de la perte d'autonomie dans les territoires du département de l'Ain et de dégager de nouvelles pistes de réflexion et de recommandation pour retarder et mieux accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées.

Issue d'une démarche partenariale associant l'ADESSA et l'ORS Auvergne Rhône-Alpes, cet état des lieux dresse l'image de la problématique de la perte d'autonomie des personnes âgées à l'échelle départementale. Il aborde à la fois une approche quantitative basée sur l'exploitation et l'analyse de données sur les indicateurs de la perte d'autonomie et une approche qualitative portant sur une enquête semi-directive et un recensement des actions de prévention. Une cinquantaine d'acteurs ont été interrogés en face-à-face, en groupe et au téléphone pour recueillir leurs points de vue sur des thématiques définies dans les champs de la perte d'autonomie. En plus de ces entretiens deux tables rondes ont été organisées pour redonner la parole aux acteurs et lancer une discussion sur la question du territoire et logique de prévention et sur l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques.

Ce rapport présente des résultats qualitatifs et quantitatifs et des recommandations permettant d'améliorer considérablement la qualité des actions de prévention en lien avec les besoins réels des populations, l'accompagnement de la perte d'autonomie et l'organisation et la coordination des actions de prévention à financer dans le cadre de la Conférence des Financeurs.

Ousmane NDIAYE,
Sociologue spécialisé sur les questions de *santé*
et *vieillesse*.

