

FACTEURS ET INDICATEURS ENVIRONNEMENTAUX

Jacqueline PARIS
Psycho-gérontologue
Assistante de service sociale

APPROCHES CONCEPTUELLES ET PRATIQUES

FACTEURS et INDICATEURS ENVIRONNEMENTAUX

Jacqueline PARIS
Psycho-gérontologue
Assistante de service sociale

ELÉMENTS DE CONTEXTE

- Si la longévité est une chance, elle est aussi un défi de société que le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement propose de relever, en créant une nouvelle donne qui repose sur un ensemble de mesures d'anticipation, de prévention et d'accompagnement.
- Le vieillissement harmonieux ne résulte-t-il pas finalement d'un dialogue constructif entre la personne, son environnement et les acteurs de la protection sociale ? Chaque personne est unique par ses caractéristiques génétiques, son état de santé, son histoire de vie et son comportement. Mais quelle place la société réserve-t-elle aux personnes âgées ? Quelles sont les représentations sociales de la vieillesse ? L'environnement est-il favorable ? En France, le rôle des pouvoirs publics est important dans l'analyse des besoins, ainsi que dans l'organisation des réponses.

LA PRÉVENTION COMME STRATÉGIE

- Face à la transition démographique
en 2040 , 10 millions de Français auront plus de 75 ans, soit deux fois plus
qu'en 2007
et les plus de 60 ans représenteront 31 % de la population
- et à la transition épidémiologique
les maladies infectieuses disparaissent progressivement au profit des
maladies chroniques, qui touchent aujourd'hui près de 15 millions de
personnes en France
- la prévention en général et la prévention de la perte d'autonomie en
particulier sont des stratégies qui, parmi d'autres, s'imposent à notre
système de santé et à l'organisation du secteur médico-social et social.

- Ces stratégies englobent désormais, en amont de la perte d'autonomie, le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées, repérage qui « a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'évènements défavorables ».
- La fragilité apparaît comme un état potentiellement réversible mais cette réversibilité n'est, en règle générale, pas spontanée et nécessite le plus souvent des interventions.

LA MOBILISATION AUTOUR DE L'AUTONOMIE

- La notion d'autonomie renvoie à l'étymologie (autos : « soi même » et : « lois ») et désigne la capacité, la liberté, le droit d'établir ses propres lois et la capacité de se gouverner soi même. Elle englobe les capacités intellectuelles, cognitives et motrices, elle suppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir et la liberté et la capacité d'agir, d'accepter ou refuser en fonction de son jugement.
- L'autonomie n'est pas l'absence de dépendance : ainsi, le rapprochement des termes antagonistes autonomie/dépendance suggère que l'individu acquiert son autonomie par et à travers ses dépendances pour cesser d'être le jouet des aléas. Ainsi, un organisme vivant nécessitant des aliments pour entretenir son autonomie est, en même temps, dépendant de l'environnement dont il tire les aliments pour vivre.

PRÉSERVER L'AUTONOMIE

- Le mot « autonomie » représente une question clé, un thème central et mobilisateur qui doit cristalliser nos efforts, au service de trois objectifs déterminants : préserver l'autonomie de chacun durant toute la vie, prévenir les pertes d'autonomie évitables, éviter l'aggravation des situations déjà par une incapacité.
- L'autonomie est un capital que nous avons à gérer du mieux possible tout au long de notre vie. Un exercice physique régulier, une alimentation adaptée et un lien social structuré sont déterminants et contribuent à préserver l'autonomie, en particulier au cours de l'avancée en âge. L'importance de l'éducation pour la santé est à rappeler : elle doit débuter dès l'école. Il faut en effet développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie.

PRÉVENIR LES PERTES D'AUTONOMIE ÉVITABLES AU COURS DE L'AVANCÉE EN ÂGE

- En effet, dans certains cas, la perte d'autonomie est évitable. Ce constat renvoie à des facteurs de risque médicaux, sociaux et médico-sociaux mais aussi à des organisations insuffisamment adaptées à la population vieillissante.
- Prévenir ces situations représente un véritable défi qu'il s'agisse d'interventions au domicile, avec le repérage des facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée, mais aussi d'actions conduites dans les établissements de santé.

