

L'ACTION PUBLIQUE FACE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES AGÉES EN FRANCE ET DANS L'UE

- Enjeux et contexte de la mesure de la fragilité : vers une redéfinition du domaine d'intervention des différents acteurs auprès de l'ensemble de la population âgée
- L'exploitation des indicateurs de la fragilité : les avancées qui font de la France une « boîte à idées » pour les instances européennes¹
- Vers une globalisation des politiques sociales européennes par le biais de la prise en charge de la fragilisation de la personne vulnérable

Enjeux et contexte de la mesure de la fragilité : vers une redéfinition du domaine d'intervention des différents acteurs auprès de l'ensemble de la population âgée

Le département « Evaluation des politiques sociales » du CREDOC, dirigé par Mathieu Angotti, a tenté en 2008² de définir de manière consensuelle la notion de fragilité chez les personnes âgées. Il apparaît que celle-ci prend sens avec la perception ou la prise de conscience des premiers signes liés au vieillissement, c'est-à-dire aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne. La fragilité serait une résultante entre les problèmes liés au vieillissement (prémises ou non d'un état de dépendance) et un environnement qui se révèle inadapté au « bien-vieillir » et dégrade l'état de santé de la personne³ : logement peu fonctionnel, réseaux familial et social qui se délitent, réduction de la mobilité, faible retraite, décès du conjoint, etc.

¹ Selon l'expression d'Anne Frémont-Vanacore, issue de son ouvrage *La France en Europe*, 2ème Ed. Armand Colin 2009-Cursus.

² Cahier de recherche du CREDOC n°256.

³ Le Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de l'Université de Montréal, propose en 1999 une définition clinique de la fragilité : « ...la prise de conscience subjective de l'affaiblissement organique (organes sensoriels, système musculo-squelettique, système cardio-pulmonaire et système immunitaire) qui entraîne chez la personne âgée la baisse du contrôle sur l'environnement, la perte de la force, de l'énergie, de l'endurance et de la capacité d'autoprotection et l'empêche de fonctionner selon ses plans et désirs ».

La volonté de mesurer cette fragilité résulte des effets induits en France, par l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie⁴ qui exclut du champ de la prise en charge individuelle et collective une partie de la population des seniors.

En effet, les problématiques liées au vieillissement ont tendance à s'enfermer sur le groupe des personnes âgées dépendantes sans chercher à retarder l'entrée dans la dépendance. Institutionnellement, l'approche de la dépendance est loin de faire consensus et se restreint à une mesure de l'état d'incapacité de la personne⁵ au moment de la visite d'évaluation. Elle ne tient pas compte des problèmes de démence, notamment au stade précoce.

La mise en place de l'APA s'est accompagnée de l'instauration d'un système de suivi statistique trimestriel qui trace l'évolution des dépenses et le profil des bénéficiaires.⁶ Néanmoins, aucune étude sur le non-recours ne permet de vérifier si les bénéficiaires de l'APA couvrent l'ensemble des GIR 1 à 4 dans la population des 60 ans et plus.

De facto, l'intérêt de trouver des indicateurs de mesure de la fragilité prend sa source dans l'augmentation des dépenses, publiques et privées, liées à la dépendance⁷.

La progression des dépenses d'APA, sous-évaluée au moment de sa création, a fait passer le montant net de 2 milliards d'euros en 2000 à 5,1 milliards en 2010, montant équivalent actuellement au niveau des dépenses de l'aide sociale à l'enfance (6,4 milliards) ou des dépenses nettes d'allocation du RSA (6,6 milliards).

Or, en termes de compétences, les départements ne maîtrisant ni les conditions d'attribution de l'APA, ni l'évolution de son barème, voient leur effort financier croître plus vite que celui de l'Etat au

⁴ L'APA créée par la loi du 20 juillet 2001 (pour remplacer la PSD) doit permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie soit de rester à domicile tout en recevant l'aide dont elle a besoin (le financement comprend l'aide humaine, mais aussi l'aide technique notamment en termes d'aménagement du logement), soit de les aider à régler une partie des frais liés à la dépendance en établissement (l'APA correspond à la prise en charge d'une fraction du « *tarif dépendance* »). Elle est financée par les Conseils Généraux après une évaluation par une équipe médico-sociale en référence à la grille AGGIR (pour l'Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources).

⁵ La référence à Emile Durkheim proposée par Bernard Ennuyer, résume la compréhension actuelle de la dépendance : « c'est un de ces mots qu'on emploie couramment et avec assurance, comme s'ils correspondaient à des choses bien connues et définies, alors qu'ils ne réveillent en nous que des notions confuses, mélanges indistincts d'impressions vagues, de préjugés et de passions ». Le terme « dépendant » signifie un rapport liant des choses ou des êtres qui les rend nécessaires les uns aux autres. Une notion de subordination peut être introduite si une des choses ou un des êtres est moteur par rapport à l'autre qui a besoin du premier pour exister. La dépendance reflète une interaction entre plusieurs personnes.

⁶ Nombre de personnes estimé en GIR 1 à 4 qui relèvent du Conseil Général.

