

GRAND AGE

L'AUTO.SAISINE



1

LES CRSA – RAPPEL

Elles sont les instances consultatives dites de démocratie sanitaire ou en santé, composées de plusieurs collèges au sein desquels sont représentés différentes parties prenantes et dont les membres sont nommés pour 5 ans. Elles ont été établies dans le cadre de la loi HPST de 2009 et font suite aux Conférences Régionales de Santé existantes depuis la loi d'août 2004. Chaque CRSA met en œuvre des assemblées plénières et est composée de manière réglementaire d'une Commission Permanente (CP) et de différentes commissions spécialisées : Prévention (CSP), de l'Organisation des soins (CSOS), des Droits des usagers du système de santé (CSDUSS), pour la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux (CSPAMS).

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.

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

La CRSA est régulièrement saisie par son ARS comme cela est défini dans le cadre de la santé publique pour donner un avis sur différents sujets (Avis sur les Projets Régionaux de Santé, sur le Fonds d'Intervention Régionale, sur le Zonage des professionnels de santé). Les commissions spécialisées sont associées à la production de ces avis.

2

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.



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 \(solidarites.gouv.fr\)](#)

LES TRAVAUX ANTÉRIEURS

3

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.

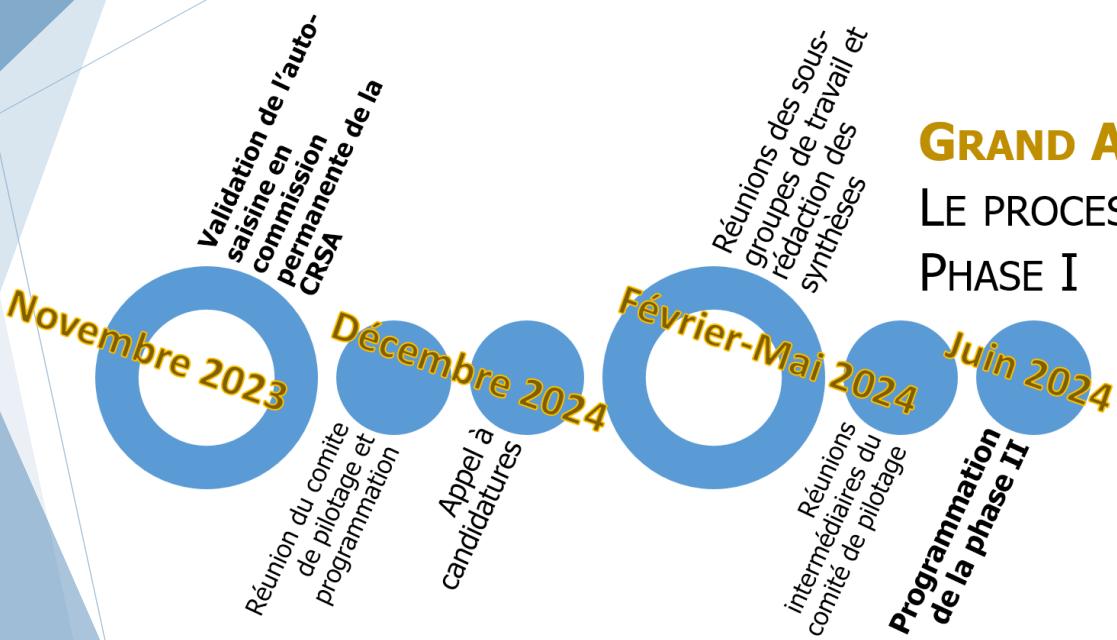
4

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

GRAND AGE |

LE PROCESSUS

PHASE I



THÉMATIQUES ET MÉTHODOLOGIE

5 sous-groupes ont été proposés autour de 5 enjeux : le sanitaire, le médico-social, la prévention de l'autonomie, les questions financières et les enjeux sociétaux.

De manière méthodologique, les sous-groupes ont eu pour mission d'explorer les axes suivants :

- L'examen collectif des attendus du sous-groupe,
- Le recensement des auditions nécessaires à réaliser en fonction du sujet du sous groupe,
- Les forces et les faiblesses au regard de la thématique évoquée dans le sous groupe,
- Les pistes de recommandations à explorer dans le cadre des travaux,
- Le calendrier & la définition des rapporteurs du sous-groupe.

L'APPEL À CANDIDATURES

A l'issue de l'appel à candidatures, 38 personnes se sont portées candidates sur les 5 thématiques proposées. Elles représentaient sur le territoire 28 organisations différentes ayant des dimensions régionales et/ou départementales. Au regard des taux de participations, les thématiques « enjeux sociétaux » et « enjeux financiers » ont été fusionnées, ne générant plus que 4 sous-groupes de travail. Les rencontres ont eu lieu en distanciel de 12h à 13h sur la période de février à fin mai 2024 sur une fréquence allant de 2 à 4 rencontres.