STABILISER DES SITUATIONS CARACTÉRISÉES PAR UNE INCAPACITÉ

- En préservant et valorisant les capacités restantes et en évitant une aggravation lorsque la récupération n'est guère possible, en particulier dans les EHPAD.

POUR ATTEINDRE CES OBJECTIFS, IL EST NÉCESSAIRE

- 0 1) de concevoir et de mettre à disposition les organisations adaptées aux besoins et aux attentes des personnes y contribuant, de les évaluer,
- 0 2) mais aussi d'informer nos concitoyens sur leur nécessaire responsabilité ainsi que sur les dispositifs et moyens mis à leur disposition (via, notamment le portail dédié à la préservation de l'autonomie des caisses nationales de retraite et de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) « www.reponses-bien-vieillir.fr »),
- 0 3) de développer la formation des professionnels et de promouvoir la recherche appliquée. La promotion d'une recherche pluridisciplinaire est un objectif prioritaire. Ses efforts doivent porter sur le rapprochement de deux mondes trop souvent distants : celui porté par les sciences médicales et l'approche biomédicale et celui porté par les sciences humaines et sociales et l'approche pluridisciplinaire. Le croisement des disciplines, les interfaces qui en résultent sont source d'un enrichissement qu'il faut savoir saisir. Cet exercice difficile est source d'innovation.
- 0 Pour être efficace, la prévention en gérontologie ne peut être conçue que dans une approche globale - médicale, psychologique, sociale, mais aussi environnementale – s'appuyant sur la pluridisciplinarité des acteurs, associant les usagers et impliquant donc une démarche interministérielle compte tenu des différents domaines concernés.

LA FRAGILITE

- La fragilité représente un nouveau paradigme pour la gériatrie.
- C'est un concept structurant et fédérateur, illustrant les mutations actuelles de la discipline.
- Le terme de fragilité est utilisé de longue date par les médecins pour qualifier l'état de vulnérabilité de leurs patients. Mais son sens a évolué ces dernières décennies dans le domaine de la gériatrie. La fragilité est définie par les gériatres comme un syndrome clinique qui se caractérise par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression est modulée par les comorbidités ainsi que par des facteurs psychologiques, socio-économiques et comportementaux, parmi lesquels l'altération des fonctions cognitives.
- C'est un marqueur de risque d'évènements péjoratifs, d'incapacités, de chutes, hospitalisation, d'entrée en institution et de mortalité.

- On distingue classiquement les personnes en bonne santé qualifiées de robustes. Ces personnes, si elles présentent certaines pathologies chroniques, ont un état de santé bien contrôlé. Leurs fonctions physiques et leur qualité de vie ne sont pas altérées. Cette population représente environ 50 à 60 % des personnes âgées de plus de 65 ans.
- A l'autre extrême, les personnes touchées par une perte d'autonomie présentent des incapacités pour réaliser les actes de la vie quotidienne. Bien souvent confinées à domicile ou en institution, l'état de dépendance de ces personnes est très difficile à inverser surtout s'il est lié à des maladies dégénératives. Ces personnes représentent environ 10 % de la population de plus de 65 ans.

- Le troisième groupe est composé de personnes dites fragiles, 30 à 40 % des personnes de 65 ans et plus. Selon les critères de FRIED, la fragilité physique est caractérisée par 5 symptômes : perte de poids involontaire, épuisement ressenti par la personne, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. La personne est qualifiée de fragile si elle présente 3 ou plus de ces critères et pré-fragile en présence d'1 ou de 2 de ces critères. Différentes études montrent que selon ces critères les sujets pré-fragiles représentent environ 30 % de la population de 65 ans et plus, et 10 % sont fragiles⁴.

LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES DÉTERMINANTS DE LA FRAGILITÉ POURRAIENT RÉDUIRE OU RETARDER SES CONSÉQUENCES

- cette approche médicale mérite d'être approfondie et complétée par une prise en compte d'autres déterminants de fragilité ou de vulnérabilité, en particulier socio-économiques.
- A l'initiative conjointe de la CNAMTS et de la CNAV et en concertation avec la MSA et le RSI, des « observatoires régionaux des situations de fragilité » sont en cours de déploiement au niveau des régions.
- Ceux-ci visent à identifier les personnes en risque de fragilité pour agir, de façon ciblée, sur les difficultés d'accès aux droits, aux soins et aux dispositifs de prévention et contribuer ainsi à la réduction des inégalités sociales en santé au cours de l'avancée en âge.
- Outils de pilotage et de diagnostic territorial, les observatoires régionaux des situations de fragilité permettent d'optimiser la programmation des actions de prévention vers les publics cibles appropriés, pour une couverture la plus pertinente des territoires tant en quantité (taux de couverture) qu'en qualité (thématiques / l'accès aux soins, la sortie hospitalisation, les seniors isolés...).

- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé en 1980 une « classification internationale des handicaps » : déficiences, incapacités et désavantages» pour compléter la classification internationale des maladies (CIM) en étudiant leurs effets dans la vie des individus.
- C'est le modèle de Wood. Il est fondé sur une approche fonctionnelle du handicap qui prend en compte les facteurs socio-environnementaux. Dès lors, l'environnement est considéré comme source de situations handicapantes. Il est important de reprendre les caractéristiques de cette classification pour une meilleure compréhension de la stratégie nécessaire à la conception et à la mise en œuvre de la politique de prévention.

TROIS DIMENSIONS SONT IDENTIFIÉES DANS CE MODÈLE

- o a) La déficience du fonctionnement d'un organe ou d'un système est évaluée par rapport au fonctionnement habituel de cet organe. La déficience est une perte de substance ou l'altération d'une structure ou d'une fonction (psychologique, physiologique ou anatomique). Elle correspond, par exemple, à une amputation, à une lésion de la moelle épinière ou à la dégénérescence d'un nerf, et/ou au déficit en résultant (paraplégie, aphasie, surdité, incontinence urinaire...).
- o b) L'incapacité représente les conséquences de la déficience d'un organe ou d'un système sur le fonctionnement de l'individu en termes de limitation de fonctions ou de restriction d'activités. L'incapacité correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité de façon normale ou dans les limites considérées comme normales. C'est, par exemple, l'incapacité de marcher, de s'accroupir, de fermer le poing. Cela concerne également l'impossibilité d'exécuter certains actes : se lever, se laver, s'habiller, communiquer, mémoriser, réfléchir, etc.
- o c) Le handicap (ou désavantage) est l'écart ou l'intervalle entre l'incapacité de l'individu et les ressources personnelles, matérielles et sociales dont il dispose pour pallier cette incapacité. Cet écart lui confère un désavantage social. Les désavantages ou handicaps (conséquences des déficiences ou des incapacités) représentent une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) : faire des études, occuper un emploi, avoir des loisirs... Quand on ne disposait pas des prothèses de hanche, se fracturer le col du fémur conduisait à un handicap. Tel n'est plus le cas actuellement.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT HUMAIN, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ

- Ainsi, la classification de Wood (CIH) constitue un bon tremplin pour comprendre les notions de handicap et de prévention dans la mesure où elle identifie les trois niveaux d'une personne :
 - l'organisme, le corps, la dimension biologique (exemple : déficience du nerf auditif),
 - la personne en tant qu'individu, la dimension fonctionnelle (exemple : incapacité à entendre),
 - la personne en tant qu'être social, en interaction avec son environnement (exemple : isolement social qui nécessite une réponse de l'environnement, de la société).
- En 2001, l'OMS a proposé une révision de la CIH pour préciser et approfondir le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap et affirmer que l'invalidation est une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement. La CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) a remplacé la CIH.

- Ainsi, « Bien vieillir » résulte d'un dialogue réussi entre la personne et ses caractéristiques, la société et son environnement, ainsi que des mesures prises par les pouvoirs publics veillant à intégrer le vieillissement dans les politiques publiques.
- Quatorze mesures (14 fiches opérationnelles) couvrant différents aspects et périodes de l'avancée en âge et jugées prioritaires sont présentées dans ce premier axe.