⁷ Augmentation des dépenses estimées à 34 milliards d'euros en 2010, selon Bertrand Fragonard, *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, débat national sur la dépendance, juin 2011.

travers du financement CNSA⁸. Ces derniers se retrouvent consécutivement en difficulté financière notamment depuis la crise de 2008. Pour les conseils généraux, la gestion de l'APA est lourde et coûteuse.

Paradoxalement, l'augmentation rapide des dépenses liées à la dépendance ne garantit pas leur efficience. La Cour des comptes a souligné en 2011⁹ une « sous-consommation » récurrente des crédits attribués à la CNSA au titre de l'OGD, due quasi intégralement au secteur « personnes âgées dépendantes »¹⁰. De plus, le décalage dans le temps des projets de création de places, associé au retard dans la médicalisation des places, freinent la dépense des crédits qui relèvent de la CNSA. La Cour des comptes mentionne également des écarts de coûts de prise en charge des personnes présentant un état de santé comparable entre établissements médico-sociaux. Ces « rentes de situation » constatées, combinées à un système de tarification très complexe des établissements, sont source d'iniquité de traitement entre les personnes âgées et leurs familles.

L'utilisation de la mesure de la fragilité permet de réduire les inégalités de prise en charge entre établissements et entre territoires, mais également le reste à charge pour les personnes âgées et leurs familles, considéré actuellement comme élevé, injuste et sans perspective d'involution.¹¹

Sur un plan démographique, les dernières projections de l'INSEE montrent que le vieillissement de la population va s'accélérer et qu'il est possible parallèlement de mesurer en termes d'indicateurs l'espérance de vie « en bonne santé », indicateurs nommés également par les statisticiens « espérance de vie sans incapacité »¹².

⁸ La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004 dans un contexte de prise de conscience de la nécessité d'augmenter l'effort public pour compenser la perte d'autonomie. Le choix n'a pas été fait de laisser les départements seuls acteurs de l'aide sociale aux personnes en perte d'autonomie. D'où la mise en place d'une caisse nationale, compétente pour la dépendance et le handicap. Cependant, la part financée par la CNSA est passée de 37 % en 2004 à 30,8 % en 2011 (*in* Bertrand Fragonard, *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, débat national sur la dépendance, juin 2011).

⁹ Rapport de la Cour des comptes, 2011.

¹⁰ L'emploi des ressources par la CNSA se divise en deux agrégats : d'une part, en dotations départementales nommées « objectif global de dépenses » (OGD) destiné à financer le tarif « soins » des établissements médico-sociaux, d'autre part, une partie des dépenses d'APA et de prestation de compensation du handicap (PCG). Les excédents accumulés au titre de l'OGD ont été affectés en grande partie au soutien aux investissements. Ainsi, l'excédent constaté dans les comptes 2011 a permis de débloquer des crédits destinés à l'investissement qui avaient été gelés début 2011.

¹¹ Le reste à charge désigne le coût qui reste à la charge de la personne et de sa famille après intervention de la collectivité. Le calcul de sa moyenne nationale est très difficile en raison de l'extrême complexité du mode de financement des établissements et des services aux personnes âgées. Peu suivies au niveau national, les conditions tarifaires sont par ailleurs insuffisamment transparentes pour les personnes âgées et leurs familles.

¹² L'espérance de vie « en bonne santé » rend compte non seulement de l'allongement de la durée de vie mais aussi de cet allongement sans incapacité majeure, liée aux maladies chroniques ou aux séquelles des affections

Si en 2050, les 60 ans et plus représentaient plus de 30 % de la population, leur espérance de vie en bonne santé tendrait à augmenter. Ce gain en espérance de vie se traduirait par un meilleur état de santé. Il devient donc plus intéressant pour la collectivité de réfléchir sur les facteurs qui peuvent durant cette période soutenir cet état sans incapacité afin de reculer l'entrée dans la dépendance. La mesure de la fragilité prend sens dans cette phase du vieillissement de la population. Elle s'appuie sur la prise en compte d'un nouveau risque, celui d'un déséquilibre qui se traduit par une perte de maîtrise de la situation de vie. La personne âgée devenue vulnérable n'est plus en capacité de se mobiliser, de s'adapter aux événements, d'interagir avec son environnement.

La mise en place d'indicateurs qui évaluent la fragilité de la personne âgée donnerait une lisibilité en termes de capacité et d'incapacité sur l'ensemble de la population de 60 ans et plus.

Ces indicateurs sont plus une combinaison de risques que d'éléments prédictifs de fragilité. Leur évaluation institutionnelle dépend du vécu de la personne, élément peu mesurable qui tient compte de la biographie. S'y ajoutent, un facteur plus transversal, l'état de santé, et trois groupes de facteurs non hiérarchisés : l'isolement, les accidents de la vie ou traumatismes, la maltraitance sociale¹³.

Les études conduites en amont par la CNAV auprès des personnes évaluées en GIR 5 et 6¹⁴, c'est-à-dire considérées administrativement comme non dépendante, montrent que celles-ci éprouvent souvent des difficultés à faire des gestes de la vie quotidienne et manifestent parfois le souhait d'un accompagnement ou d'une aide¹⁵.

