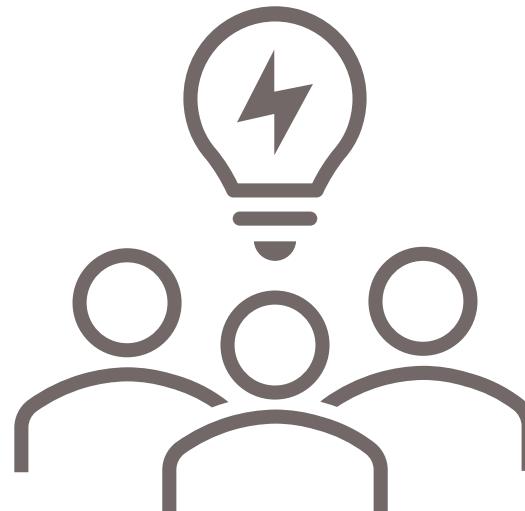




GRAND AGE | L'AUTO.SAISINE



Les étapes

1

LES CRSA – RAPPEL

2

QU'EST-CE QU'UNE AUTO-SAISINE ?

La CRSA et/ou les commissions spécialisées peuvent également s'autosaisir des sujets qui leur sembleraient préoccupant sur leur territoire. Selon l'article 8 sur règlement intérieur de la CRSA de la Nouvelle-Aquitaine, il est possible de mettre en place des groupes de travail inter-commissions afin de traiter au mieux un sujet en rassemblant toutes les expertises nécessaires, que ce soit des acteurs membres des instances mais aussi des personnes ressources externes à l'instance mais ayant sur le territoire une expertise sur le sujet.

3

LES TRAVAUX ANTERIEURS

Sur 2022/2023, la CRSA Nouvelle Aquitaine s'est saisie de la question de la **fin de vie**, dans la perspective d'alimenter les travaux en lien avec la constitution de la nouvelle loi en cours d'élaboration sur le sujet. La méthodologie employée (mobilisation des territoires – niveau CTS – autour du sujet puis régionalisation de la problématique) a permis de produire de manière collégiale un Manifeste.

L'expertise territoriale produite a aussi soutenu fin 2023 l'inscription de cette thématique comme grande cause régionale auprès de l'ARS NA.

Aux côtés des Agences Régionales de Santé, elles participent, par leur réflexion et leurs avis, à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé en région.



4

Ce travail a permis de faire émerger la problématique du grand âge.



En France, les personnes âgées (PA) de 60 ans et plus sont 15 millions avec une espérance de vie allant de 78,4 ans pour les hommes à 84,80 pour les femmes. Elles vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie. Seules 8% d'entre elles sont dépendantes et 20% des 85 ans et plus. On évalue l'âge médian de perte d'autonomie à 83 ans. 1,2 million des PA sont bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Elles sont régulièrement soutenues et aidées par leur proche (4,3 millions de personnes). Les dépenses publiques consacrées à l'autonomie des PA ont été estimées en 2010 à 24 Mds d'euros [1].

Selon l'INSEE, le nombre et l'espérance de vie des PA iront croissant [2]. En 2060, l'espérance de vie serait de 86 ans pour les hommes et de 91,1 ans pour les femmes et le nombre des plus de 85 ans passerait de 1,4 millions (aujourd'hui) à 5 millions. Cette révolution démographique a pu être soulignée dans le cadre du rapport du Haut-Commissariat au Plan mettant en avant la réalité et les conséquences de cette situation pour les années à venir [3]. C'est dans ce contexte que le gouvernement a présenté sa stratégie « Bien vieillir » [4] au regard de ces projections. Le gouvernement souligne que ce vieillissement de la population et la prévention de la perte d'autonomie qu'elle nécessite sont des défis que la société toute entière doit relever.

[1] Ministère du travail, de la Santé et des Solidarités, Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement – Personnes âgées les chiffres clés, Mise à jour au 21 décembre 2021

[2] Tableaux de l'économie française, Edition 2020, Insee

[3] Vieillissement de la société française : Réalité et conséquences, février 2023, Haut-Commissariat au Plan, 59p.