AMÉLIORER LES GRANDS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

ENJEU N°1 : GARANTIR LA SANTÉ DES SENIORS

- 0 Mesure 1 : Promouvoir une alimentation favorable à la santé
- 0 **I. Contexte et enjeux**
- 0 L'alimentation est un déterminant de la santé. L'organisme change avec l'âge. Ses besoins nutritionnels aussi : contrairement aux idées reçues, ils ne diminuent pas avec l'âge et certains augmentent même. Ce serait donc une erreur de penser qu'en vieillissant il faut manger moins. En revanche, il est important de veiller à manger mieux (il n'y a pas de mauvais aliments et aucun n'est interdit même si certains sont à limiter) et à bouger tous les jours.
- 0 L'enjeu majeur est le maintien d'un bon état nutritionnel par l'atteinte des différents repères de consommation correspondant aux objectifs du Plan national nutrition santé (PNNS) en donnant les moyens aux personnes âgées d'adapter leur alimentation pour faire face aux changements physiologiques, psychologiques et socio-environnementaux liés au vieillissement. Il faut aussi tenir compte des maladies qui impactent l'alimentation, comme l'insuffisance cardiaque et le régime hyposodé.
- 0 Les facteurs nutritionnels ont un rôle déterminant pour limiter la survenue de pathologies, plus encore à partir de 55-60 ans. Il s'agit de sensibiliser à l'importance d'une nutrition de qualité, mais aussi de maintenir le plaisir de manger. S'alimenter est un acte essentiel à la vie, à la santé, à la qualité de vie et au bien-être. Manger est une activité où s'expriment la transmission des savoirs, le partage, la convivialité.

- Promouvoir une alimentation favorable à la santé, c'est s'intéresser non seulement au contenu de l'assiette mais aussi à tout ce qui est autour du repas et en fait un moment agréable : conservation du lien social, échange, plaisir de manger, autant de facteurs participant à la prévention de la dénutrition et au maintien de l'autonomie.

○ **III. Actions**

- Promouvoir l'accessibilité à une alimentation favorable à la santé ;
- Promouvoir l'accessibilité aux soins bucco-dentaires ;
- Développer et mutualiser les actions collectives inter-régimes (forums, conférences, ateliers) de prévention en faveur d'une alimentation équilibrée favorable à la santé et de la prévention de la dénutrition ;
- Proscrire les régimes alimentaires restrictifs, sauf exception.

MESURE 2 : DÉVELOPPER LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

0 I. Contexte et enjeux

- 0 La lutte contre la sédentarité et la pratique des activités physiques pour les personnes avançant en âge s'inscrivent au cœur des enjeux de santé publique. Elles ont pour but de préserver la santé des aînés, d'éviter la surenchère des soins et de prévenir la perte d'autonomie.
- 0 C'est au début des années 2000 que la pratique d'activités physiques et sportives (APS) prend une place à part entière autour de la notion de vieillissement actif.
- 0 Progressivement les APS deviennent, avec la nutrition, les piliers de la prévention du vieillissement.
- 0 En France, le programme national « Bien vieillir », mis en place en 2003, est le premier dispositif français en matière de politique de prévention en direction des seniors qui place les APS au cœur de l'action publique.
- 0 Il est renouvelé en 2007 et devient le plan national Bien vieillir (PNVB).
- 0 En 2010 la thématique relative à la promotion des activités physiques et sportives est intégrée en tant que telle dans le Programme national nutrition santé 2011-2015 (PNNS).