Le département « Evaluation des politiques sociales » du CREDOC a conçu un questionnaire en 2008 pour évaluer le degré de fragilité d'une population à partir d'un échantillon de bénéficiaires d'une aide de l'action sociale issu de la base de données de la CNAV¹⁶. Ce questionnaire est exploité entre autres, lors des enquêtes de satisfaction menées par les structures de services à la personne afin de proposer une intervention ciblée sur la vie quotidienne, ou les déplacements afin de lutter contre l'isolement.

aiguës ou de traumatismes. Une bonne santé est définie par l'absence de limitation d'activités dans les gestes de la vie quotidienne et l'absence d'incapacité.

¹³ Cahier de recherche du CREDOC n°256, p. 27.

¹⁴ Selon l'INSEE et la DREES, les personnes en GIR 5 et 6 représentent plus de 90 % des 60 ans et plus.

¹⁵ GIE IMPA : *Repérer les retraités Gir 5-6 socialement fragilisés*, Gérontopôle, Déc. 2009.

¹⁶ La méthode de construction de l'indicateur s'appuie sur trois techniques statistiques : des Analyses en Composantes Multiples (ACM) qui permettent de repérer les variables qui expliquent le mieux la fragilité ; des regressions qui permettent de calculer le poids de chaque variable dans l'explication de la fragilité afin de construire un indicateur synthétique ; des classifications hiérarchiques qui permettent de fixer des seuils de manière raisonnée dans la fragilité (ces seuils permettent de couper la population en plusieurs groupes ayant des niveaux de fragilité différenciés). Cahier de recherche du CREDOC n°256, p. 30.

Le discours sur la prévention, quant à lui, met l'accent sur la nécessité de repérer les signes de la perte d'autonomie sur les personnes évaluées en GIR 4, 5 et 6 afin de retarder le nombre de bénéficiaires de l'APA. Il s'agit également de mieux repérer les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (Alzheimer et apparentées) afin de disposer d'un suivi épidémiologique.

Parallèlement, le projet latent de création d'une cinquième branche de protection sociale pour faire face à la dépendance conduit les décideurs, les organismes financeurs mais également les professionnels de santé, à anticiper sur les situations de dépendance des retraités.

Dès la période 2002-2005, le ministère de la santé a mis en place un programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles, associant cette fragilité au vieillissement et à dégradation de l'état de santé. En termes d'objectifs, il s'agit essentiellement de diminuer les dépendances pathologiques tout en préservant le réseau de soutien familial de manière à limiter les entrées injustifiées en institution. Les indicateurs de fragilité alors retenus sont essentiellement médicaux¹⁷. Les actions de prévention proposées par l'Inpes¹⁸ ont pour finalité d'éviter les maladies à l'origine de la dépendance.

De son côté, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV)¹⁹ a décidé depuis ces six dernières années de porter ses efforts en direction des retraités qui ne sont pas en situation de perte d'autonomie, mais qui rencontrent des difficultés dans leur vie quotidienne et se trouvent socialement fragilisés. Cela se traduit en aides proposées concernant des domaines de la vie quotidienne aussi variés que les tâches ménagères, les courses et les repas, l'accompagnement et le transport, l'hygiène et le mieux-être, l'assistance et la sécurité, le logement et le cadre de vie, l'hébergement, la vie sociale, les conseils et recommandations.

Avec l'instauration de l'APA, la CNAV a d'emblée ciblé le champ de son action sociale sur les populations fragiles ou « fragilisées socialement ». La dégradation de la vie sociale est source d'isolement, de perte de mobilité et impacte sur l'état de santé de la personne âgée alors plus vulnérable.

¹⁷ Sont pris en compte par ordre de priorité, les troubles de la marche et les chutes, la dénutrition, l'incontinence, une mauvaise observance thérapeutique ou une complication iatrogénique, l'arthrose et l'ostéoporose, la perte d'audition ou de vision, la dépression et l'isolement social.

¹⁸ L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé mène des programmes courts en direction des 60 ans et plus ; plus des deux tiers de ces programmes visent à maintenir la bonne santé sur la durée.

¹⁹ La Cnav dispose en son sein, d'une équipe de chercheurs pluridisciplinaire ; la Direction des recherches sur le vieillissement (Drv) a pour missions principales de favoriser une meilleure connaissance scientifique des aspects sociaux du vieillissement et de contribuer à l'orientation des politiques sociales.

La fragilité n'est pas appréhendée uniquement sur le plan médical. Les différents indicateurs recueillis sont aussi environnementaux et socio-économiques : qualité du logement, réseau familial et communautaire, accès aux loisirs, mobilité, ressources financières. Ils relèvent également des éléments biographiques antérieurs²⁰ à la retraite de manière à évaluer l'impact du parcours de vie sur la fragilité de la personne âgée : habitudes prises avant la retraite, origines, parcours professionnels, vie de famille.