[4] Stratégie Bien Vieillir - Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années (solidarites.gouv.fr)

Du diagnostic et des travaux locaux

► LA REGION NOUVELLE AQUITAINE

- ▶ Une feuille de route « Silver économie », stratégie établie sur 4 ans concentrée sur 4 chantiers : l'innovation, l'aide au bien vieillir, la gouvernance locale avec une ouverture sur les modèles européens et les marchés internationaux, les cadres et les dispositifs de soutien

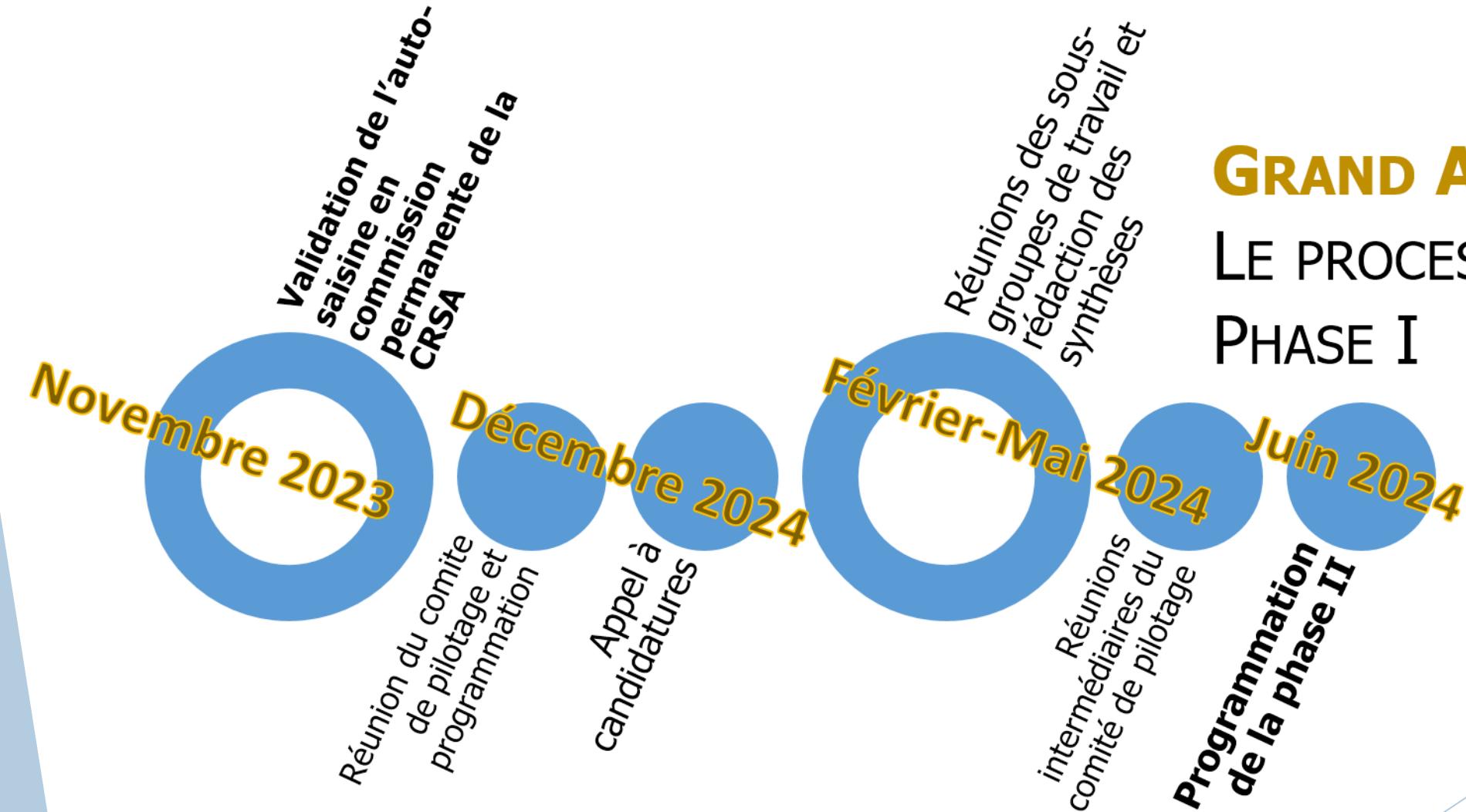
► LES MESURES ARS DANS LE CADRE DU PROJET REGIONAL DE SANTE 2023-2028

- ▶ Bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie (Chapitre 1.3.5 - p.27)
- ▶ Accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées dans le respect de leurs choix, lieux et habitudes de vie (Chapitre 2.2.2.5 - p.83)
- ▶ Stratégies à développer ou à renforcer (actions phares du PRS) :
 - ▶ déploiement des centres de ressources territoriaux (CTR) - EHPAD et des services à domicile
 - ▶ préservation de l'autonomie des personnes âgées via le programme ICOPE

