



CONTRIBUTION GRAND ÂGE, PERTE D'AUTONOMIE

ANEMF, ANEP, ANEPF, ANESF, FNEK, FFE, FNEA FNEO, FNESI, FNSIP-BM, ISNAR-IMG, UNAAE, UNECD

Septembre 2020



CONTACTS PRESSE

grand.age.autonomie.fedesante@gmail.com

Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France (ANEPF) :
Valentin LEGRAND - VP Perspectives Professionnelles

perspectives.profession@anepf.org
06 43 63 29 38

Athénaïs ERCKER - Attachée de Presse et Coordinatrice du Réseau

presse@anepf.org

Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie (FNEK) :
Lara GENDRON - VP Perspectives Professionnelles

perspectives.pro@fnek.fr
07 60 17 87 09

Nelsonne TCHOUMTA - Attachée de Presse

presse@fnek.fr

AUTRES CONTACTS

Association Nationale des Étudiants en Psychomotricité (ANEP) :
Alma LELIEVRE - Secrétaire

anepasso@gmail.com
06 19 56 29 46

Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF) :
Emma CHEVALIER – VP Communication et Relations Publiques

emma.chevalier@anemf.org
06 19 46 64 89

Sahra HMISSI - VP Perspectives Professionnelles

sahra.hmissi@anemf.org

Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes (ANESF) :
Garance DE RICHOUFFTZ - VP Perspectives Professionnelles

perspectivespro@anesf.com
06 71 44 34 65

Fédération Française des Étudiants en Orthoptie (FFEO)
Salomé GEOFFROY - Présidente

contact@ffeo.org
06 51 43 29 68

Fédération Nationale des Etudiants en Audioprothèse (FNEA)
Dylan GIRAN - Président

president@fnea.org
06 73 90 72 82

Fédération Nationale des Étudiants en Orthophonie (FNEO) :
Juliette HULINE - VP Perspectives Professionnelles

perspectivespro.fneo@gmail.com
07 63 64 01 11

Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers (FNESI) :

Dimitri ALLEMAND - VP Perspectives Professionnelles

perspectives.pro@fnesi.org

07 70 35 27 45

Vincent OPITZ - VP en charge des Relations Presse

presse@fnesi.org

Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie et en Biologie Médicale (FNSIP-BM) :

Aurélien TRUFFOT - Co-présidente Biologie Médicale

Lucas DENIS - Co-président Pharmacie et IPR

president@fnsip.fr

InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) :

Morgan CAILLAULT - Président

president@isnar-img.com

06 14 97 65 25

Union Nationale des Associations des Étudiants en Ergothérapie (UNAEE) :

Camille GUERIN - VP Mobilité Internationale

vp-international@unaee.org

06 52 16 59 19

Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD) :

Jules ROSE - VP Actualité Professionnelle

professionnel@unecd.com

07 81 56 71 57

Anaëlle LEPRÊTRE - Secrétaire Générale

secretaire@unecd.com

Les fédérations représentatives des étudiants en santé apportent leur contribution aux travaux sur le grand âge et l'autonomie

La dépendance, la perte d'autonomie ou encore l'attractivité des métiers du Grand âge sont autant de thématiques qui méritent réflexions et concertations. En mars et octobre 2019, Dominique Libault et Myriam El Khomri ont rendu leurs rapports présentant plusieurs propositions afin de répondre au défi du vieillissement de la population, et de **l'importance d'agir rapidement**. Plus d'un an après la publication de ces rapports, malgré l'impact majeur qu'a eu la crise sanitaire et maintenant sociale du coronavirus sur les personnes âgées, il est malheureux que **les réflexions autour du grand âge ne se soient toujours pas concrétisées en actes**.

Forts de ces constats, nous avons réfléchi ensemble à ces sujets avec l'objectif de combler le manque actuel de propositions et de faire évoluer les professions que nous exercerons. Après plusieurs mois de concertations, notre groupe de travail a convergé vers un **consensus composé de 33 propositions**. Celles-ci sont pour la majorité d'entre elles des initiatives pouvant être généralisables à de très nombreuses professions et études de santé, dans l'objectif d'une **évolution commune de nos métiers**.

Cette contribution pluridisciplinaire présente un ensemble de propositions s'intéressant particulièrement à la **formation des professionnels de santé** mais mettant également l'accent sur la **prévention du patient âgé**. D'autre part, nous avons souligné **l'évolution que nous souhaitons pour l'exercice de nos métiers**, avec une insistance particulière pour **l'accélération des coopérations interprofessionnelles**.