Les professionnels de santé, quant à eux, se sont progressivement positionnés sur le dépistage du syndrome de fragilité de façon à optimiser la prise en charge des sujets âgés. Des modules de formation en médecine proposés notamment en *on-line* par Paris V ont pour objet d'éclairer le diagnostic de fragilité en combinant approches médicale et environnementale²¹. Il s'agit de mieux repérer les sujets en équilibre instable sur le plan de leur autonomie.

Même si la recherche médicale poursuit ses investigations dans ce domaine pour concevoir des outils simplifiés d'analyse, un certain nombre de patients qualifiés de fragile peuvent ainsi bénéficier d'un parcours de soins plus efficient, aussi bien sur les plans préventif et curatif.

Néanmoins, le système de santé reste encore trop orienté sur la prise en charge des effets induits par la dépendance et non sur la prévention des risques de fragilité qui permettrait de retarder l'apparition de la dépendance qui elle, une fois développée, est irréversible.

Pour les professionnels de santé, la mise en place d'une prise en charge préventive se limite à la capacité de se projeter dans un état de dépendance ou de santé qui se dégrade.

L'exploitation des indicateurs de la fragilité : les avancées qui font de la France une « boîte à idées » pour les instances européennes²²

²⁰ Loin de circonscrire la fragilité à une période de vie, voire de fin de vie, les acteurs institutionnels insistent sur une construction lente des fragilités de l'individu. Ainsi, il n'existe pas de personne âgée fragile, mais des individus ayant construit leur fragilité tout au long d'une vie, d'un parcours. Et plus qu'une fragilité, il est possible d'envisager un faisceau de fragilités individuelles qui s'exprime à un moment donné dans une situation donnée. La biographie des personnes se présente ainsi comme une clé de lecture pour la compréhension fine des situations de fragilités. *Cahier de recherche du CREDOC n°256, p. 21.*

²¹ Autres exemples de formations proposées par le Chu de Toulouse, cf. site.

²² Selon l'expression d'Anne Frémont-Vanacore, issue de son ouvrage *La France en Europe*, 2ème Ed. Armand Colin 2009-Cursus.

L'exploitation des indicateurs de la fragilité sont source d'interventions spécifiques, de croissance, d'emplois et d'économies.

L'analyse des indicateurs de la fragilité intègre à la fois la mesure de ressources individuelles mais également collectives. Globalement, les ressources individuelles incluent l'anxiété, le sentiment de perte de contrôle, les freins à la communication, la spiritualité. Les ressources sociales et communautaires ensuite s'appuient, quant à elles, sur les liens familiaux et de proximité. Enfin, les ressources du système de santé introduisent l'approche des intervenants, l'accessibilité aux services et la disponibilité des services.

A ce niveau, la caractérisation de l'état ou du processus de fragilisation des acteurs de terrain²³, mais également du territoire (en termes d'acteurs institutionnels ou associatifs) permet *a priori*, d'établir de possibles modalités d'interventions spécifiques afin d'accompagner le public ciblé.

Le diagnostic territorial de la fragilité tient compte d'une part de la répartition des 60 ans sur les zones rurales et urbaines du département ; il s'appuie d'autre part, sur les particularités de l'offre en termes de services à domicile sur les mêmes zones rurales et urbaines. Ce diagnostic qui se veut davantage géographique est complété par une enquête locale sur la perception culturelle de la fragilité²⁴ auprès des acteurs institutionnels et ou associatifs positionnés sur l'accompagnement de personnes âgées en situation de perte d'autonomie : services APA du Conseil général, services d'accompagnement social CARSAT, médecin conseil MAS, Mutualité Française, ADMR, EHPAD, CCAS, CLIC, CODERPA...

Les interventions spécifiques se mettent en place dans le secteur médical. Elles se sont également développées dans le champ de la protection sociale et de l'action sociale et médico-sociale.

Depuis septembre 2011, le Gérontopôle du CHU de Toulouse a mis en place un hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance.

Ainsi, les personnes âgées repérées comme potentiellement fragiles, y viennent sur indication de leur médecin référent, et bénéficient d'un certain nombre d'examen à l'issue desquels un plan personnalisé est établi par l'équipe médico-sociale. Un suivi est organisé à court, moyen et long terme toujours en lien avec le médecin référent.

²³ Acteurs investis sur la problématique de la perte d'autonomie du public âgé sur un territoire défini.

²⁴ Selon les acteurs institutionnels, « la fragilité ne tient pas à des éléments objectifs et prédictifs et peut donc apparaître ou non avant la dépendance ou parallèlement ou jamais, selon la perception qu'a la personne âgée d'elle-même. Il faut mesurer du subjectif plus que des faits, ce qui appelle une approche renouvelée de l'évaluation des personnes âgées. *Cahier de recherche du CREDOC n°256.*

Ce dispositif est le seul à ce jour en France à offrir cette prise en charge très innovante. Depuis son ouverture, environ un millier de personnes fragiles sur ce territoire a pu bénéficier d'une prise en charge. Ce Gérotopôle s'appuie sur des projets de recherche, un projet médical, mais également un projet culturel. Les équipes de recherche et les cliniciens s'investissent dans de nombreux programmes de recherche internationaux²⁵, de prévention et de promotion de la santé des personnes âgées.

