

# Perspectives pour un vieillissement en Santé

## Prospects for Healthy Aging

Françoise CAPRIZ<sup>1</sup>, Morgan MILANO<sup>2</sup>, Laurent BAILLY<sup>3</sup>, Sandra M'MADI<sup>1</sup>, Olivier GUÉRIN<sup>4</sup>, Christian PRADIER<sup>3</sup>

### RÉSUMÉ

Les récentes perspectives démographiques de 2015 confirment le vieillissement marqué de notre société française, mais également ses disparités selon les générations et le sexe. Notre révolution démographique marquera un coup de frein avec l'arrivée dans les âges extrêmes des baby-boomers. Il nous faut travailler sur l'espérance de vie en santé, notamment pour les plus âgés (après 80 ans), nouveau défi sociétal. Il nous faut aussi revoir notre représentation de la vieillesse à travers les images, les mots et les seuils d'âge. Les modèles conceptuels nombreux peuvent se retrouver dans le modèle québécois présenté ici dont les principaux axes d'intervention, au nombre de neuf, permettent de maintenir ou d'améliorer la santé des personnes âgées dans ses dimensions physique, mentale, cognitive et sociale. Il est pertinent de par sa vision globale, et il est compatible avec l'énoncé de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et les stratégies qui y sont préconisées. Nous présentons dans ce contexte un exemple de déclinaison opérationnelle : le modèle de prévention de la perte d'autonomie de l'Espace Partagé de Santé Publique (EPSP) dans les Alpes-Maritimes qui s'intègre dans le parcours de vie des seniors : environnement de vie favorable au « mieux vieillir » (4S), réseau de service pour l'accompagnement médico-social (C3S), et enfin lieu de vie adapté pour les personnes fragilisées. Il nous faut réfléchir non pas seulement sur les aspects négatifs du vieillissement, mais aussi sur les aspects adaptatifs aux conditions de vie dans notre société, gages d'une réussite de notre politique de santé dans l'avenir.

**Mots clés :** Vieillissement - Concept - Santé

1 CHU de Nice, Hôpital de Tende, Pôle d'Activité d'Aval, 06430 Tende, France.

2 CHU de Nice, Hôpital de Tende, Pôle Pharmacie, 06430 Tende, France.

3 CHU de Nice, Hôpital l'Archet 1, Département de Santé Publique, 06200 Nice, France.

4 CHU de Nice, Hôpital de Cimiez, Pôle de Gériatrie, 06000 Nice, France.

Article reçu le 12/03/2015 et accepté le 27/03/2015.

### SUMMARY

2015 demographic outlooks confirm the marked aging of our French society, but also the disparities between generations and gender. Our demographic revolution will sudden brake with the arrival in extreme ages of the babyboomer generations. We need to work on life expectancy in health, particularly for olders (after 80 years), it's a new societal challenge. We must also review our representations of old age through images, words and age limits. Numerous conceptual models can be condense in the Quebecois model presented here. Its nine main areas of intervention maintain or improve elderly's health in its physical, mental, cognitive and social dimensions. It is relevant by its global vision, and is compatible with statement and strategies of the Ottawa Charter for Health Promotion. In this context, we present a model for prevention of autonomy loss proposed by the Shared Public Health Space (EPSP) in the French southeast department, that fits into the life course of seniors : living environment for successful aging (4S), service network for medical and social support (C3S) and finally living space suitable for vulnerable people. We need to think not just about the negative aspects of aging, but also on the adaptive aspects of the living conditions in our society, a guarantee of success of our health policy in the future.

*Rev Geriatr 2015 ; 40 (4) : 225-32.*

**Keywords:** Aging - Concept - Health

Auteur correspondant : Docteur Françoise Capriz, CHU de Nice, Hôpital de Tende, Pôle d'Activité d'Aval, 06430 Tende, France.

Courriel : capriz.f@chu-nice.fr

La santé telle qu'elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité<sup>(1)</sup>. Or nous vieillissons tous, et ce phénomène nous interpelle tous ; un vieillissement en santé peut avoir pour effet de repousser les maladies chroniques et les incapacités qui se manifestent plus tardivement au cours de la vie et d'en réduire la gravité, avec des conséquences positives personnelles, mais aussi sociales, économiques et politiques.

La Charte d'Ottawa<sup>(1)</sup> insiste, dans sa définition de la santé, sur la notion d'adaptation continue de la personne à un environnement, tous deux se trouvant en perpétuelle mutation.

La démarche et le concept que nous présentons ici ciblent autant les personnes âgées en bonne santé que celles qui présentent des incapacités ou des maladies chroniques. Cette démarche veut s'inscrire dans une nouvelle vision du vieillissement en santé, afin de répondre aux besoins des personnes vieillissantes, et notamment des plus vulnérables.