MESURE 2 : DÉVELOPPER LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

- Partant du constat que l'un des facteurs les plus délétères pour la santé est la sédentarité et le manque d'activité physique régulière, le rapport remis en décembre 2013 par le Pr Daniel Rivière « Dispositifs d'activités physiques et sportives en direction des âgés » met au coeur de ses propositions la lutte contre la sédentarité et la pratique d'activités physiques et sportives structurées et adaptées.
- L'offre d'activités physiques et sportives pour les seniors se développe par des aménagements urbains, par des propositions municipales ou associatives, par les clubs sportifs. Cette offre reste inégale selon les territoires et les populations et est parfois mal ciblée. Elle repose sur une disparité des acteurs, de leurs compétences et des financements. Le renfort de l'offre doit tendre à son accessibilité à l'ensemble du public. La formation des intervenants doit permettre de répondre aux besoins variés des personnes âgées (personnes âgées en bonne santé, personnes âgées fragiles, personnes âgées en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap, pathologies chroniques).

o II. Mesure

- Favoriser la promotion et le développement de la pratique d'activités physiques et sportives en direction des seniors :
- développement de l'offre au niveau territorial en s'appuyant sur les collectivités territoriales et les réseaux « sport-santé »,
- sensibilisation du public en portant une attention particulière aux personnes défavorisées,
- formation des professionnels et accueil adapté dans les établissements d'APS.

III. Actions

- Promouvoir, impulser et valoriser les offres d'activités physiques et sportives accessibles et adaptées à tous pour une pratique quotidienne régulière suffisante, dans l'environnement de proximité et une pratique encadrée. Ces offres tiendront compte de l'hétérogénéité du public de plus de 50 ans ;
- Promouvoir la pratique d'une activité physique ou sportive en milieu professionnel ;
- Sensibiliser les collectivités à la nécessité d'un environnement favorable et accessible à la pratique d'activités physiques. En effet, les facteurs environnementaux sont des éléments clés pouvant interférer ou favoriser la pratique d'une activité physique chez les personnes âgées. L'éloignement des lieux de pratique (clubs, associations, parcs), les difficultés de transport, les risques liés aux aménagements urbains constituent des barrières à l'engagement. Les aménagements urbains, tels que le potentiel piétonnier, sont des facteurs essentiels pour une pratique régulière d'activités physiques

MESURES 3 ET 4 : MAINTENIR LES SENIORS EN ACTIVITÉ DANS LE CADRE DE L'ALLONGEMENT DES CARRIÈRES ET FAVORISER LEUR ENTRÉE EN RETRAITE SANS INAPTITUDE

- Les seniors, personnes de 50 ans et plus, représentent un peu moins d'un quart de la population salariée, à parts égales entre les femmes et les hommes, et 34 % des indépendants actifs.
- Le vieillissement naturel affecte relativement peu les capacités cognitives et physiques des personnes entre 30 et 60 ans. Par contre, l'environnement joue un rôle important dans la mise en oeuvre de certains processus de déclin et peut amplifier les effets du vieillissement naturel.

*** Favoriser l'entrée en retraite sans inaptitude ou incapacité permanente**

- Le vieillissement de la population requiert de nouvelles politiques d'amélioration des conditions de travail visant à favoriser le maintien dans l'emploi des seniors en diminuant les risques d'usure prématurée et la pénibilité du parcours professionnel.
- La loi du 1er mars 2013 portant création du contrat de génération (au chapitre 1er de la cinquième partie du code du travail relatif à « l'aide à l'adaptation des salariés aux évolutions de l'emploi et des compétences et à la gestion des âges ») dispose ainsi que les accords collectifs d'entreprise ou les plans d'action opposables aux entreprises de plus de 300 salariés sous peine de pénalité et aux entreprises dont l'effectif est compris entre 50 et moins de 300 salariés pour pouvoir bénéficier de l'aide financière prévue au titre dudit contrat comportent « des engagements en faveur de la formation et de l'insertion durable des jeunes dans l'emploi, de l'emploi des salariés âgés et de la transmission des savoirs et des compétences ; des mesures destinées à favoriser l'amélioration des conditions de travail des salariés âgés et la prévention de la pénibilité ».