Le CHU de Toulouse et le Gérotopôle ont créé un poste d'attaché culturel à temps plein afin d'intégrer le projet culturel aux projets de recherche et au projet médical. Ce volet culturel prend en compte les besoins psycho-sociaux et culturels du résident de manière à préserver le lien social et stimuler la mémoire. Les équipes soignantes sont associées à l'élaboration et à la mise en œuvre de ce projet culturel. Ce dernier fait l'objet d'une démarche qualité. De nombreux partenaires financiers le soutiennent : l'ARS, la Direction Régionale des Affaires Culturelles, la Fondation des Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, AG2R LA MONDIALE, Premalliance. Ce projet culturel affiche l'ambition de devenir une référence en France mais également en Europe.

La CARSAT, quant à elle, propose aux retraités ou à leur entourage, une autoévaluation en prévention qui mesure sous forme de quatre-vingt questions les atouts et faiblesses pour « bien-vieillir » et qui débouche sur un plan de prévention personnalisé.

Cette autoévaluation est extraite du programme ATOO Rhône-Alpes avec l'appui de son comité scientifique et de ses partenaires²⁶. Les sites internet des différentes CARSAT présentent une information interactive sur le bien vieillir en termes de projet, d'attitudes préventives, de santé, d'aides à la vie quotidienne et d'adaptation du logement.

Au niveau des collectivités territoriales, les pôles d'action gérontologique d'un certain nombre de CCAS, en lien avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination (C.L.I.C.) et les éventuelles Maisons pour l'Autonomie des Malades Alzheimer (M.A.I.A.)²⁷, sont dans des procédures d'amélioration de leur diagnostic de manière à mieux évaluer le degré de fragilité des personnes

²⁵ Les structures de recherche se situent au Centre de Recherche Clinique de la Grave et à l'Institut du vieillissement à la Faculté de médecine de Toulouse.

²⁶ Les trois objectifs du programme ATOO sont de promouvoir une démarche active du « vieillir autrement », créer une dynamique de prévention personnalisée et d'inscrire le passage à la retraite dans une continuité de vie. Extrait du Site : www.social-sante.gouv.fr.

²⁷ Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011, JO du 30.09.2011). L'ouverture d'une MAIA fait l'objet d'une autorisation de l'ARS.

âgées en difficulté ou en quête de renseignements concernant le maintien à domicile²⁸. L'analyse plus précise des besoins psychosociaux et environnementaux de la personne, permet de mieux articuler les différents intervenants des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Plus précisément, cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours en mutualisant et actualisant les bases de données, tout en réduisant les doublons en matière d'évaluation. La prise en charge proposée évite la rupture des interventions et améliore la lisibilité du rôle de chaque acteur par le biais d'une organisation partagée des orientations.

L'évaluation porte sur la situation de vie des personnes et se fait dans un premier temps, lors de la visite à domicile. C'est un moment clé qui permet d'avoir une vision générale des conditions de vie de la personne. Cette visite se fait conjointement avec l'assistante sociale et le médecin coordonnateur du pôle d'action gérontologique. Au cours de celle-ci, une évaluation médicale (tests gériatriques validés) et une évaluation sociale sont réalisées. Il s'agit de collecter des éléments qui seront utilisés pour l'élaboration de la stratégie d'intervention. L'objectif des professionnels est d'obtenir l'adhésion de la personne aux actions proposées.

Certaines situations dont le degré de complexité est important font l'objet de réunions spécifiques : les réunions de coordination pluridisciplinaire. Ces rencontres permettent à l'ensemble des intervenants professionnels de se réunir et d'examiner la situation de vie de la personne âgée à partir des indicateurs suivants : difficultés financières, isolement, mobilité, veuvage, distance géographique avec les proches, pathologie dégénérative, nature de la maltraitance. Ces réunions sont organisées à l'initiative de l'équipe médico-sociale. L'objectif est, dans la mesure du possible, d'anticiper l'entrée dans la dépendance. Les participants sont des représentants des services intervenant au domicile, des associations, des institutions, le représentant légal si la personne est un adulte protégé et des membres de l'équipe du C.L.I.C.

²⁸ Les CCAS ont développé un suivi des personnes vulnérables depuis la loi du 30.06.2004 (décret n°2004-926 du 1^{er} septembre 2004) qui confie aux maires, à titre préventif, le recensement des personnes âgées ou handicapées, résidant à leur domicile, afin de disposer en cas de canicule de la liste des personnes susceptibles d'avoir besoin de l'intervention des services sanitaires et sociaux. Un certain nombre de mairies ont délégué à leur C.C.A.S. le recensement de ces personnes, en cas de déclenchement d'un plan d'alerte par le Préfet du département. Le Plan d'Alerte est lié essentiellement à deux périodes : en été (plan Canicule), en hiver (Plan Grand Froid). Il peut également être déclenché lors de catastrophes naturelles (inondations, séisme, etc) ou de pandémies (grippe...). A ce niveau, le Service Action Gérontologique du C.C.A.S. a pour mission d'établir le registre nominatif des personnes isolées et vulnérables, d'en assurer le suivi et la mise à jour. L'inscription sur le registre peut être demandée par la personne elle-même mais aussi par un membre de son entourage (enfant, médecin, voisinage, amis...). Elle est soumise à l'accord de l'intéressé et fait l'objet d'une procédure spécifique.