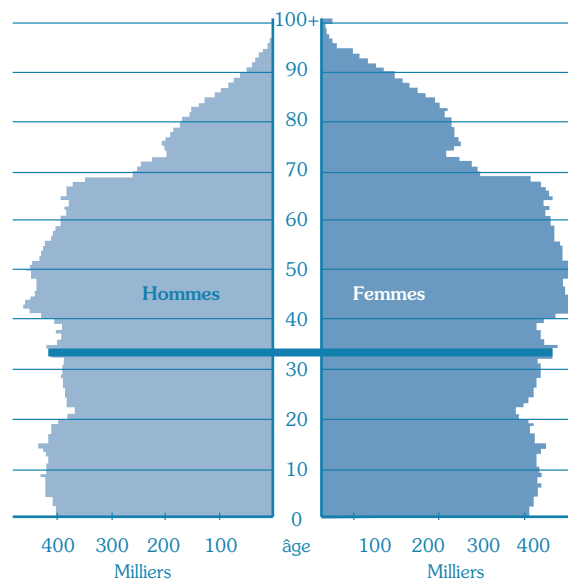
## DÉMOGRAPHIE FRANÇAISE : QUELS CHANGEMENTS ?<sup>(2)</sup>

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, 66,3 millions de personnes habitent en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-mer (DOM dont Mayotte), soit une augmentation de 300 000 personnes en un an (+0,4 %). Cette hausse de la population s'explique surtout par la baisse des décès et non par une augmentation du taux de natalité (stable).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2050<sup>(3)</sup>, sous les hypothèses d'un scénario central, la population de la France métropolitaine s'établirait à 70 millions d'habitants, contre 60,7 millions en 2005. Sa croissance serait ininterrompue jusqu'en 2050, mais de moins en moins soutenue (+0,56 % en 2005 à +0,11 % en 2049). Ce ralentissement est lié à l'augmentation du nombre de décès, conséquence du vieillissement : 773 000 décès en 2049, contre 531 000 en 2005. Les décès s'accéléreraient à partir de 2030, avec l'arrivée aux grands âges des générations du baby-boom. Le solde naturel, en baisse depuis 2005, deviendrait alors plus faible que le solde migratoire. Vers 2045, il serait même négatif (-26 000 en 2049), le nombre de décès excédant le nombre des naissances. La population continuerait toutefois de croître jusqu'en 2050, grâce au solde migratoire. Seule l'hypothèse de « fécondité basse » conduirait à une baisse de la population à partir de 2040.

Le vieillissement de la population française s'accroît donc : alors que 20,8 % de la population résidant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus en 2005, cette proportion serait de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050. En 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. C'est entre 2006 et 2035 que cet accroissement serait le plus fort (de 12,8 à 20,9 millions), avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du baby-boom. Entre 2035 et 2050, la hausse serait plus modérée, les personnes atteignant 60 ans appartenant à des générations moins nombreuses. Par ailleurs, les générations du baby-boom nées juste après-guerre approcheront 90 ans : elles parviendront donc à des âges de forte mortalité. Ce vieillissement est inéluctable, au sens où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle (Figure 1), puisque les personnes qui atteindront 60 ans à l'horizon 2050 sont déjà toutes nées. L'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fera qu'accroître son ampleur. En effet, même si l'espérance de vie se stabilisait à son niveau de 2005, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait quand même de 50 % entre 2005 et 2050.

L'espérance de vie à la naissance augmente légèrement : elle est en moyenne de 85,4 ans pour une femme et de 79,2 ans pour un homme. L'écart entre les deux sexes ne cesse de se réduire. Il était de 8,2 ans en 1994, puis de 7,1 ans en 2003 ; il est désormais de 6,2 ans. Ce rattrapage des hommes provient essentiellement d'une



Source : Insee, estimations de population (résultats arrêtés fin 2014)

Figure 1 : Pyramide des âges au 1<sup>er</sup> janvier 2015 - France.  
Figure 1: Age distribution on the 1st January 2015 - France.

baisse de leur mortalité aux âges jeunes. Leur espérance de vie entre 20 et 59 ans a augmenté de presque deux ans entre 1990 et 2010, notamment grâce au recul des décès dus aux accidents. Mais les modes de vie féminins sont de moins en moins différents de ceux des hommes, qu'il s'agisse de durées et de types d'activité professionnelle, de consommation de tabac ou d'alcool, etc. C'est la rançon de l'égalisation des conditions de vie. Il n'en demeure pas moins que l'inégalité reste encore importante.

L'espérance de vie à 60 ans progresse aussi régulièrement, mais moins vite que l'espérance de vie à la naissance. Là également, l'écart entre hommes et femmes s'est réduit au fil du temps. En 2014, à 60 ans, les femmes peuvent espérer vivre encore 27,7 ans en moyenne, et les hommes 23,2 ans (respectivement +1,2 an et +1,7 an en dix ans). La moitié des gains d'espérance de vie masculins et les trois quarts des gains féminins entre 1990 et 2010 sont des années de vie gagnées après 60 ans. Mais l'avantage féminin doit être relativisé quand on considère l'espérance de vie en bonne santé à la naissance.