Ensemble, nous avons la volonté de repenser le système de santé pour qu'il prenne en charge de manière plus optimale la dépendance, par une approche décloisonnée du parcours de soin. Une conviction que la crise sanitaire n'a fait que renforcer.

Ensemble, nous souhaitons voir évoluer la prise en charge des personnes âgées et dépendantes, par un véritable accompagnement sécurisé et coordonné.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Améliorer la formation des professionnels de santé	8
Qualité de la formation en santé auprès de la personne âgée	8
Améliorer et augmenter l'offre de stages	8
Améliorer la qualité des stages et des formations	9
Favoriser la prise en charge hospitalière par une formation centrée sur le patient polypathologique	9
Promouvoir la formation de la prise en charge centrée sur l'expérience patient.....	10
Nouvelles méthodes pédagogiques au sein de nos formations	10
Mise en place de séminaires interprofessionnels sur la thématique de la gériatrie.....	10
Déploiement d'innovations pédagogiques en formation initiale de type <i>serious games</i>	11
Recherche	12
Favoriser la recherche en soins primaires	12
Augmenter l'inclusion du patient âgé dans les études cliniques.....	12
Intégrer au service sanitaire des actions de prévention pour les personnes en perte d'autonomie et/ou dépendantes	13
Accentuer la prévention auprès du patient âgé	14
Consultation de prévention en Médecine Générale	14
Généraliser le déploiement de l'Activité Physique Adaptée (APA) pour les personnes en perte d'autonomie par son remboursement.....	14
Ouvrer pour la mise en place et la promotion des Bilans Partagés de Médication (BPM).....	15
Prévention de la perte des fonctions cognitives.....	15
Accélérer le déploiement de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)	16
Utiliser le numérique comme levier de promotion de la prévention chez les seniors	16
Favoriser le dépistage précoce des pathologies chroniques	17
Favoriser la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce des troubles de l'audition	17
Prévenir les conséquences du vieillissement au sein de la cavité buccale	18
Démocratisation des actions de prévention des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) à destination des métiers du grand âge dans le but de diminuer la sinistralité	18
Promouvoir la prévention des chutes à domicile ou en structure, une urgence sanitaire.....	19
Promouvoir la prévention de l'incontinence urinaire, un des facteurs principaux de la perte d'autonomie et du placement en structure de la personne âgée.....	20
Promouvoir la prévention des troubles de la déglutition, facteurs de troubles respiratoires et de dénutrition ..	20
Prise en charge à domicile	21
Favoriser une prise en charge rapide au domicile du patient à la suite d'une hospitalisation par la création d'un Forfait de Retour à Domicile de la personne âgée	21

Améliorer la compensation financière de l'activité des professionnels de santé au domicile des personnes en perte d'autonomie en modifiant le financement des actes et le forfait de déplacement	22
Favoriser la prise en charge globale à domicile des personnes âgées	23
Utilisation d'outils numériques adaptés.....	24
Valorisation de l'exercice des professionnels de santé	24
Développer et valoriser les activités occupationnelles et de bien-être	24
Promouvoir la déclaration d'opinions pharmaceutiques	25
Promouvoir la prise en charge Basse Vision pour conserver l'autonomie des personnes âgées déficientes visuelles.....	25
Agir contre la précarité à l'accès prothétique de qualité en améliorant le remboursement de ces actes pour les personnes âgées.....	26
Nouveaux modes de collaboration interprofessionnelle pour une meilleure prise en charge du patient.....	27
Coordination médico-sociale.....	27
Evaluation et protocolisation des besoins	27
Interprofessionnalité	29
Lien ville-hôpital	29
Systématiser l'évaluation de l'état nutritionnel du patient âgé.....	30
Donner l'accès aux données biologiques afin de permettre d'être réactif face au traitement.....	30
Valoriser le rendu de résultats par le biologiste médical	31
Adopter une approche pluridisciplinaire dans l'adaptation de la forme galénique	31
Développer de nouvelles compétences en lien avec la coordination du parcours des personnes en perte d'autonomie	32
Approche multidisciplinaire dans la revue des traitements médicamenteux	32
Accompagnement dans le troisième âge.....	33
Lutte contre l'isolement.....	33
Lieux de vie.....	34
Bien-être.....	34
Fin de vie	35
Soutien aux Aidants.....	36
Numéro vert	36
Dialogue social	37
Congé de proche aidant.....	37
Structures de répit	37
Inclusion de l'aidant dans le PPCS	38
Consultations spécialisées pour les aidants	38
Conclusion.....	39
Sources.....	40

INTRODUCTION

En 2070, on estime la population âgée de 75 ans ou plus, deux fois plus nombreuse¹ qu'elle ne l'était en 2013. L'accompagnement du grand âge est une préoccupation actuelle dont les étudiants en santé se saisissent. Notre système de santé, tel qu'il opère aujourd'hui, ne pourra pas prendre en charge la dépendance de façon optimale : une restructuration apparaît donc nécessaire.