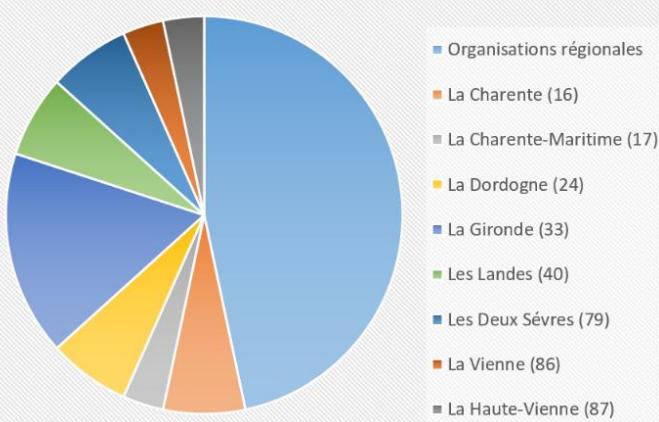
L'ÉVOLUTION DURANT LE PROCESSUS

- Une personne a retiré sa candidature
- De nouveaux contacts se sont inscrits en cours de processus
- Toutes les personnes qui ont candidaté ont participé à au moins 1 rencontre
- Les taux de participations à chaque groupe ont varié de 3 à 14

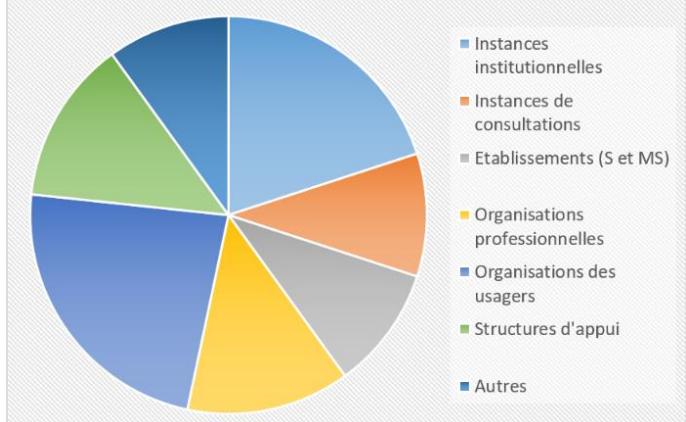
48 personnes

se sont mobilisées sur le sujet (animateurs et appui technique compris)

Répartition par zone géographique



Répartition par organisations



LES ENJEUX SANITAIRES (3 CONCERTATIONS)

Les membres du sous-groupe se sont accordés sur le fait que dans le cadre de la définition fonctionnelle de l'autonomie, l'âge ne doit pas être un critère exclusif mais que la problématique doit s'inscrire dans une logique de repérage quelque soit l'âge, l'évaluation de la perte d'autonomie produite et la coordination des acteurs pour résoudre la contrainte rencontrée. Qu'au regard de l'expertise des acteurs, établie sur l'exposition de situations concrètes, il y avait nécessité de renforcer le lien entre la ville et l'hôpital parfois avec des prises en charge spécifiques en lien avec des dispositifs adaptés (expertises sur la prise en charge de la personne âgée). Les notions de formation dans ce domaine (des aides à domicile par exemple ou des intervenants des services d'urgence), avec parfois un manque de connaissances voir de compétences sur les maladies neurodégénératives, a été souligné, ce point entraînant un déficit de qualité dans la prise en charge. La notion de prévention se doit également d'être au cœur des réflexions. Il est donc nécessaire d'aborder cette question sous l'angle des parcours de santé/parcours de soins dans le champ du Grand Age, en intégration l'évolution progressive qu'est la perte d'autonomie liée à l'âge du sujet. Un décryptage autour des offres (dispositifs) et des demandes (besoin des sujets en fonction des classes d'âges) est donc nécessaire. Analyser également les motifs de renoncement alors que des solutions sont possibles est tout aussi primordial.