L'espérance de vie en bonne santé ou encore l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), c'est-à-dire sans limitations d'activités ou sans incapacités majeures, est un indicateur d'espérance de santé qui combine des informations sur la mortalité et la morbidité ; il répond à un enjeu de bien-être et mesure les résultats globaux de la politique de santé. Il connaît cependant un léger recul depuis quelques années en France. Or, le fardeau de la maladie est associé dans 80 % des cas à des maladies évitables et à des facteurs modifiables en amont. En 2010, l'espérance de vie en bonne santé, à la naissance, était estimée à 63,5 ans pour les femmes et à 61,9 ans pour les hommes. L'écart entre les hommes et les femmes est assez faible et se réduit même fortement depuis le milieu des années 2000. En 2011, les femmes pouvaient espérer vivre en bonne santé 0,9 année de plus que les hommes, contre 2,4 années en 1995.

Pour qualifier le grand âge, on peut aussi identifier des seuils d'âge à partir desquels le risque de besoin d'aide pour les actes de la vie courante est relativement élevé. On préférera alors le seuil de 80 ans<sup>(4)</sup>. Un tel seuil ne signifie pas, bien sûr, qu'à partir de cet âge tout le monde est dépendant ou le devient, puisqu'il s'agit là d'un risque. Dans l'enquête Handicap-Santé, réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2008<sup>(4)</sup>, qui actualise les résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) menée en 1999<sup>(5)</sup>, les personnes dépendantes lourdes représentent 11,2 %

des personnes âgées de 80 ans ou plus, mais 51,6 % des personnes âgées de 80 ans et plus déclarent au moins une limitation physique absolue. Globalement, plus on vieillit, plus les difficultés pour réaliser les activités quotidiennes apparaissent. Aux âges élevés, les situations de forte dépendance conjuguent toujours limitations physiques absolues et troubles cognitifs graves. Au Canada également, les besoins de services augmentent avec l'âge, et ce de façon plus marquée à partir de 85 ans<sup>(6)</sup>.

L'intérêt de l'enquête HID par rapport à l'enquête Handicap-santé plus récente est l'analyse de données statistiques découpées par strates d'âge de 10 ans, permettant d'affiner les résultats chez les plus âgés, alors que l'autre définit essentiellement 2 sous-groupes de 60 ans-79 ans, et 80 ans et plus. Si on considère les incapacités recensées dans l'enquête HID, on constate que leur fréquence s'accroît de manière notable avec l'âge, mais aussi que, schématiquement, pour les différentes activités les plus courantes, la fréquence du besoin d'aide est 3 à 5 fois plus grande (selon les activités) pour les personnes âgées de 80 à 89 ans que pour celles âgées de 70 à 79 ans ; elle est encore 2 à 3 fois plus élevée pour les 90 ans et plus que pour les octogénaires. Mais, bien plus que la nature des incapacités, ce sont leur simultanéité, leur intensité, leur durée, leurs répercussions fonctionnelles négatives et les possibilités de les compenser qui déterminent la perte d'autonomie.

Si on se limite aux principales caractéristiques des personnes âgées dépendantes, les résultats suivants sont valables quel que soit l'indicateur retenu :

- a) Tous états de santé confondus, les personnes âgées vivent très majoritairement à domicile, mais le taux d'institutionnalisation global des personnes de 60 ans et plus croît cependant fortement avec l'âge. Avant 80 ans, vivre en institution reste encore rare : cela concerne une personne sur cent soixante de 60 à 64 ans et une personne sur quarante de 75 à 79 ans<sup>(7)</sup>. Mais ce phénomène est plus fréquent aux grands âges : un quart des personnes de plus de 90 ans vivent en institution et la moitié des plus de 97 ans. Les femmes y sont presque trois fois plus nombreuses que les hommes. L'hébergement en institution s'explique davantage par un cumul de difficultés (problèmes de santé, défaut d'entourage, logement inadapté) que par un seul critère.
- b) Les personnes dépendantes sont surtout des femmes ; ceci tient aux différents facteurs listés plus haut.
- c) Le taux de prévalence de la dépendance augmente fortement avec l'âge, surtout à partir de 75-80 ans. La dépendance chez les personnes âgées de 60 à 79 ans concerne 2,7 % des personnes et 11,2 % des personnes âgées de 80 ans ou plus<sup>(4)</sup>.

## DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ / IDÉES REÇUES – IDÉES NOUVELLES

« Le principal écueil de la mesure traditionnelle du vieillissement provient de la fixité du seuil d'entrée dans la vieillesse. Car la réalité de l'âge a profondément changé »<sup>(8)</sup>.