De ce fait, il paraît primordial d'avoir une vision prospective de la situation. Il faut dès à présent réfléchir à la manière d'améliorer la prise en charge physique et cognitive de ces patients, afin de limiter les hospitalisations évitables et surtout, d'anticiper la demande, avant que cela ne devienne un problème de santé publique majeur.

Par ailleurs, selon le Baromètre santé ODOXA² « la prise en charge du vieillissement constitue une préoccupation importante voire prioritaire pour 90% des français » et « en cas de perte d'autonomie, les français veulent rester à domicile ». Ces constats nous suggèrent donc d'axer nos propositions vers une prise en charge repensée et coordonnée, qu'elle se déroule en ambulatoire, à domicile ou en ville.

Ces préoccupations font l'objet de concertations dans le monde entier, avec notamment un programme³ de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) axé sur la prévention de la dépendance, ayant pour objectif de diminuer de 15 millions le nombre de personnes dépendantes dans le monde d'ici 2023, en maintenant la capacité fonctionnelle permettant le bien-être à un âge avancé.

Chaque professionnel de santé a sa place et son rôle à jouer dans la prise en charge de la perte d'autonomie et de la dépendance des séniors. Actuellement, notre système de santé n'est pas optimisé pour cette population et nécessite donc une restructuration.

Par cette contribution, nous formulons différentes propositions réfléchies par les étudiants et internes en filière de santé, relatives au futur projet de loi sur la prise en charge de l'autonomie et du grand-âge.

AMÉLIORER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

QUALITÉ DE LA FORMATION EN SANTÉ AUPRÈS DE LA PERSONNE ÂGÉE

Améliorer et augmenter l'offre de stages

La réforme d'entrée dans les études de santé apporte de nombreux changements organisationnels. En effet, afin de pouvoir absorber au mieux la hausse des effectifs d'étudiants en premier cycle des études médicales, **de nouveaux terrains de stages** devront être ouverts.

L'offre de stage actuellement proposée aux étudiants de deuxième cycle reste très focalisée sur les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et ne va que très rarement au-delà de ces frontières. Pour autant, la majeure partie des personnes âgées, dépendantes ou non, est prise en charge en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou à domicile. Il serait donc pertinent de **diversifier l'offre de stage** pour les **étudiants en santé**, afin qu'ils puissent se former dans un **environnement représentatif de la prise en charge de ces patients**. L'ouverture de terrains de stage dans des EHPAD et dans des **Unités de Soins Longue Durée (USLD)** peuvent être des pistes pour atteindre cet objectif.

L'offre de stage doit également être améliorée à travers la **démocratisation de la maîtrise de stage universitaire** chez les médecins oeuvrant auprès des personnes âgées. Les **EHPAD et USLD** peuvent notamment être les futurs lieux privilégiés de sensibilisation des jeunes générations de soignants aux problématiques du grand âge et de la dépendance.

Le **développement de stages interprofessionnels en gériatrie** permettrait également une meilleure **sensibilisation** des futurs praticiens de santé aux particularités de l'exercice, en étant au contact direct des personnes en perte d'autonomie et d'indépendance. Il serait intéressant de développer ces stages à la fois en **structure hospitalière**, mais également avec les **équipes mobiles ambulatoires**.

Nous attendons aujourd'hui une diversification des terrains de stage de prise en charge de la personne âgée dans notre maquette avec accès aux USLD (Unité de Soins de Longue Durée), hôpitaux de proximité, stages ambulatoires chez un ou plusieurs MSU avec orientation gériatrique, EHPAD, structures d'HAD, réseaux de santé, équipes mobiles de gériatrie, dispositifs d'appui à la coordination, etc.

Améliorer la qualité des stages et des formations

De nombreux stages en gériatrie sont proposés aux étudiants en santé, mais leur **qualité** n'est cependant pas à la hauteur des attentes de professionnalisation de ces stages. Un **encadrement optimisé** est nécessaire dans l'apprentissage des étudiants, notamment pour les étudiants en soins infirmiers dans l'exercice des soins de nursing.

Un travail doit être effectué sur la **revalorisation de la formation** des personnels exerçant au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, et en EHPAD, qui doivent justifier de diplôme minimal ou d'expérience afin de **sécuriser** au maximum leurs interventions.