► LES TRAVAUX DU GERONTOPOLE ET DE L'ORS en Nouvelle-Aquitaine

- ▶ Le Gérontopôle (recherche & innovation axes : Prévention, promotion d'un vieillissement actif, formation des personnels, accompagnement des PA dans leurs décisions) : Mise à disposition d'outils, guides, annuaires et publications centrés sur la région
- ▶ L'Observation Régional de Santé avec études des problématiques liées au vieillissement : Fiches synthétiques à différents niveaux territoriaux

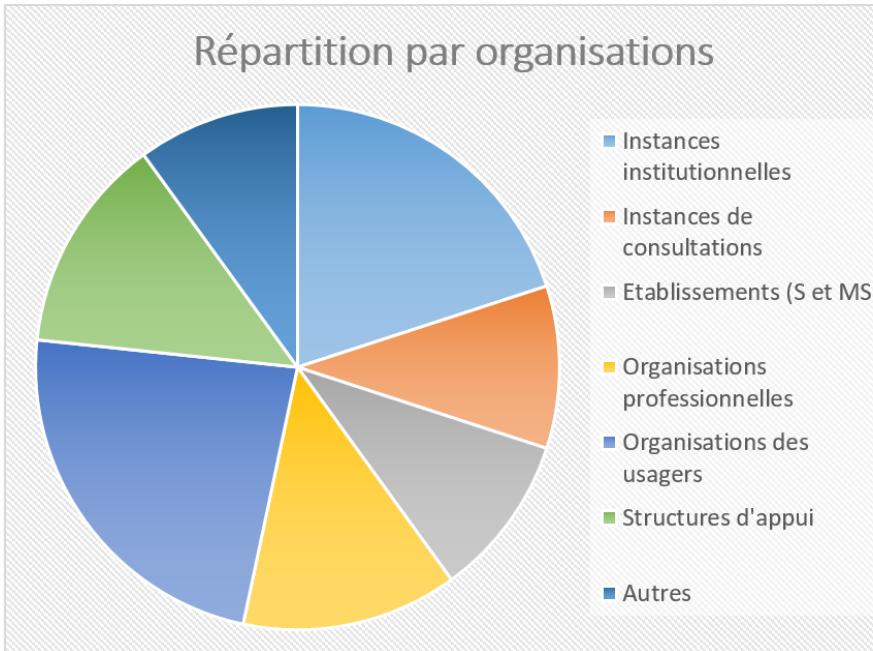
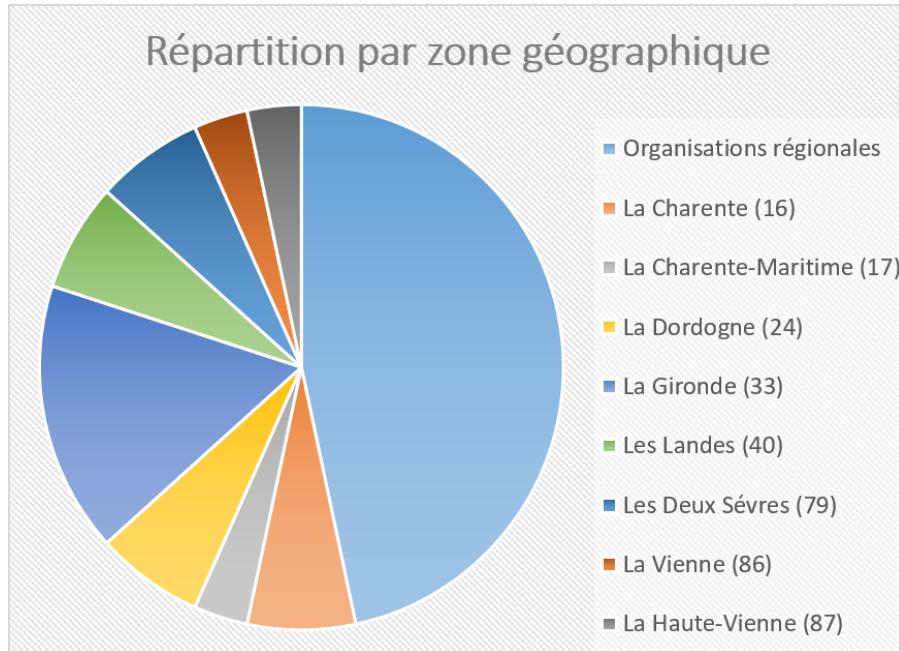
GRAND AGE | LE PROCESSUS PHASE I