La prise en compte de la fragilité des personnes âgées devient donc un enjeu majeur de santé publique. Elle remet en cause les systèmes de santé, leur organisation curative et les pratiques culturelles. Le concept de « fragilité » devient un outil intéressant dans une approche socio-économique de la perte d'autonomie et permet d'orienter les politiques de santé publique en direction de la prévention.

Selon Nicolas Sirven²⁹, chercheur associé à l'Irdes³⁰, l'intérêt d'évaluer la fragilité chez l'individu dans le cadre des politiques de santé publique et de solidarité est double. D'un part, il devient possible d'identifier au sein de la population générale à l'aide de tests physiques élémentaires ou de questionnaires sur les limitations fonctionnelles³¹, les situations à risque qui peuvent conduire l'individu repéré dans un état de dépendance. D'autre part, il devient envisageable de proposer en amont un plan d'aides qui puisse éviter la venue de l'incapacité, la retarder, ou encore en diminuer les conséquences irrémédiables.

L'approche par la fragilité fait l'objet de plusieurs projets de recherche interdisciplinaire, notamment en termes de causes et de conséquences économiques et sociales du processus de fragilisation des personnes âgées, dans le champ de l'efficience des politiques de protection sociale, mais également de l'efficacité du système de santé.

Ces études enrichissent l'approche purement médicale. Ainsi, l'Irdes s'appuie sur les enquêtes SHARES et ESPS³² pour produire d'une part de la connaissance appliquée sur les dimensions économiques et sociales des populations en perte d'autonomie, et d'autre part, élaborer et tester des méthodes de repérage par des outils statistiques afin de cibler des populations âgées vulnérables ou d'évaluer les actions mises en œuvre en leur faveur.

Les premières publications sur l'analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité issues des données du panel de SHARE et de celles d'ESPS 2012, montrent que le processus de fragilisation s'accompagne de difficultés financières (Sirven, 2012) dans un contexte de production d'iniquité en

²⁹ Economiste (MCF) au LIRAES Sorbonne Paris Cité, Université Paris Descartes, UFR de Droit-Economie-Gestion.

³⁰ Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

³¹ La mesure de la fragilité proposée suit le modèle Fried. Celui-ci repose sur cinq critères d'ordre fonctionnel. En restreignant son champ d'évaluation à la dimension physiologique, ce modèle gagne en cohérence et permet de distinguer la fragilité des comorbidités et de l'incapacité, in, *Questions d'économie de la santé n°184, février 2013.*

³² L'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (enquête SHARE) et l'Enquête santé et protection sociale (ESPS, produite par l'Irdes depuis 1998), dans laquelle un questionnaire spécifique pour les 50 ans et plus a été aménagé en 2012 pour aborder les aspects liés à la perte d'autonomie.

santé induit par le système de protection sociale³³. Dans le cadre d'une stratégie de ciblage des populations âgées fragiles, L'Irdes s'est rapproché de la Cnav pour construire un algorithme de détection des individus à risque de perte d'autonomie, en mobilisant les données individuelles contenues dans les bases administratives de l'assurance retraite³⁴ : il s'agit d'obtenir un score de fragilité estimé pour cibler les individus.

Le deuxième axe de recherche mené par l'Irdes et financé par la CNSA³⁵, cherche à mieux connaître la consommation de soins des personnes fragiles à partir des fichiers de l'Assurance maladie. Consécutivement, la part des dépenses d'assurance maladies entraînées par la fragilité est dissociée ainsi des dépenses liées à la prise en charge des maladies chroniques.

Enfin, le dernier axe de recherche examine les conditions d'existence et de développement du marché de l'assurance dépendance privée par le biais d'un questionnaire spécifique qui permet d'évaluer chez l'individu, sa capacité à réaliser un calcul économique prospectif susceptible de le conduire à souscrire une assurance dépendance privée bien avant le risque de perte d'autonomie ou de perception de ce risque.

Ainsi, le concept de fragilité élargi au-delà de sa seule dimension médicale débouche sur la mise en place d'interventions qui peuvent s'articuler dans les champs de la prévention, du parcours de soins, de la couverture sociale.

En juillet 2013, la Haute Autorité de Santé a justement conçu un modèle type de Plan Personnalisé de Santé (PPS) ; sa mise en œuvre a débuté en septembre et s'étale sur une durée de six mois. Le PPS concerne directement les « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), c'est-à-dire les personnes âgées en situation de fragilité ou atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques qui nécessitent l'intervention coordonnée de différents acteurs de proximité.

Vers une globalisation des politiques sociales européennes par le biais de la prise en charge de la fragilisation de la personne vulnérable.

³³ Comme le renoncement aux soins, le manque de couverture santé, l'accès à l'emploi, les périodes de chômage et le niveau de retraite, etc.