Nous insistons sur la nécessité que ces stages puissent justifier d'un projet pédagogique clair. En effet, les lieux de stages ouverts pour pallier le manque de personnel des établissements ne devraient pas et plus exister. Les étudiants ne doivent pas être une variable d'ajustement. Au contraire, ils doivent bénéficier d'un **accompagnement formateur et sécurisant** pour leur apprentissage.

Un encadrement adapté est un prérequis minimal à l'obtention d'un agrément.

Favoriser la prise en charge hospitalière par une formation centrée sur le patient polypathologique

Actuellement, les services de médecine polyvalente semblent majoritairement gérés par des médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier, ainsi que par des médecins internistes. Ces services prennent en charge en grande partie des patients âgés. La **polypathologie**, de par sa complexité et sa spécificité de prise en charge, requiert des connaissances et des compétences particulières, comprises dans le spectre du vaste éventail des compétences du médecin généraliste. Aussi, de par son **approche globale du patient**, la médecine générale est tout à fait légitime, au même titre que d'autres spécialités (comme la médecine interne, par exemple) pour s'occuper de patients relevant de la médecine polyvalente.

Il nous semble donc cohérent de **faire reconnaître les spécificités et expertises** des médecins exerçant en service de médecine polyvalente, comme c'est déjà le cas pour les autres spécialités. La création d'une **FST de médecine polyvalente** est aujourd'hui une nécessité, dans le but d'ouvrir une formation ciblée, adaptée aux compétences requises dans ce domaine précis. De plus cette FST offrirait une **voie reconnue pour les internes de médecine générale** souhaitant exercer en **milieu hospitalier**, ou souhaitant s'orienter vers un **exercice mixte**, partagé entre la ville et l'hôpital.

Promouvoir la formation de la prise en charge centrée sur l'expérience patient

Dans l'optique d'une **préparation** et d'une **sensibilisation préalable** de tout étudiant en filière de santé aux problématiques du grand âge et de la dépendance, le développement d'enseignements à ce sujet émerge comme un nouveau but auquel il nous faut tous concourir. Nous devons compter sur la **collaboration avec les patients experts, les aidants et les professionnels des domaines concernés**, qui ne sont aujourd'hui pas forcément inclus dans les enseignements universitaires, notamment du premier cycle.

Ce partenariat doit avoir lieu tout au long de la **formation initiale et continue**. De ce fait, il est nécessaire d'**inscrire dans les cursus de formation** de toutes les études de santé, sans distinction, de **réels enseignements théoriques et pratiques**, réalisés en partenariat avec des **patients** et des **aidants**. Dans ce contexte, la prise en charge du grand âge apparaît comme l'un des domaines nécessitant prioritairement la poursuite de ce changement de paradigme.

En se basant sur le Montreal Model⁴ ou encore sur des exemples d'expériences françaises, comme le PEP 13⁵ à l'Université de Bobigny, nous voyons qu'il est possible et nécessaire de créer un lien fort avec les patients partenaires et les aidants en guise de levier pour une meilleure prise en charge.

NOUVELLES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES AU SEIN DE NOS FORMATIONS

Mise en place de séminaires interprofessionnels sur la thématique de la gériatrie

L'acquisition de **compétences communes** est primordiale dans la prise en charge de la personne âgée, aussi bien en formation initiale que continue.

En formation initiale, la mise en place de **séminaires interprofessionnels** est un outil que les étudiants souhaiteraient voir développer dans les facultés et les instituts de formation, afin d'être formés à la **prise en charge coordonnée d'un patient âgé**, et sur **l'intérêt de la communication** avec l'ensemble des professionnels de santé.

De même, ces séminaires permettraient de favoriser **l'apprentissage** des étudiants sur **l'enseignement des compétences des autres professionnels de santé** médicaux et paramédicaux. Une meilleure connaissance du rôle et des compétences de chacun aura pour impact une meilleure **prise en charge du patient**.

Au cours de ces séminaires, il pourrait également être imaginé des mises en situation autour du vécu sensoriel et sensitif des personnes âgées au travers de **kits de simulation vieillesse** (lunettes simulant une DMLA, attelles mimant/simulant une raideur articulaire, etc), dans l'objectif de prendre conscience de l'altération de certaines fonctions dues au vieillissement. Ceux ci comprendront notamment la présentation des structures existantes dans le maillage territorial (Maisons de santé pluriprofessionnelles, réseaux de santé, Hospitalisation à domicile, CPTS, dispositifs d'appui à la coordination, etc.) et l'enseignement de la méthodologie nécessaire à la protocolisation d'un fonctionnement commun.