Processus & méthode

- ▶ **5 sous-groupes autour de 5 enjeux** : le sanitaire, le médico-social, la prévention de l'autonomie, les questions financières et les enjeux sociétaux
- ▶ **Réunion de 1h (12h/13h) autant que nécessaire**
- ▶ **Pour chaque sous-groupe**, explorer :
 - ▶ L'examen collectif des attendus
 - ▶ Les forces et les faiblesses identifiées
 - ▶ Le recensement des auditions nécessaires
 - ▶ Les pistes de recommandations à explorer
 - ▶ Le calendrier & l'identification des rapporteurs
- ▶ 38 personnes candidates, représentants 28 organisations (département & région) de tout le territoire Néo-aquitain
- ▶ **48 participants – 12 reunions**
- ▶ **Deux sous-groupes fusionnés** :
 - ▶ **enjeux sociétaux et financier**





UNE RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE &
EN INSTANCES ÉQUILIBRÉE

Les contributeurs/trices :

Célia Monseigne (Conseil Départemental – CD.33), Muriel Mathonnet (CHU Limoges), Salima Sensou (CD.40), François Loiseau (TRËMA), Danielle Boizard & Bertrand Rouzade (Fédération Nationale des Associations de Retraité.es - FNAR), Pierre Malterre (Conseil Territorial de Santé – CTS.24), Audrey Rouchaud & Julien Giraud (Observatoire Régional de Santé NA), Josiane Shipley (Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie – CDCA.16), Marie-Christine Genet & Geneviève Demoures (France Alzheimer), Fabrice Couraud & Bastien Forsans (Service Départemental d'Incendie et de Secours – SDIS.16), Michel Chapeaud (AFD.33), Fabienne Chauviré (AvecSanté), Justine Warmez (Fédération Hospitalière de France FHF & Ehpad Résidence les Landes), Corinne Llevel, Jean-Luc Pefferkorn, Marion Bru, Violaine Veyriras (Fédération des Dispositifs d'Appui à la Coordination - FéDAC), Caroline Vicaigne, Marik Fetouh, Marc Bouyssou, Sylvain Rodet (Union Régionale des Professionnels de Santé - URPS Masseur Kinésithérapeute NA), Philippe Roca (Union Nationale de familles et ami.es de personnes malades et handicapées psychique - UNAFAM), Jean-Marie Baudouin & Françoise Talbot (CTS.79), Céline Fouchet, Gaëlle Tempereau, Jennifer Maucourt (Promotion Santé NA), Muriel Bouin (Gérontopôle NA), Véronique Hammener (Bordeaux Métropôle), Christiane Millien (AIDES), Robert Reynaud (Mutualité Française NA), Jean-Luc Delabant (URPS Médecins Libéraux NA), Robert Tessier (Caisse Primaire d'Assurance Maladie - CPAM de la Vienne), Sylvie Renaudin (CD.79), Nicolas Bourguignon (Fédération des Acteurs de la Solidarité - FAS), Nadège Dubernat (Conseil de Région NA), Christiane Dulong (Communes rurales de Gironde), Maryse Montagnon (Fédération Nationale des Aidants et des Accueillants Familiaux – FNAAF), Dany Guérin (Union Nationale des Professions Libérales – UNAPL, CTS & DAC 33).



Les membres du comité de pilotage

Benjamin Gandouet, Président de la CSP, Directeur du CRCDC

Jean-François Cornet, Membre du CTS33 et de FAS

Carine Quinot, Présidente de la CSDUS, Elue de la commune de Seignosse

Michel Laurent, Membre de la CRSA et du CESER

Jacqueline Taliano, Présidente de la CSPAMS, VP de l'APEI, CDCA.24

Travaux réalisés avec le soutien de l'association d'appui logistique à l'action de la CRSA et des CTS en Nouvelle-Aquitaine