³⁴ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/ProgRecherche/ProgrammeDeRecherche.pdf>

³⁵ <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/ProgRecherche/ProgrammeDeRecherche.pdf>

Les interactions entre la politique de l'UE et les politiques sociales des pays membres permettent de faire évoluer l'action publique en matière de vieillissement actif, de financement des soins de santé et des retraites, d'affaiblissement de la solidarité intergénérationnelle, ou encore de la dépréciation de la contribution réelle et potentielle des seniors envers la société.

Un grand projet d'envergure internationale est à l'origine de la prise en compte de la question du vieillissement en Europe : le projet OMS « Villes-amies » des aînés, conçu lors du XVIIIème congrès mondial de gérontologie et de Gériatrie à Rio de Janeiro en Juin 2005³⁶. Parmi les trente-trois villes collaboratrices, seulement quatre villes européennes se sont investies : Genève, Londres, la Conurbation de la Ruhr (en Allemagne) et Udine (en Italie).

Une « ville-amie » des aînés s'engage dans un processus continu d'amélioration de l'environnement urbain participatif et accessible en direction des seniors ; cette plus-value apportée doit favoriser le vieillissement actif. La ville qui respecte le cahier des charges intègre de fait le Réseau mondial OMS (VADA)³⁷, et peut ainsi établir des liens entre villes du réseau, mutualiser des bonnes pratiques et bénéficier d'orientations techniques et de formations.

Le 6 septembre 2010, la Commission européenne a proposé de désigner l'année 2012 « année européenne du vieillissement actif » afin d'améliorer les possibilités d'emploi et les conditions de travail des personnes âgées et de les aider à jouer un rôle actif dans la société afin de promouvoir le vieillissement en bonne santé. Consécutivement, le prix européen 2012 sur le vieillissement actif et la solidarité entre génération a permis de valoriser les initiatives, notamment dans les domaines de l'entrepreneuriat social, des lieux de travail intergénération et de l'adaptation de l'environnement aux personnes âgées.

Cette confrontation des expériences et pratiques en direction du vieillissement actif, fait l'objet de rencontres internationales et européennes qui vont au-delà des questions budgétaires sur le financement des retraites et la prise en charge de la dépendance. En l'occurrence, la prise en compte de la fragilisation du retraité devient un choix politique.

La première réunion des VADA du réseau francophone a eu lieu à Dijon³⁸ le 1^{er} juillet 2013, en présence de la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie ; les différents

³⁶ Dans le cadre du vieillissement des populations urbaines, Alexandre Kalache et Louise Plouffe, du Siège de l'OMS à Genève, ont conçu le projet mondial « Villes-amies » des aînés.

³⁷ Réseau OMS Villes-Amies Des Aînés.

³⁸ En 2010, seulement deux villes françaises ont obtenu le label VADA, décerné par l'OMS.

travaux sur la thématique « d'une ville pour tous les âges » qui met en place une action publique transversale facilitant l'amélioration de l'habitat et de la vie quotidienne, servent, entre autres, de base au projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (« Loi autonomie »). Le plan national français Bien vieillir 2007-2009 (PNBV)³⁹ qui fait suite au Programme national Bien vieillir initié en 2003 et renforcé en 2005, s'inscrit dans les objectifs du projet multinational de trois ans « *Healthy Ageing* » lancé par le programme de santé publique de l'Union européenne en 2004⁴⁰. The « *Healthy ageing* » EU project 2004-2007 propose aux Etats membres d'établir des recommandations pour la politique de l'UE en matière de bien-vieillir basée sur un recueil de données qui s'alimente d'une veille documentaire répertoriant la littérature et les expériences institutionnelles orientées sur les problèmes liés à l'âge. Le dernier projet adopté en février 2012 par la commission européenne vise à prolonger de deux ans la durée de vie en bonne santé des Européens d'ici 2010 en renforçant notamment la compétitivité des entreprises par les échanges commerciaux et l'expansion vers de nouveaux marchés⁴¹.

Selon les projections démographiques d'Eurostat, les Européens vivent actuellement en meilleure santé et leur espérance de vie ne cesse de progresser. D'ici 2030, il n'y aura plus que deux personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans) pour subvenir aux besoins d'une personne retraitée (plus de 65 ans), au lieu de quatre personnes pour une aujourd'hui.

Les systèmes de protection sociale européens sont tous confrontés au phénomène de la fragilisation de la personne âgée au-delà de la construction sociale de l'âge (Bourdels, 1993 ; Caradec, 2001) et donc aux conséquences en termes de coût pour les systèmes de santé et de retraite.

Depuis cette dernière décennie, les Etats-providence européens ont cherché à répondre aux besoins des personnes âgées en suivant plusieurs pistes. Il s'agit de pérenniser les systèmes de protection sociale face à l'allongement de l'espérance de vie, au crash démographique, à la hausse du chômage et au départ en retraite des baby-boomers.

³⁹ Le plan national français Bien vieillir 2007-2009 propose une série de mesures dans le champ du dépistage et de la prévention en direction des seniors à partir de 55 ans. Il soutient le développement de comportement favorable à la santé, l'amélioration de la qualité et le renforcement du rôle social des seniors en consolidant les liens intergénérationnels.