La **formation continue**, quant à elle, sera **ciblée selon le type d'exercice souhaité** (réfèrent PPCS, fonction de coordinateur dans une des structures présentées). Une actualisation régulière sera proposée pour pouvoir continuer à évoluer dans les **fonctions de coordinateur**. Un rapprochement avec les enseignements universitaires annexes déjà existants pourra être envisagé, comme avec les masters de coordination par exemple. Ces formations continues devront être **valorisées** auprès des instances dans un projet professionnel incluant un rôle de coordinateur.

Déploiement d'innovations pédagogiques en formation initiale de type *serious games*

La **simulation** montre un intérêt majeur dans la professionnalisation, en axant l'**apprentissage** sur la **sécurisation des soins** et la **qualité de la prise en charge**⁶. Cette méthode innovante d'enseignement est un excellent outil pour apprendre à travailler sur des cas concrets, tout en respectant le principe du "**jamais la première fois sur le patient**". Le bénéfice de cet outil réside également dans le fait que l'étudiant est observé et évalué par ses **pairs**, dans l'objectif d'émettre une **évaluation bienveillante et constructive**.

Il serait intéressant de développer dans les facultés et instituts des **serious games**, comme ce qui a été développé par exemple à la Faculté de Pharmacie de Lille. Le "**Domicile des erreurs**"⁷ met en situation l'étudiant au sein d'une pièce d'un domicile qui a été simulée avec la mise en place d'un scénario, et dans laquelle sont placées des erreurs pharmacologiques, de médication, pouvant entraîner des intoxications, que l'étudiant doit identifier et pour lesquelles il doit proposer des actions correctives.

D'autres **initiatives** de ce type existent dans certains **centres de pédagogie en santé**, comme au SimUSanté à Amiens, avec la reproduction de domiciles de patients de manière physique mais également de façon virtuelle. On retrouve également au sein de la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg, la **salle de simulation clinique et radiologique**⁸, véritable innovation pédagogique où l'on peut s'exercer sur une **situation clinique spécifique** grâce à un mannequin interactif : un outil contemporain pour s'habituer à la prise en charge des personnes âgées.

Favoriser la recherche en soins primaires

La recherche est encore aujourd'hui majoritairement hospitalo-centrée. Tandis que le carré de White nous montre l'intérêt et l'impact des soins primaires sur la population générale, la recherche en soins primaires peine encore et toujours à se développer. Afin de pouvoir construire une meilleure prise en charge et un accompagnement optimal, il est nécessaire d'investir la recherche ambulatoire en soins primaires.

Cette recherche doit également pouvoir se développer dans le domaine de la prévention afin de sortir d'une logique d'actes de soins et réaliser une vraie transition vers un paradigme de santé. Les soignants du domaine ambulatoire, acteurs de soins primaires, sont tout indiqués pour mener, cette politique de recherche indispensable qui bénéficiera particulièrement aux personnes âgées. Ce n'est qu'en développant la prévention que nous pourrons agir sur la morbidité des personnes âgées.

Un exemple concret concerne les dispositifs de prédiction de la chute chez les personnes âgées.

Conjointement au plan français sur l'intelligence artificielle et au futur projet de loi sur le grand âge, une intention particulière doit être donnée à la recherche sur la prédiction et la détection des chutes chez les personnes en perte d'autonomie.

Des solutions existent déjà, tandis que d'autres sont encore entre les mains des chercheurs. En repérant des signaux de fragilité grâce à des capteurs et l'utilisation des données des patients, des modèles prédictifs basés sur des intelligences artificielles peuvent permettre dès à présent de "diagnostiquer de façon précoce des chutes"¹⁰. Il est nécessaire de renforcer la recherche française dans ce domaine.

Augmenter l'inclusion du patient âgé dans les études cliniques ^{11, 12}

Aujourd'hui encore, la tendance est d'extrapoler les résultats obtenus lors des études cliniques pour la population adulte plus jeune vers la population âgée. Cela conduit à un manque de données sur les bénéfices et les risques de traitements mais également à une sous estimation des effets indésirables. Il est primordial de donner les moyens à la recherche pour **inclure les patients âgés dans les études cliniques et pour l'utilisation de modèles "in silico"**, afin de garantir l'**efficacité** et la **sécurité** d'emploi des médicaments, mais également pour **faciliter le transfert d'innovations thérapeutiques** pour cette population.