GRAND AGE |

LES RÉSULTATS



- ▶ **L'âge ne doit pas être un critère exclusif** cadrant la définition fonctionnelle de l'autonomie
- ▶ S'inscrire, quel que soit l'âge, dans une **logique de repérage** (évaluation de la perte d'autonomie, coordination des acteurs pour solutionner les situations)
- ▶ **Renforcer le lien ville/hôpital** avec des PEC spécifiques en lien avec des dispositifs adaptés (avec RH ayant une expertise de la personne âgée)
- ▶ **La formation** (AAD, services d'urgence) : manque de connaissances/compétences sur les maladies neurodégénératives = déficit de la qualité de la PEC
- ▶ Nécessité d'**aborder cette question sous l'angle des parcours de santé/soins**, en intégrant l'évolution de la perte d'autonomie liée à l'âge du sujet
- ▶ **Un décryptage autour des offres** (dispositifs) **et demandes** (besoin des sujets/classes d'âges) nécessaire
- ▶ **Analyser les motifs de renoncement** alors que des solutions sont possibles



Les enjeux sanitaires

Médico-sociaux



- ▶ Importance d'**aborder cette notion sous l'angle des parcours**, en intégrant la question « sanitaire »
- ▶ **Affirmation que le « virage domiciliaire » ne peut se réaliser que si les ressources humaines sont présentes**
- ▶ Attractivité des métiers, mobilisation des élus locaux, accompagnement des aidants, organisation et la coordination des professionnels : **les points de vigilance**
- ▶ **Une coopération entre professionnels intervenants** essentielle **sans écarter la place des aidants** et leurs rôles
- ▶ **La formation des acteurs est primordiale** (au domicile ou en établissements) pour mieux agir auprès des personnes et être dans un rôle d'alerte efficace
- ▶ Les trois termes conjoints à cette réflexion seraient : Parcours/Coopération/Formation.
- ▶ **Un ensemble de dispositifs** et de stratégies existants efficaces mais des **interrogations sur leur lisibilité et leur visibilité** auprès de tous

Préventifs

- ▶ Se poser cette question, c'est prendre conscience de notre propre vulnérabilité
- ▶ La question du Grande Age ne se résume à une question numéraire. **La prévention de la perte d'autonomie et son repérage précoce sont centraux**
- ▶ Pour le maintien du pouvoir d'agir des personnes, il y a **des ressources** (structures, méthodes, acteurs clés) mais **non accessibles par tous et peu lisibles**
- ▶ **Importance de déterminer les territoires où il serait nécessaire d'agir en priorité**, notamment ceux où il y moins de professionnels de santé
- ▶ Prendre en compte **l'isolement des personnes, facteur aggravant les risques**
- ▶ Après le repérage des alertes, la question de **la gestion des parcours et la coordination des acteurs restent centrales** – en intégrant la question de la place des aidants.
- ▶ Plus globalement, les échanges permettent de s'interroger sur **les simplifications qu'il serait nécessaire de mettre en œuvre** (déceler les outils pour rendre plus agile les constats et les accompagnements, faciliter l'utilisation des ressources existantes)