La lente prise de conscience du changement de la réalité de l'âge de la vieillesse a d'autre part empêché d'investir socialement cette plage de vie qui s'étend désormais de 60-65 ans à 85 ans, soit un temps aussi long que celui qui relie la jeunesse à l'âge mûr. Tout risque de se jouer demain sur les grands âges, pour tenter de modifier l'approche « déficitaire » et finalement assez fataliste de la vieillesse. On retrouve cependant un gradient social universel : plus les conditions économiques sont basses, moins la santé est bonne<sup>(9)</sup>, ce qui fait le lit des inégalités en santé. Notre objectif est donc de vaincre ces inégalités, car plus l'âge avance, plus les disparités s'aggravent.

Le vieillissement correspond donc à plusieurs réalités, sans oublier toute sa dimension subjective. Ainsi, lorsque le point de vue de la personne est pris en compte, il s'avère que certaines personnes âgées souffrant d'incapacités objectivées ne se considèrent pas « si vieilles », alors que d'autres n'ayant aucun problème particulier se sentent « très âgées » et en sont accablées<sup>(10)</sup>. La perception de l'état de santé d'une personne et de son propre vieillissement sera influencée par divers facteurs : sa situation aux plans de ses ressources personnelles et de celles de son milieu de vie, son sentiment d'être utile ou de pouvoir atteindre des objectifs personnels, le degré d'acceptation des pertes subies, l'image que son environnement lui renvoie, le sentiment d'être en sécurité, etc.

Les personnes âgées d'aujourd'hui sont différentes de celles de demain car elles sont marquées par des différences générationnelles selon leur avancée en âge. Les anciens ont le choix entre vivre et vieillir avec leur temps ou le laisser vivre sans eux. L'évolution rapide de nos modes de vie se répercute différemment sur les différentes générations de personnes âgées, avec des capacités d'adaptation aux nouvelles technologies pour les baby-boomers par exemple qui peuvent révolutionner le maintien à domicile, le lien social, la gestion des documents administratifs par rapport aux plus âgés de nos aînés. A la vitesse à laquelle s'opèrent nos changements depuis les années 2000, les projets de vie diffèrent selon « les strates d'âge ».

Les personnes âgées sont différentes aussi de par des différences de culture dans notre société plurielle, déterminant récent en 2015 que nous maîtrisons mal, et qui creuse les inégalités.

Alors, faut-il changer les mots pour changer les représentations ?<sup>(11)</sup> La réponse serait plutôt positive puisque notre langue est dite « vivante » et que les mots évoluent tout

au long de notre histoire, afin d'atténuer des peurs ou des désignations stigmatisantes. Mais il nous faut éviter deux pièges : la catégorisation qui enferme la personne âgée dans une dénomination fixe et l'utilisation d'acronymes fréquents qui déshumanise notre approche.

## LES MODÈLES CONCEPTUELS SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA SANTÉ<sup>(6)</sup>

Dans la plupart des cas, les modèles, qu'ils aient une approche individuelle ou populationnelle, présentent plusieurs angles de prise, combinant plus d'une façon d'appréhender la santé des personnes âgées et donnant lieu à des schémas multidimensionnels. Mais c'est un ensemble de principes (ex. : dignité, autonomie, participation, solidarité, justice, sécurité) qui chapeaute toutes les dimensions incluses.

Si la majorité des modèles consultés fait une place aux aspects négatifs du vieillissement (incapacités, déclin fonctionnel, pertes, etc.) et aux façons de les prévenir, de les retarder ou de les limiter, certains mettent plus l'accent sur le potentiel des personnes âgées et sur les façons de retrouver, de maintenir ou d'augmenter les capacités. Ainsi sous l'angle du Vieillissement en restant actif (*Active aging*), l'OMS par exemple présente une idée positive du vieillissement : « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse » (OMS 2002). Finalement, avoir une attitude positive, c'est-à-dire la motivation à poursuivre des activités et à participer, est un facteur déterminant de la réalisation de soi, fondement principal de ce modèle pour un vieillissement en santé. C'est une préoccupation pour toutes les personnes âgées, dans toute leur diversité, qu'elles soient en bonne santé, malades, en difficulté ou en perte d'autonomie, fragiles ou en fin de vie.

Le modèle proposé de santé versus adaptation continue interpelle, car il met en garde contre les effets pervers d'une approche trop idyllique du vieillissement qui consacrerait comme buts ultimes la santé, l'activité et la productivité à tous les âges de la vie. Tout comme la vision qui réduit la vieillesse à la maladie et au déclin, l'approche trop « jovialiste » du vieillissement n'est pas réaliste (fruit de la poursuite illusoire de l'éternelle jeunesse).

Un autre modèle met en avant la participation (un principe versus un axe d'intervention). La notion de participation ouverte sur la communauté permet d'introduire l'idée d'interdépendance de toutes les personnes, plutôt que de dépendance des personnes âgées. Au Québec, l'importance de la participation, sous toutes ses formes, est considérée comme un facteur clé de la santé et du bien-être des personnes âgées.

