

## **Audition *Prévention et bien vieillir***

### **Vendredi 7 décembre 2018**

Pour une bonne prise en compte de la prévention en santé et une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie, Générations Mouvement propose que celles-ci soient intégrées dans un parcours de vie comptant quatre étapes essentielles :

1. fin de la carrière professionnelle et préparation à la retraite
2. vie à domicile sans aucune incapacité
3. vie à domicile avec l'apparition des premiers signes de perte d'autonomie
4. vie en établissements ou à domicile avec prise en charge de la perte d'autonomie.

Tout au long de ces quatre étapes, des actions de prévention et de bien vieillir peuvent être organisées et proposées avec pour objectif premier le maintien de la plus grande autonomie possible, le respect de la personne et de ses choix et la reconnaissance de sa dignité.

Un guide des pratiques et des actions de terrain pourrait être élaboré afin de partager les expériences et les adapter éventuellement à une autre région, même les différencier selon les milieux urbains et ruraux.

Générations Mouvement rappelle que la prévention de la perte d'autonomie devrait faire partie intégrante d'une politique globale de prévention coordonnée tout au long de la vie d'une personne, de l'enfance au grand âge.

Elle insiste également sur l'importance de revaloriser l'action des bénévoles qui, au sein des associations, s'investissent sans compter pour créer du lien social et pour développer des relations entre les générations. Le lien social et le lien intergénérationnel sont des atouts essentiels pour la prévention, l'information (existence des différentes structures, des possibilités d'aide...), la compréhension entre générations, l'entraide et la cohésion sociale.

#### **1- fin de la carrière professionnelle et préparation à la retraite**

- généralisation des sessions de préparation à la retraite et intégration d'un large volet lié à la promotion de la santé, la prévention, au bien vieillir et à la perte d'autonomie (donner une place dans ce dispositif aux associations de retraités qui peuvent témoigner de l'expérience de leurs membres).

## 2- vie à domicile sans incapacité

- importance du lien social et de son maintien grâce, notamment, aux associations, dont Générations Mouvement, par le biais des très nombreuses actions proposées aux adhérents (activités physiques, culturelles, artistiques, informatiques, touristiques, fêtes et rassemblements, concours...) : autant d'occasions de se rencontrer, de créer du lien social, de donner envie aux personnes de sortir de chez elles et de maintenir ainsi tout Homme en projet car *un Homme en projet est un Homme en devenir*.
- importance des activités physiques et cérébrales (remboursement de certaines activités physiques par les compléments santé, généralisation de prescriptions par les médecins ?)
- sensibilisation à l'aménagement du domicile et à son anticipation afin d'éviter toute décision prise dans l'urgence, souvent à la suite d'un accident domestique
- valorisation des structures et associations œuvrant dans ces domaines : activités physiques adaptées (Siel bleu), activités cognitives (Dynseo) téléassistance (Présence verte), ateliers du bien vieillir et de réactivation cérébrale (Asept), adaptation du logement (Indépendance Royale), prévention des risques domestiques (Groupama), prévention routière et prévention des « arnaques » (gendarmerie), accès aux vacances pour les plus démunis (ANCV)
- repérage des personnes isolées ou seules afin de limiter les risques d'une plus grande rupture sociale en cas de perte d'autonomie
- renforcement et soutien des actions locales dont l'objectif est d'améliorer l'environnement et la mobilité (accès aux services et aux soins : co-voiturage, aide au transport comme Car47, services itinérants, maisons de santé, télémédecine ; défenses des commerces de proximité ; accès au numérique et lutte contre les zones blanches)
- développement de l'apprentissage aux nouvelles technologies (tablettes, smartphones, internet...) pour favoriser les communications à distance, sensibiliser à la protection de ses données...
- développement de l'éducation thérapeutique du patient ayant une ALD qui devrait évoluer vers une éducation à la santé pour tous prenant en compte les facteurs spécifiques liés à l'avancée en âge (audition, vision, médication...).
- soutien au développement de la e-prévention, de la télémédecine, des maisons de santé et de l'accès aux pharmacies.