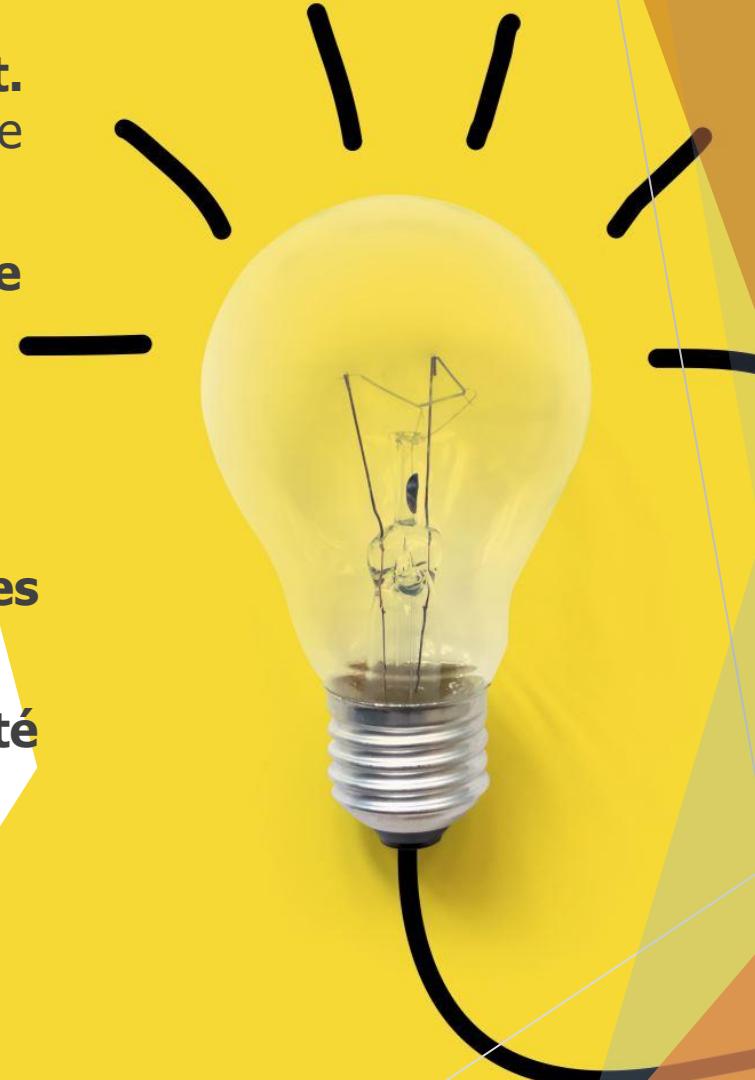
- ▶ **Des enjeux consécutifs de la résolution des enjeux précédents**, voir concomitants à ces derniers
- ▶ Sur l'enjeu sociétal, **importance de réfléchir à une société inclusive du GA**, qui prends en compte le respect du choix des individus, qui les intègrent dans une vie citoyenne
- ▶ Met en lumière **les problèmes de communication entre professionnels qui a un impact non négligeable sur les aidants**, comme la question de l'isolement qui est provocatrice de difficultés
- ▶ Il faut aussi **travailler sur le parcours résidentiel qui génère beaucoup d'anxiété, beaucoup d'émotions** dans la transition domicile/établissement
- ▶ **L'implication des collectivités territoriales est essentielle**, notamment pour organiser la synergie entre toutes ces stratégies, les possibilités et ses acteurs
- ▶ **L'enjeu financier pose l'accès aux ressources, l'adaptabilité aux logements, aux mutuelles, l'appauprissement des aidants**



Sociétaux et financiers

En résumé

- ▶ **Attention à ne pas agréger : perte d'autonomie et avancée en âge – Cela n'est pas toujours concomitant.**
Il faut donc avoir une attention particulière sur le repérage de la perte d'autonomie quel que soit l'âge et le contexte.
- ▶ **Des éléments externes à la problématique vecteurs de risques dans la prise en charge :** déficit de coordination entre les acteurs (sanitaire et/ou médico-social), pro et citoyens, niveau de formation faible sur cette thématique, l'articulation entre les dispositifs (ville et/ou hôpital)
- ▶ **Des risques augmentés quand d'autres problématiques s'accumulent** (isolement, ressources financières...)
- ▶ Il existe **des solutions mais leur visibilité et leur lisibilité par le plus grand nombre ne sont pas acquises**
- ▶ Les ressources financières peuvent ne pas être identifiées comme à la hauteur des défis à relever
- ▶ **Nécessité d'aborder cette question sous l'angle des parcours** en intégrant une dimension préventive et penser notre société comme plus inclusive sur cette question



GRAND AGE | LA PHASE II

12 réunions
ont mis en avant la nécessité d'auditionner des acteurs locaux



Juin/juillet
Construction des outils
Planification des auditions

Sept
Validation du processus et des auditions

Oct/Déc
Mise en œuvre des auditions

Début 2025
Elaboration des synthèses pour la rédaction du Manifeste

► Points forts de la démarche

- Une démarche soutenue et portée collégialement par 3 CS dans un processus appuyé par la CRSA dans son ensemble
- Une belle mobilisation, beaucoup d'échanges et de productions d'analyse sur cette première étape
- Un soutien technique avec l'association d'appui

► Points de difficultés actuels

- Le choix des auditions possibles et l'angle d'attaque (auditions transversales et/ou par sous-groupes thématiques)
- L'application de la loi « Bien vieillir » dans le contexte actuel et l'articulation avec le travail de réflexion en cours
- La mobilisation des premiers concernés (PA et aidants)

► 2 axes de réponse en complément de la rétroplannification

- L'organisation d'une journée citoyenne (2024) portée par la CSDUSS pour agrémenter les constats établis par la parole des personnes
- L'organisation (début 2025) d'une journée réunissant l'ensemble des parties-prenantes impliquées pour finaliser le Manifeste

Eléments de bilan



Auto-saisine « Grand Age »

Merci de votre attention