## QUEL MODÈLE PROPOSER ? LE SÉDUISANT MODÈLE QUÉBÉCOIS DE LISE CARDINAL ET ANDRÉ TOURIGNY<sup>(6)</sup>

(Figure 2)

Ce modèle québécois résulte de l'analyse de plusieurs des représentations recensées dans la littérature, et en fait une synthèse dont voici les éléments princeps :

- Le concept central : Vieillir en santé. La santé est une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie, qui vise toutes les personnes âgées. Cette vision est dynamique et nécessite une adaptation évolutive constante au travers des parcours de vie ;
- Les principes sous-jacents à l'action : ils sont basés sur l'équité qui élimine toute discrimination liée à l'âge, la solidarité dite « sociétale » réciproque inter et intra-générationnelle, l'indépendance permettant la maîtrise de sa vie, et la dignité en lien avec le respect et l'estime de soi permettant à la personne âgée d'être un membre à part entière de la société ;

c) Les axes d'intervention, au nombre de neuf, permettent de maintenir ou d'améliorer la santé des personnes âgées dans ses dimensions physique, mentale, cognitive et sociale. Ne sont retenus ici que les facteurs sur lesquels une action auprès des personnes âgées est pertinente ; certains facteurs comme le patrimoine génétique ou la trajectoire de vie ne sont pas modifiables, mais contribuent à mieux faire comprendre les difficultés actuelles. Mais aucun facteur pris isolément n'explique à lui seul l'état de santé d'une population âgée. La notion de précocité interventionnelle et de réactivité est ici partout cruciale.

- Axe 1 : Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation de la personne âgée (connaissance, estime de soi, motivation, endurance, compétences personnelles et comportements liés à la santé).
- Axe 2 : Créer des milieux de vie sains et sécuritaires (environnement immédiat) ; il convient de s'intéresser à la qualité de la vie au domicile et dans le quartier, à la sécurité des lieux publics, à la disponibilité et l'accessibilité de l'ensemble des produits, biens et services de proximité nécessaires à la réalisation des activités quotidiennes.

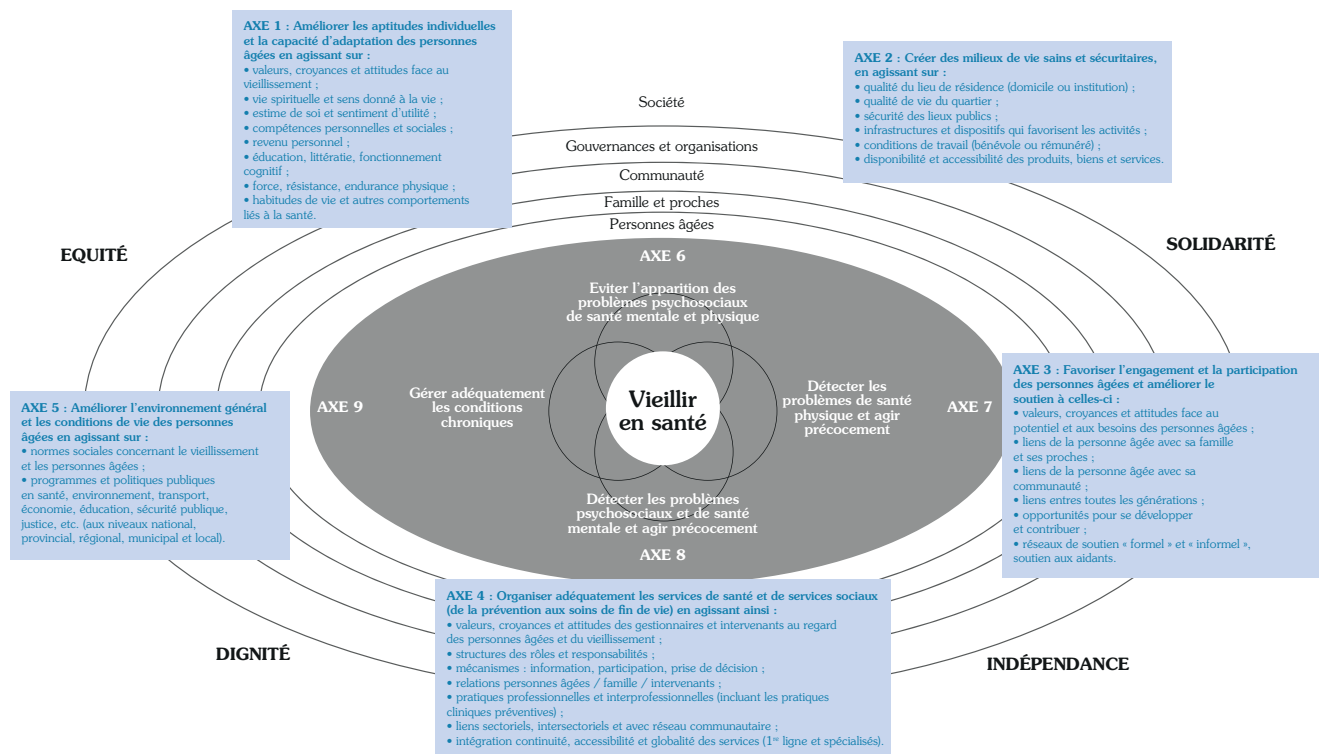


Figure 2 : Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel.