- Des indicateurs de santé des seniors en activité sont disponibles :
- le taux d'absentéisme de courte durée et le taux d'accidents du travail, maladies de longue durée et maladies professionnelles pour les seniors
- les statistiques spécifiques à la médecine du travail (signalements des services de santé au travail)
- le nombre de liquidations de retraites pour inaptitude
- et depuis le 1er avril 2014, le nombre des pensionnés pénibilité et longue carrière

MESURE 5 : ADOPTER DES MESURES EN FAVEUR DE LA SANTÉ DES AIDANTS

I. Contexte et enjeux

4,3 millions de personnes aident un proche âgé de plus de 60 ans en perte d'autonomie vivant à domicile, dont 3,4 millions pour les actes de la vie quotidienne (source enquête Handicap-Santé 2008). Ces aidants jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement de ces publics en leur apportant une aide à la vie quotidienne, mais cela n'est pas sans conséquence sur leur santé.

33 % des 8,3 millions d'aidants de personnes âgées, handicapées et/ou malades vivant à domicile sont retraités ou préretraités, 24 % ont entre 60 à 74 ans et 10 % ont 75 ans ou plus (source enquête HSA 2008).

20 % des proches aidants de personnes âgées de plus de 60 ans ressentent une charge importante. Parmi eux, 56 % déclarent que cela affecte leur santé, qu'ils sont sujets à la fatigue et parfois atteints d'épuisement, développent des symptômes d'anxiété et de dépression, ont des troubles du sommeil et des problèmes de dos. Ils sont 18 % à déclarer avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (DREES, Etudes et résultats n°799). Les professionnels de santé ne sont pas toujours assez sensibilisés à la prise en charge des aidants. Ces résultats peuvent être transposés aux aidants de personnes handicapées, dont la charge, souvent plus longue en durée, est a priori largement aussi importante.

L'étude de l'INPES de 2010 montre que le soulagement des familles prenant en charge une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est considéré comme un objectif prioritaire à atteindre (INPES, Regards croisés, 2010).

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 et sur la base des recommandations de bonnes pratiques de la HAS, des mesures ont été mises en oeuvre pour améliorer le suivi médical des aidants naturels, en particulier une consultation annuelle proposée aux aidants naturels de patients ayant une maladie neuro-dégénérative (cf. mesure n° 3). Mais des freins ont été constatés dans la mise en oeuvre (méconnaissance des professionnels de santé nécessitant une sensibilisation sur le dispositif, sur le repérage des aidants et la diffusion des connaissances concernant les risques pour leur santé). Les aidants eux-mêmes n'avaient pas connaissance de cette disposition ou n'osaient pas toujours y avoir recours (disponibilité, suppléance à domicile pendant l'absence, déni de la situation sur les difficultés de santé, etc.). Deux autres mesures (1 et 2) répondaient au souci de soulager les familles et donc indirectement d'améliorer leur état de santé. Elles ont permis, d'une part, développer et diversifier les solutions de répit des aidants, et en particulier de déployer un dispositif de plateformes d'accompagnement et de répit ouvertes à tous les aidants de personnes âgées en perte d'autonomie, d'autre part, de proposer des modules de formation aux aidants de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

II. Mesures

- Adopter et développer des mesures en faveur de la santé des aidants, notamment :
- Etendre à l'ensemble des proches aidants impliqués dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie les mesures prises en faveur des proches aidants qui accompagnent les personnes présentant une maladie d'Alzheimer visant à améliorer leur suivi médical, afin de préserver leur santé et favoriser les bonnes conditions de leur accompagnement.
- Repérer plus systématiquement les aidants en risque d'épuisement et évaluer leurs besoins d'aide.
- Instaurer un programme coordonné des actions de soutien des aidants promues, soutenues, développées au niveau local par des multiples acteurs entre les différentes institutions impliquées, sur la base d'un diagnostic partagé, dans un objectif de couverture territoriale et de meilleure accessibilité d'une offre diversifiée.