Pendant toute cette période, il est essentiel que les retraités disposent d'une complémentaire santé de qualité afin de ne négliger aucun soin. Une mesure simple permettrait aux retraités de bénéficier de ce dispositif : la déductibilité fiscale de cette complémentaire santé dont le montant annuel atteint fréquemment 1 500 € par personne. Les retraités non imposables bénéficieraient d'un crédit d'impôt. Cette mesure d'équité par rapport aux actifs pourrait entrer en vigueur progressivement.

### **3- vie à domicile avec l'apparition de premiers signes de perte d'autonomie nécessitant :**

- une meilleure organisation des interventions à domicile prenant mieux en compte l'environnement de la personne
- d'être particulièrement vigilant sur l'accès des personnes les plus vulnérables aux médicaments afin d'éviter la iatrogénie et la prise abusive de médicaments (donner la possibilité aux pharmaciens et aux infirmier(e)s d'une prestation à domicile une fois par an pour vérifier l'armoire à médicaments)
- de faire évoluer la grille permettant de déterminer le GIR ; grille qui ne prend pas assez en compte l'environnement de la personne
- d'être vigilant sur une possible dénutrition : perte de l'appétit lié à l'âge d'où la nécessité de favoriser le portage des repas à domicile qui sont équilibrés (élaborés par une diététicienne) et souvent copieux ; ce qui permet de disposer d'un diner
- d'être référencé comme acteur par les Préfectures dans le cadre des plans canicules déclenchés en été
- de préparer la personne et son entourage à une aggravation de la perte d'autonomie (renoncement à la voiture, aménagement du domicile) et à une éventuelle entrée en établissement
- de permettre des solutions transitoires pour s'adapter à l'établissement (court séjour pour des personnes isolées par exemple en hiver ou pendant les vacances de leurs proches, ou pour les personnes aidées pour permettre le répit des aidants)
- de favoriser les petites unités de vie intermédiaires entre le domicile et l'Ehpad (à l'image des Marpa)
- une plus grande sensibilisation aux actes de maltraitance (financière et psychologique)
- un soutien plus important aux aidants familiaux et la reconnaissance d'initiatives, comme le baluchonnage que la loi du travail doit prendre en compte dans ses évolutions

- une plus grande reconnaissance du bénévolat, en particulier de tous les bénévoles formés qui s'engagent dans des réseaux de visiteurs à domicile (Monalisa) - ex : visites régulières de 2 heures environ / semaine ou quinzaine

#### **4- vie en établissements ou à domicile avec prise en charge de la perte d'autonomie**

- maintien des activités pour retarder la perte d'autonomie et pour préserver la dignité des personnes (notamment la station debout – cf Humanitude)
- renforcement du lien social en s'appuyant en particulier sur l'engagement des associations
- incitation pour ouvrir les ateliers des établissements à l'extérieur afin de favoriser les relations entre résidents et habitants.

Aux étapes 3 et 4, il est essentiel que les personnes âgées soient représentées dans les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) par des représentants (RU) issus d'associations agréées en santé, les seules à même à prendre correctement la défense de leurs intérêts ; ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. En effet, les « RU personnes âgées » des CRSA sont désignés par les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). Or, très souvent, les personnes choisies relèvent d'une organisation syndicale de retraités qui ne peut pas disposer de cet agrément compte-tenu de sa situation, par nature, en conflit d'intérêt. Les RU personnes âgées doivent être issus du collège associatif de ce même CDCA.

Dans tous les parcours de vie et plus particulièrement dans la médecine ambulatoire et les Ehpad, la personne concernée ne peut être représentée comme peut l'être l'utilisateur des établissements hospitaliers grâce aux représentants des usagers (bénévoles d'associations agréées). En médecine de ville, les patients n'ont aucun représentant pour faire entendre leur voix en cas de dysfonctionnement. De même, en Ehpad, les Conseils de vie sociale sont composés des résidents et de leurs familles, ce qui amène très souvent à taire les problèmes de peur de représailles éventuelles. Dans ces deux domaines, à l'exemple du domaine sanitaire, les représentants des usagers des associations agréées devraient pouvoir être nommés et intervenir (dans une instance à imaginer pour la médecine de ville et au sein des CVS à faire évoluer).