⁴⁰ The "Healthy ageing" EU project pour 2004-2007 repose sur le principe suivant : "Le vieillissement sain est un processus qui vise à optimiser l'égalité des chances pour que la santé permette à des personnes plus âgées de prendre une partie active dans la société et d'apprécier une qualité de la vie indépendante et bonne".

⁴¹ http://ec.europa.eu/health/ageing/innovation/index_fr.htm

De leur côté, l'Allemagne et les Pays-bas ont introduit des assurances universelles qui couvrent les coûts des soins de longue durée en établissement ou les services à domicile. Parallèlement, l'Allemagne a mené une réforme de retraite qui incite à plus de capitalisation et à moins de répartition. L'objectif fixé à l'horizon 2029 est de faire passer l'âge d'obtention à la retraite de 65 ans (en 2012) à 67 ans⁴². Des subventions sont versées aux employeurs qui font des efforts en direction des salariés seniors. Consécutivement, le taux d'emploi des plus de 60-65 ans a atteint un niveau record au sein de l'UE. Les seniors qui souscrivent une assurance vieillesse complémentaire bénéficient d'avantages fiscaux.

En Suisse, pays présentant l'espérance de vie la plus élevée⁴³, les efforts sont essentiellement déployés dans le champ de la recherche et de la promotion de la santé. Les équipes de recherche en gérontologie ont tenté de mesurer sur un plan médical la fragilité des personnes âgées à l'aide d'un questionnaire qui évalue cinq champs de la fragilité : la mobilité, les capacités sensorielles, l'énergie, la mémoire et les troubles physiques. Sur un plan opérationnel, lorsqu'au moins deux champs sont défaillants, les patients font alors l'objet d'une prise en charge préventive en termes de risque de chutes, de maladies, d'incapacités fonctionnelles, de décès⁴⁴. Les groupes cibles des actions de promotion de la santé sont les aînés en bonne santé, les personnes pré-fragiles et les personnes fragiles qui rencontrent des difficultés dans leurs activités quotidiennes. Les priorités institutionnelles portent sur une collaboration efficace et une bonne coordination entre acteurs de manière à assurer la réussite des projets préventifs⁴⁵.

L'Autriche, quant à elle, a cherché à financer d'abord un système unifié d'indemnités pour les soins à partir de ses revenus généraux. Ce pays s'appuie sur un diagnostic socio-économique favorable en termes de bien-être matériel et de qualité de vie, avec une progression régulière du PIB par habitant qui se double de faibles inégalités de revenus, de normes environnementales élevées et d'un allongement de l'espérance de vie. L'OCDE salue dans son dernier rapport la création de compte retraite individuel⁴⁶. Néanmoins, le vieillissement de la population pourrait menacer la viabilité budgétaire du vaste système public de retraite qui a pourtant fait l'objet en 2005 d'une refonte en profondeur avec l'unification des systèmes auparavant morcelés, suivie d'une redéfinition des paramètres de cotisation et de pension, sur la base d'âges de départ à la retraite plus élevée et de

⁴² La durée de cotisation est fixée à 45 ans en Allemagne.

⁴³ Espérance de vie comparée au sein des 27 pays de l'UE, dernières données présentées sur le site Eurostat : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/.

⁴⁴ GUILLEY E., ARMI F., GHISLETTA P., LALIVE D'EPINAY C, MICHEL J-P., *Vers une définition opérationnelle de la fragilité*, Revue Médicale Suisse n°2459.

⁴⁵ http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls

⁴⁶ OCDE (2013), Etudes économiques de l'OCDE : Autriche 2013, Ed.OCDE.

périodes de cotisations plus longues. Les efforts restent à faire en direction de l'emploi des travailleurs âgés, de l'âge de départ à la retraite des femmes et des obstacles qui freinent l'accès au régime de retraite anticipée. La dernière réforme envisagée prévoit des économies en rapprochant l'âge effectif de la retraite à l'âge légal.

D'autres pays incorporent les soins à domicile et les prestations dans les politiques sociales en vigueur, par une couverture tantôt universelle, tantôt ciblée. La Finlande et le Royaume-Uni ont introduit, comme la France, de nouvelles prestations en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces prestations permettent aux personnes âgées en perte d'autonomie de se procurer des services ou, de payer directement une personne qui fournit de l'aide ou des soins. L'Italie utilise ce levier pour fournir une couverture sociale aux aidants issus de l'immigration.

In fine, parmi les objectifs annoncés des politiques des prestations en Allemagne, en Autriche, au Danemark, en Finlande, en France ou encore au Pays-Bas et au Royaume-Uni, se trouvent en premier celui du maintien à domicile des personnes âgées autant que possible. Cet effort de maintien nécessite une évaluation des besoins et une anticipation de l'entrée des personnes âgées dans la dépendance. Il s'agit d'un défi médical, social et financier que seule une politique soigneusement construite peut aider à relever de manière à limiter l'accroissement des inégalités sociales.