III. Actions

- Mieux définir le rôle et la place du médecin traitant de l'aidant dans le suivi médical de cette personne, promouvoir auprès des médecins traitants des outils de repérage de l'épuisement de l'aidant et d'information sur les ressources à mobiliser sur les territoires dans le cadre de l'action d'accompagnement des médecins traitants ;
- Rappeler aux médecins traitants la possibilité d'effectuer une fois par an (et/ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement) une visite longue au domicile des patients atteints d'une maladie neuro-dégénérative en présence du proche aidant et en concertation avec d'autres professionnels participant à l'accompagnement de la personne malade (infirmières, CLIC, CCAS...); évaluer l'impact de cette mesure dans la perspective d'un éventuel élargissement à d'autres situations ;

- o Mieux repérer les proches aidants susceptibles de développer des troubles liés au fardeau ressenti, à la fatigue et à l'impact de l'aide qu'ils apportent à un proche sur leur vie quotidienne (isolement, gestion du temps, etc.) :
- o chez le médecin traitant ;
- o dans les consultations mémoire lors des consultations des malades d'Alzheimer et maladies apparentées ;
- o dans le cadre de la mission « Écoute, Conseil, Orientation » des caisses AGIRC-ARRCO ;
- o lors de l'entretien information retraite dans les caisses de retraite ou grâce aux autres outils mis en place par la branche retraite pour prévenir la perte d'autonomie et détecter les publics prioritaires ;
- o lors de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) renouvelée de la personne aidée, en identifiant les besoins de l'aidant dans l'évaluation des situations pour développer une action préventive (un référentiel d'évaluation sera rédigé à cet effet) ;
- o dans les plateformes d'accompagnement et de répit, les CLIC mais aussi les structures médico-sociales telles que l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, les services d'aide et de soins à domicile ou les EHPAD (via le médecin coordonnateur).

- Adresser aux proches aidants de personnes malades repérés une invitation pour une rencontre avec leur médecin traitant ou un examen périodique de santé dans les centres d'examen de santé des CPAM, en priorité pour les personnes en situation de précarité ;
- Mieux orienter les aidants vers les intervenants pouvant évaluer leur situation, les soutenir, leur apporter des soins ; les accompagner dans l'acceptation d'une aide et organiser un suivi pour s'assurer que leur situation ne s'aggrave pas ;
- Promouvoir les approches non médicamenteuses des troubles et symptômes chez les aidants (participation à des groupes de pairs, des cafés des aidants, soutien psychologique, formation....) ;
- Assurer un suivi des aidants identifiés comme ayant un besoin d'aide ou à risque afin de s'assurer que leur situation ne s'aggrave pas ;
- Elaborer un plan d'action départemental coordonné en direction des aidants, sous l'égide du département, sur la base d'un diagnostic partagé, dans le cadre de la conférence des financeurs instituée par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

IV. Outils et bonnes pratiques

- Grille mini-Zarit pour l'aide au repérage de l'épuisement de l'aidant ; HAS, recommandations de bonnes pratiques, février 2010 et INPES, mai 2012, repères pour votre pratique ; Recommandation en cours de publication de l'ANESM à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, de personnes adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile... ou autre ;
- Recommandation HAS « suivi médical des aidants naturels ».

V. Métiers impactés

- Professionnels de santé
- Professionnels des établissements médico-sociaux et des services à domicile
- Professionnels de la formation

VI. Les opérateurs

- Organismes de protection sociale (caisses de retraite, CNAMTS, MSA, RSI, mutuelles, acteurs de la prévention, centres de prévention Bien vieillir AGIRC-ARRCO, consultations mémoire pour le repérage, réseaux de santé
- CNSA
- Centres d'examens de santé de l'assurance maladie pour les examens périodiques de santé
- Organisations professionnelles et syndicales des médecins généralistes
- CLIC, services à domicile, CCAS, conseils départementaux pour l'évaluation de la situation des aidants de demandeur et bénéficiaires de l'APA, et l'élaboration et le suivi des plans d'aide
- Plateformes d'accompagnement et de répit, hébergement temporaire et accueil de jour, EHPAD
- Relais : Association française des aidants, associations et fédérations d'aide à domicile, ...
- L'Agence Nationale pour les Chèques vacances (ANCV) dans le cadre de son dispositif Seniors en Vacances (SEV) d'accompagnement personnalisé et adapté aux retraités aidants.