Figure 2: Prospects for Healthy Aging: proposal of a conceptual model.

- Axe 3 : Améliorer l'environnement général et les conditions de vie de la personne âgée, notamment dans les domaines social et sanitaire, quel que soit le niveau de gouvernance.

- Axe 4 : Organiser adéquatement les services de santé et les services sociaux qui lui sont destinés, notamment en agissant sur les connaissances et les valeurs à l'égard du vieillissement des professionnels, et les compétences qui en découlent. L'organisation mise en place permet une accessibilité aisée à la prévention, aux traitements, à la réadaptation, jusqu'à l'accompagnement et aux soins de fin de vie.

- Axe 5 : Favoriser l'engagement et la participation sociale de la personne âgée et améliorer le soutien à la personne. Cela concerne son réseau de soutien et sa participation sociale ; ici nous touchons au lien social et à l'environnement familial immédiat afin de répondre aux besoins affectifs, relationnels et spirituels de la personne âgée.

- Axe 6 : Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé physique et mentale par la réduction des facteurs de risque (isolement, confinement domiciliaire, dénutrition, statut vaccinal déficient, inobservance thérapeutique, ruptures de vie...).

- Axe 7 : Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement, notamment par la détection des facteurs de fragilité, la mise en place de mesures correctives ou palliatives.

- Axe 8 : Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale, et agir précocement ; les axes d'intervention portent surtout sur les syndromes anxio-dépressifs, la maltraitance.

- Axe 9 : Gérer adéquatement les conditions chroniques (optimisation de la prise en charge et suivi approprié des maladies chroniques).

d) Les différents niveaux d'influence où interviennent les principaux acteurs responsables d'un vieillissement en santé, incluant la personne âgée elle-même, sa famille et ses proches, dépassent largement le secteur de la santé et prennent leurs sources à tous les niveaux décisionnels de notre société.

Ce modèle se veut un inventaire exhaustif de ce qu'évoque la littérature touchant au vieillissement en santé. Il ne définit pas de plan d'action strict, mais privilégie plutôt différents axes de réflexion pouvant mener à des mesures concrètes. Il est pertinent de par sa vision globale (il fédère une vision morcelée des différents déterminants de la santé de la personne âgée). Il s'adapte à tous les types de vieillissement et implique tous les acteurs concernés par la santé de la personne âgée. Enfin, il est compatible

avec l'énoncé de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et les stratégies qui y sont préconisées, soit : renforcer le potentiel des personnes, développer des politiques publiques favorables à la santé, créer des environnements favorables à la santé, renforcer l'action communautaire et réorienter les services de santé en faveur de la prévention.

### UN EXEMPLE DE DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE : LE MODÈLE DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'ESPACE PARTAGÉ DE SANTÉ PUBLIQUE (EPSP) DANS LES ALPES-MARITIMES

(Figure 3)

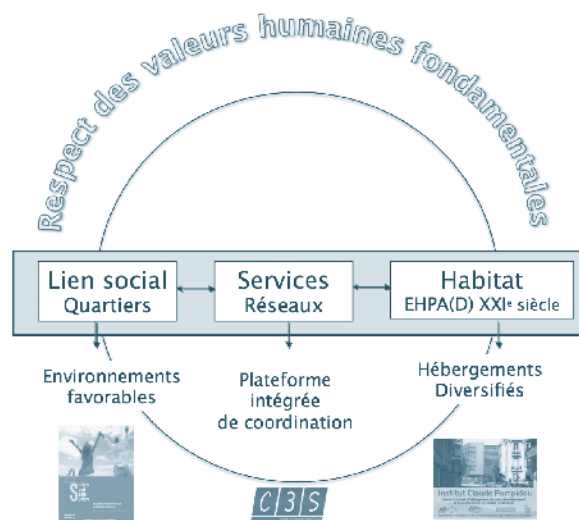


Figure 3 : Modèle de vieillissement de l'EPSP.

Figure 3 : EPSP aging model.

L'EPSP est un espace fédératif de partage de connaissances et d'expériences. Il regroupe des partenaires impliqués, à divers titres, dans des missions de santé publique au niveau loco-régional<sup>1</sup>. L'EPSP n'est doté d'aucun cadre juridique. Un protocole d'accord axé sur les principes de coopération, de synergie, et de fertilisation croisée des projets est signé par tous les membres fondateurs depuis 2009. L'EPSP est doté d'un comité de pilotage (niveau stratégique), d'un comité programme (niveau tactique) et de groupes de travail (niveau opérationnel), dont le nombre et les participants évoluent en

<sup>1</sup> ARS PACA, DT-ARS06, le Conseil Général des Alpes-Maritimes, la Mairie de Nice, le CCAS de Nice, la CPAM 06, la Mutualité Française PACA, l'Université de Nice-Sophia Antipolis et la Faculté de Médecine de Nice, le CODES 06, le CISS PACA, et le CHU de Nice.

fonction des priorités définies par le comité de pilotage et de la mise en œuvre des projets. Ces différentes instances sont coordonnées par le groupe projet, animé par le Département de Santé Publique du Centre hospitalo-universitaire (CHU) de Nice.