Intégrer au service sanitaire des actions de prévention pour les personnes en perte d'autonomie et/ou dépendantes

Le service sanitaire mobilise des milliers d'étudiants en santé chaque année et permet de diffuser efficacement des **actions de prévention**. Il apparaît donc nécessaire d'inclure la priorité nationale que représente la **prévention de la perte d'autonomie** dans le service sanitaire afin de participer au "changement de regard sur la personne âgée" comme préconisé dans le rapport Libault¹³.

Le contact renforcé avec le grand âge au sein du service sanitaire, pendant sa réalisation ou pendant les enseignements nécessaires à sa préparation, permettra également de **faire évoluer la représentation des futurs soignants**.

Des initiatives étudiantes de prévention existent également, comme celle créée par la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (FNEK), "**Bouge Ton EHPAD**", offrant la possibilité aux étudiants de se rendre dans les EHPAD pour proposer des activités aux seniors et renouer du lien social, permettant notamment de lutter contre l'isolement des personnes âgées. Le projet "**Gardez le Sourire**" de l'Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD)¹⁴ sensibilise environ 6 000 étudiants par an sur l'hygiène bucco-dentaire depuis sa création en 2014. Ainsi que le projet « **PAAIG** », **Plan d'Action, l'Audioprothèse en Instituts Gérontologiques** élaboré par la Fédération Nationale des Étudiants en Audioprothèse (FNEA) offrant la possibilité aux étudiants audioprothésistes d'échanger, de former et de sensibiliser les personnels soignants au fonctionnement et à l'entretien des aides auditives¹⁵. Il serait judicieux de l'intégrer au service sanitaire afin d'étendre son champ d'action vers une population âgée et donc de multiplier les actions de prévention au sein de celle-ci.

ACCENTUER LA PRÉVENTION AUPRÈS DU PATIENT ÂGÉ

Consultation de prévention en Médecine Générale

La littérature scientifique¹⁶ le montre bien : les facteurs de risque présents en "midlife", soit vers 45 ans, sont fortement prédictifs de l'apparition de maladies plus tardives¹⁷ fragilisant les personnes âgées. Nous souhaitons donc développer une **consultation obligatoire à 45 ans** dédiée à la **prévention**. De plus, l'âge de la retraite ayant sensiblement reculé, une **consultation autour de l'âge du départ à la retraite** serait plus adaptée à 65 ans. Ensuite, une **consultation obligatoire dédiée à la prévention tous les 10 ans jusqu'à 85 ans** nous semble appropriée pour aborder avec le patient la notion de personne de confiance et les directives anticipées.

Un **dépistage systématique** à l'aide de l'outil ICOPE pourra être réalisé, tout comme une orientation vers un **ergothérapeute** pour **aménager l'habitat** en prévention des chutes selon les besoins identifiés. Suivant la même logique, le patient pourrait voir son parcours orienté vers un **masseur-kinésithérapeute** ou un **psychomotricien** pour **prévenir la perte de mobilité**, ou encore vers l'**orthophoniste** pour les **pertes cognitives**.

Ainsi le médecin généraliste servirait d'appui au patient, en coordination avec les autres professionnels de santé, pour l'aiguiller dans son parcours de soin de manière personnalisée. Ces consultations étant complexes et chronophages, devront être valorisées par la création d'une cotation spécifique dédiée, alignée sur la cotation VL (visite d'évaluation de la dépendance par le médecin traitant) à 60 euros.

Généraliser le déploiement de l'Activité Physique Adaptée (APA) pour les personnes en perte d'autonomie par son remboursement

Les domaines d'action de l'activité physique adaptée sont très vastes, avec le développement de nombreuses actions, mais souvent de manière isolée. Cette hétérogénéité de l'offre associée au **manque d'interdisciplinarité** limite l'efficacité de ces dispositifs. Depuis le 30 décembre 2016, les médecins ont la possibilité de prescrire de l'APA dans le cadre d'une Affection Longue Durée (ALD). Chez les personnes âgées, les ALD sont très souvent à l'origine d'incapacités et de déclin pouvant conduire le patient à un état de **fragilité** et **d'isolement**.

Les rôles de l'APA sont multiples : **l'entretien et l'amélioration** des **capacités motrices**, la **prévention du risque de chute**, l'intégration du **patient** en favorisant les relations avec son **environnement**, etc. Afin de faciliter la prise en soins de la personne âgée, il apparaît primordial de **sensibiliser les professionnels de santé** et les citoyens à cette pratique afin d'en développer son utilisation.

Aujourd'hui, la prescription d'une APA à un patient en ALD ne donne pas lieu à un remboursement, ni même à une cotation d'acte pouvant ultérieurement être remboursé. La charge financière représentée par ces séances repose donc sur les patients, ce qui est une source d'inégalités, en particulier pour les patients qui n'ont pas la chance d'habiter dans l'une des quelques collectivités territoriales ayant décidé de prendre en charge ces séances d'APA. Il nous apparaît donc opportun que le gouvernement réfléchisse au **remboursement de l'Activité Physique Adaptée**.