GRAND AGE | LES RÉSULTATS



LES ENJEUX MÉDICO-SOCIAUX (4 CONCERTATIONS)

Alimenté à la fois par différentes ressources mis à disposition mais aussi des expériences vécues par les acteurs, le maître mot est sans contexte l'importance d'aborder cette notion sous l'angle des parcours, en intégrant de manière récurrente, la question du sanitaire et du social. Si le « virage domiciliaire » se déploie (classifié parfois comme injonctif, voir contreproductif dans certaines situations), il ne peut se réaliser que si les ressources humaines sont présentes, posant à la fois la question de l'attractivité des métiers, la mobilisation des élus locaux, l'accompagnement des aidants, l'organisation et la coordination des professionnels. Cette coopération entre professionnels intervenants est essentielle, mais elle doit se faire sans écarter la place des aidants et leurs rôles. La question de la formation des acteurs est alors primordiale (que ce soit au domicile ou en établissements) pour mieux agir auprès des personnes mais aussi être dans un rôle d'alerte qui soit efficace. Les trois termes conjoints à cette réflexion seraient alors : Parcours/Coopération/Formation. Comme pour le groupe « enjeux sanitaires », a pu être relevé un ensemble de dispositifs et de stratégies pour rendre efficaces les accompagnements dans ce domaine. Cependant, des interrogations demeurent sur leur lisibilité et leur visibilité, autant pour le public que pour les professionnels. Ce groupe a aussi mis l'accent sur la question des aidants mais aussi sur l'évaluation que pourraient avoir les publics cibles et les aidants sur l'organisation existante.

LA PRÉVENTION DE L'AUTONOMIE (2 CONCERTATIONS)

Se poser la question de la prévention de l'autonomie questionne la prise de conscience que nous pouvons avoir de notre propre vulnérabilité. La question du Grande Age ne doit pas se résumer à une question numéraire. La prévention en amont de la perte d'autonomie et celle du repérage précoce sont donc centrales. Concernant le maintien du pouvoir d'agir des personnes, il y a de la ressource sur le territoire et notamment des structures, des méthodes et des acteurs clés mais ils semblent ne pas être accessibles à toutes et tous sur le territoire et leurs lisibilités n'est pas toujours acquises. Il serait peut-être important 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, est fondamental. 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 agiles les constats et les accompagnements, faciliter l'utilisation des ressources existantes).

ENJEUX SOCIÉTAUX ET FINANCIERS (3 CONCERTATIONS)

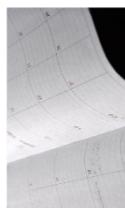
Sur cette thématique jumelée, le groupe a pu avoir des difficultés à se prononcer, les enjeux étant consécutifs de la résolution des enjeux précédents, voir concomitants à ces derniers. Pour autant, sur l'enjeu sociétal, il semblerait important de réfléchir à une société inclusive du GA, qui prend en compte le respect du choix des individus, qui les intègrent dans une vie citoyenne. Cela met en lumière les problèmes de communication entre professionnels qui ont 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 sur ce point, notamment pour organiser la synergie entre toutes ces stratégies, les possibilités et ses acteurs. L'enjeu financier pose, lui, l'accès aux ressources, l'adaptabilité aux logements, aux mutuelles, l'appauvrissement des aidants.

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

EN RESUME

Différents sujets ont été au cœur des débats : l'évaluation de la perte d'autonomie, son réparage, le fait que l'âge ne soit pas un critère exclusif de l'analyse de cette perte. Cette dernière peut subvenir bien avant les 80 ans que l'on considère comme l'âge d'entrée dans le « Grand Age ». Quel que soit les enjeux traités par les groupes, la coordination entre les acteurs, le lien entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social, la formation des intervenants et des proches, les ressources humaines, tous ces points sont autant d'écueils soulignés par les participants comme vecteurs de risques dans la prise en charge du « Grand Age » et des personnes concernées, notamment quand des problématiques de santé s'accumulent à d'autres problématiques (financière, isolement, etc...). Il existe bien des solutions qui relèvent parfois de dispositifs légaux, d'applications nationales d'amélioration de la prise en charge ou à des fins de recherche, parfois produites par les acteurs eux-mêmes localement face justement aux manques de solutions. Mais leur visibilité et leur lisibilité par le plus grand nombre ne sont pas acquises. Les échanges en sous-groupes ont notamment permis aux participant.e.s d'élever pour certain.e.s leur niveau d'information. Les défis sont donc nombreux et les ressources financières peuvent ne pas être identifiées comme à la hauteur de ces derniers. Il serait nécessaire d'aborder cette question sous l'angle des parcours en intégrant une dimension préventive et penser notre société comme plus inclusive sur cette question. A ce stade, les membres des groupes ont estimé que des auditions seraient nécessaires pour affiner le diagnostic.

GRAND AGE | LA PHASE II



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

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 Métropole), 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 CTS.33 et de FAS

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

Michel Laurent, Membre de la CRSA, du CESER, de la CDCA.33

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