Une des premières demandes faites au Comité de Pilotage de l'EPSP a été de réfléchir à un nouveau modèle d'Établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour les personnes en perte d'autonomie. Après plusieurs mois de travail, la réponse a été de proposer plutôt un modèle de prévention de la perte d'autonomie conforme à la Charte d'Ottawa qui donne à chacun « les moyens de réaliser son potentiel santé », par la « création d'environnement favorable » et le « renforcement de l'action communautaire ». Ce modèle permet de passer de la prestation de services individuels à une échelle populationnelle en introduisant la notion de territoire. L'approche territoriale (quartiers) permet de tenir compte des besoins non exprimés de la population. Des interventions à différents niveaux du continuum de la santé permettent de promouvoir de saines habitudes de vie dans la population par des stratégies éducatives et environnementales. Ces actions se développent dans une logique de parcours de vie, en intervenant en amont sur les déterminants de la santé pour prévenir la perte d'autonomie, tout en cherchant à mieux répondre aux besoins de la population.

Concrètement, l'intervention de l'EPSP s'est traduite par la mise en place du parcours 4S « Sport, Santé, Senior, Solidarité »<sup>(12)</sup>. Cette action a consisté à aménager l'environnement urbain d'un quartier pilote de la ville de Nice dans le cadre d'une action intersectorielle intégrant une consultation citoyenne auprès des seniors<sup>(13)</sup>. Cette consultation a permis d'adapter la mise en place d'un parcours de marche aux attentes des habitants. Une activité physique régulière comme la marche est importante pour la santé physique et mentale, mais elle peut être limitée par les obstacles liés à l'environnement urbain ou à l'individu (solitude, manque de buts de sortie). Au final, les partenaires de l'EPSP se sont associés pour intervenir sur l'environnement urbain en tenant compte des besoins de seniors et en proposant un parcours favorisant le lien social (places aménagées, commerces, lieux de vie, université). Cette démarche s'inscrit pleinement dans le programme international « villes et communautés amies des aînés » porté par l'OMS depuis 2007<sup>(14)</sup>. L'évaluation de 4S a montré un impact favorable sur la qualité de vie en agissant dans toutes les dimensions de la santé : bien-être physique, social et mental.

La complexité des besoins des seniors nécessite l'action coordonnée de professionnels de santé ainsi que d'autres acteurs du secteur médico-social. La population

âgée nécessite également des visites régulières et plus longues avec différents acteurs, ce qui implique une coordination des interventions. Il faut donc une plus grande intégration des soins et une continuité entre les services qui prennent en charge les personnes âgées<sup>(15)</sup>. En effet, organiser des services qui vont de la prévention au traitement et du suivi à la convalescence est une tâche complexe qui nécessite une organisation en réseau. C'est dans ce cadre que l'EPSP a développé une plateforme médico-sociale d'appui aux professionnels de 1<sup>er</sup> recours : le Centre de Soutien Santé Social (C3S). Celui-ci assure un service d'appui aux professionnels de premier recours, dans une perspective de collaboration et de continuum, pour répondre aux problèmes de prise en charge globale de personnes en situation de perte d'autonomie. Créé à partir de réseaux de santé existants (gérontologie, soins palliatifs et douleur) et du Centre de Soutien aux Réseaux de Santé, le C3S est un dispositif intégré susceptible de répondre aux besoins de la population et des professionnels de la Métropole Nice-Côte d'Azur.

Concernant les recommandations pour adapter l'habitat à l'avancée en âge en favorisant des logements diversifiés, il s'est agi, grâce à la mise en place des trente recommandations élaborées par les professionnels des Alpes-Maritimes, de repenser les EHPAD comme lieu de vie pour la personne âgée, tout en garantissant un environnement sécurisant et adapté à la prise en charge de sa maladie. Ainsi, des lieux pensés différemment peuvent encourager des innovations dans les relations entre personnels et résidents, entre résidents et familles ou aidants, entre résidents et environnement extérieur. Ces recommandations ont été appliquées dès l'origine lors de l'élaboration de l'Institut Claude Pompidou à Nice, qui réunit dans un même lieu la chaîne des soins et des savoirs sur la maladie d'Alzheimer : information du public et formation des professionnels, dépistage de la maladie et des pathologies apparentées, recherche clinique et fondamentale, prise en charge médicale et sociale des patients. L'objectif des partenaires de l'EPSP était de promouvoir un espace ouvert vers l'extérieur permettant des rencontres et des échanges (réunions thématiques, expositions, concerts) afin de maintenir le lien social et d'améliorer la qualité de vie nécessaire au bien-être des malades atteints d'Alzheimer. Des espaces de promenade sécurisés ont été aménagés afin de permettre aux patients de se mouvoir sans risque. Les espaces de vie permettent de renouer avec les gestes de la vie quotidienne (cuisine, etc.).