De plus, il pourrait être intéressant que les professionnels de santé puissent réaliser des séances d'**Activité Physique Adaptée (APA)**, après avoir réalisé un bilan, sans avoir besoin d'une prescription de la part du médecin traitant, afin de faciliter son déploiement.

Ouvrer pour la mise en place et la promotion des Bilans Partagés de Médication (BPM)

Les objectifs bénéfiques des Bilans Partagés de Médication pour les personnes âgées résident dans l'**amélioration de l'adhésion** et de l'**observance thérapeutique**, la **réduction des risques iatrogènes** et des **mésusages**, mais également dans la **prévention des complications éventuelles** des pathologies du sujet âgé. Afin de valoriser ces BPM et d'améliorer la pertinence de la prise en charge des patients, il est essentiel que les professionnels de santé puissent avoir **accès à l'analyse et aux recommandations émanant des Bilans Partagés de Médication** (suivi thérapeutique pharmacologique, antibiothérapies ciblées etc.). Ainsi les BPM deviendront de véritables liens de coordination entre les professionnels de santé, et tout particulièrement avec le médecin généraliste pour sécuriser le parcours de soin du patient, qu'ils exercent en CPTS, maison de santé ou non.

Il est important que l'ensemble des **professionnels de santé** soit sensibilisé à l'existence de ce dispositif, pour en faire le relais et la promotion auprès des patients éligibles. Afin de garantir à tous l'accessibilité à ce service, il serait intéressant que la réalisation du BPM puisse avoir lieu **au domicile** du patient, et également de les réaliser **à distance** par un système de **télésoins**.

En appui au pharmacien, le **préparateur en pharmacie** doit avoir une **place centrale** dans la **sélection** des patients éligibles aux BPM. Le **numérique** doit être mis à profit du recrutement des patients, grâce à des algorithmes utilisant et croisant les données médicales pertinentes, afin d'établir des listes de patients pour qui le BPM pourrait être bénéfique.

De plus, des **modules inclus dans le bouquet de services numériques** devraient pouvoir faciliter l'accompagnement personnalisé du patient par le pharmacien, en apportant une **aide logistique** dans la réalisation de ces derniers.

Prévention de la perte des fonctions cognitives

D'après une étude réalisée par la DREES¹⁸ en Bourgogne-Franche-Comté en 2014, 8% de la population de 75 ans et plus présenteraient un **déclin des fonctions cognitives**. Ces dernières jouent un rôle essentiel dans le repérage spatial et temporel, l'exécution de tâches, l'attention, la mémoire, le langage, ... autant d'éléments nécessaires à l'autonomie d'une personne. Un **déclin des fonctions cognitives** est donc en lien direct avec une **perte d'autonomie**. De plus, il entraîne également un **isolement social**. Ce cercle vicieux peut être rompu par un **repérage précoce** de ces difficultés et par la mise en place d'adaptations (environnement et communications adaptés notamment). Aussi, les orthophonistes, comme les psychomotriciens et les ergothérapeutes, sont des acteurs privilégiés de cette prise en charge précoce. Il convient de les valoriser afin de les inciter à prendre en soin les personnes âgées. Cela doit passer par une **revalorisation de la cotation de l'AMO** (Acte médical orthophonique) des actes suivants : « bilan des troubles d'origine neurologique » et « rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, de langage des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives ».

Ces actes de prévention et de prise en soin doivent s'effectuer en interdisciplinarité avec tous les professionnels concernés afin de ralentir le déclin de fonctions cognitives.

Accélérer le déploiement de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

Il est indispensable de **mieux valoriser l'ETP**, afin d'encourager son déploiement. Cet outil permet au patient de mieux comprendre les intérêts et le fonctionnement des thérapeutiques mises en place, afin **d'augmenter l'observance et l'adhésion**. L'objectif est également **d'améliorer la qualité de vie du patient** ainsi que **celle de son entourage**.

L'ETP peut aussi être utilisée pour effectuer de la réadaptation de la personne âgée par exemple en apprenant à celle-ci à se servir de **nouvelles aides techniques** permettant ainsi de démocratiser leurs utilisations (commande vocale, repères visuels, ustensiles de cuisine adaptés, brosse à dent électrique, etc.). Les aides techniques jouent un **rôle important dans le maintien à domicile** des personnes âgées.