Elaboré par l'ensemble des partenaires de l'EPSP, ce modèle de prévention de la perte d'autonomie s'intègre ainsi dans le parcours de vie des seniors : environnement

de vie favorable au « mieux vieillir » (4S), réseau de service pour l'accompagnement médico-social (C3S), et enfin lieu de vie adapté pour les personnes fragilisées. Finalement, dans ce modèle, l'EHPAD n'apparaît qu'à la fin (il n'est plus central) et dans une configuration intégrée au sein du quartier dans lequel la personne a vécu toute sa vie.

## CONCLUSION

La vieillesse est une période physiologique et évolutive de la vie dont la qualité et la durée augmentent progressivement, à des rythmes différents dans le temps selon les projections démographiques optimistes ou non. Cette qualité de vie dépend de déterminants étroitement intriqués. Il nous faut réfléchir non pas seulement sur

les aspects délétères du vieillissement, mais surtout sur les aspects adaptatifs aux conditions de vie dans notre société<sup>(16)</sup> et à la bonne gestion des cycles de vie avec ses points de ruptures, moments clés de fragilité et de perte d'autonomie potentielle avec l'avancée en âge. Il nous faut innover, mais l'évaluation des stratégies mises en place reste incontournable. Ces données interpellent toute notre société. C'est notre défi.

« Si l'on veut que le vieillissement soit quelque chose de positif, il faut aussi que la vie plus longue s'accompagne de possibilités d'être en bonne santé, de participer et d'être en sécurité. » OMS 2002. ■

*Conflits d'intérêt : les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt concernant cet article.*

## BIBLIOGRAPHIES

1. **Organisation Mondiale de la Santé** (page consultée le 05/02/15), Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, 1986 [en ligne]. <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>.
2. **Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)** (page consultée le 18/01/2015), Recensement de la population 2015 [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/service/default.asp?page=agendas/dossiers\\_actu/actualite/conference-presse-recensement-13-janvier-2015.htm](http://www.insee.fr/fr/service/default.asp?page=agendas/dossiers_actu/actualite/conference-presse-recensement-13-janvier-2015.htm)
3. **Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)**, (page consultée le 18/01/2015), Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1089](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089)
4. **DRESS**, (page consultée le 06/02/15), une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées – premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 [en ligne]. <http://www.drees.sante.gouv.fr/une-approche-de-l-autonomie-chez-les-adultes-et-les-personnes-agees,5538.html>
5. **Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)** (page consultée le 06/02/15), Les enquêtes Handicap-Incapacité-Dépendance de 1998 et 1999, [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/irsoc022.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc022.pdf)
6. **Cardinal L, Langlois M-C, Gagné D, Tourigny A.** Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2008, 58 pages.
7. **Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)** (page consultée le 06/02/15), Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial, [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ref/FPORSOC11k\\_VE43Insti.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/FPORSOC11k_VE43Insti.pdf)
8. **Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes**, (page consultée le 18/01/15), Rapport Société et Vieillesse – juin 2011 [en ligne]. <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/autonomie,2071/groupe-no1-societe-et,13788.html>
9. **OMS**, (page consultée le 21/01/15) Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. 2009 [en ligne]. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf)
10. **Leclerc G.** (2007). « Le paradoxe du vieillissement réussi », chapitre 5 dans M. Arcand et R. Hébert, Précis pratique de gériatrie, 3<sup>e</sup> édition, Edisem et Maloine, p. 63-82.
11. **Debru A.** Le vieillissement, les regards portés par différentes disciplines - La Sémantique, in : *L'officiel des Aînés*, Paris, 2015, p.46-47.
12. **Espace Partagé de Santé Publique**, (page consultée le 05/02/15), Projet 4S : « St Roch, Sport, Santé, Séniors », mai 2011 [en ligne], <http://www.epsp06.fr/vieillesse1.html>
13. **Touboul P, Valbousquet J, Pourrat-Vanoni I, Alquier MF, Benchimol D, Pradier C.** Adapting the environment to encourage the elderly to walk: a qualitative study. *Sante Publique* 2011 ; 23 : 385-99.
14. **OMS** (page consultée le 20/02/15) Guide mondial des villes-amies des aînés. 2007 [en ligne]. [http://www.who.int/ageing/projects/age\\_friendly\\_cities\\_network/fr/](http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/fr/)
15. **Breton M, Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Da Silva RB, Prud'homme A.** Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? *BMC Health Serv Res* 2013 ; 13 : 262.
16. **Déclaration des Gérologues et Gériatres francophones réunis à Liège** (Belgique) le 14 mai 2014 lors du X<sup>ème</sup> Congrès International francophone de Gérologie et Gériatrie. *Rev Gériatr* 2014 ; 39 : 637-8.