L'enseignement à l'ETP nécessite une généralisation de celle-ci dans la **formation initiale** pour l'ensemble des étudiants en santé. Ces enseignements doivent garantir la possibilité de participer aux programmes d'ETP validés par les ARS. Il serait pertinent de réaliser ces enseignements théoriques et pratiques en interprofessionnalité.

Un **modèle de financement adéquat** doit être repensé, afin d'augmenter son déploiement en ville, mais également pour favoriser la coordination entre les équipes hospitalières et les équipes mobiles.

Utiliser le numérique comme levier de promotion de la prévention chez les seniors

Le numérique doit favoriser la **mission de prévention** des professionnels de santé, et doit permettre d'effectuer une **prévention ciblée** auprès des patients âgés. Il pourrait être envisagé par exemple de mettre à disposition des professionnels de santé des **outils de prévention en ligne**¹⁹. Grâce à l'intelligence artificielle, ces outils pourraient être proposés aux professionnels de santé en fonction d'une analyse des différentes pathologies et facteurs de risque du patient, puis disponibles par la suite en version patient sur l'**Espace Numérique de Santé**.

Le **développement du numérique en santé**, en particulier des outils de mise en relation et des sites d'informations certifiées à destination des patients, devrait permettre à de nombreux patients de **s'autonomiser** en leur donnant l'opportunité de **s'impliquer davantage dans leur parcours de soins**.

Cependant, l'**accessibilité** aux outils numériques de santé est un **frein** dans certains territoires qui doit être levé, afin de donner les moyens à l'ensemble des professionnels de santé mais également à l'ensemble de la population de pouvoir y avoir accès. En effet, l'**inhabilité numérique** dans le domaine de la santé est majoritairement représentée dans le grand âge, il est donc essentiel de prendre en compte ce facteur lors de la création et de l'adaptation des outils de la santé numérique.

Parmi les freins identifiés, nous pouvons également évoquer le **manque d'interopérabilité** et l'**ergonomie du DMP** qui complexifient son utilisation par le patient et par les professionnels de santé. L'un des prérequis nécessaires à une interopérabilité optimale serait de voir se créer un **volet médical de synthèse** des médecins généralistes avec une possibilité de l'extraire automatiquement du logiciel métier pour l'importer directement sur le DMP. Cela inciterait à l'utilisation de cet outil car en lien direct avec la pratique habituelle des médecins.

Par ailleurs, pour faciliter son exploitation par les professionnels de santé, un indicateur ROSP dédié²⁰ pourrait être imaginé pour encourager le chargement régulier de nouvelles données.

Favoriser le dépistage précoce des pathologies chroniques

Le biologiste médical a un rôle fondamental à jouer dans le **dépistage primaire des maladies chroniques**. Par l'arrivée des **nouveaux scores de risques** dans l'insuffisance rénale chronique, les maladies cardiovasculaires ou encore le diabète, il semble évident que l'aspect **post-analytique**, incluant une **interprétation ciblée des examens** et des **entretiens biologiques**, pour le suivi et le dépistage des pathologies affectant les personnes âgées, **soit valorisé et pris en charge par le système de soin**. De ce fait, de nombreuses complications telles que l'athérosclérose, les neuropathies/troubles visuels du diabétique et hospitalisation pourraient être évitées et permettre de retarder une perte d'autonomie.

La **précocité des diagnostics de pathologies visuelles** est essentielle à leur bonne prise en charge. Nous pouvons noter une diminution du délai d'attente médian à 43 jours pour un rendez-vous chez l'ophtalmologiste selon une étude de l'institut CSA de 2019²¹ contre 52 jours en 2017²². Selon le Syndicat National des Ophtalmologistes Français (SNOF), cette diminution est en partie due à la mise en place de protocoles organisationnels entre les ophtalmologistes et les orthoptistes²³. Par ce biais, l'orthoptiste a la possibilité d'effectuer différents examens permettant à un ophtalmologiste à distance, de détecter une éventuelle pathologie, mais aussi de participer au renouvellement optique. Aujourd'hui, trois protocoles organisationnels sont mis en place, dont un seul pour le dépistage de pathologie (la rétinopathie diabétique). Afin de diminuer davantage le délais d'attente pour une consultation en ophtalmologie, il est nécessaire de **développer d'autres protocoles organisationnels** pour cibler plus de pathologies ophtalmologiques touchant les personnes âgées.

Favoriser la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce des troubles de l'audition

La déficience auditive touche plus de 11% de la population française²⁴. Il a été constaté que, outre des difficultés conversationnelles, les **troubles de l'audition** provoquent l'isolement social et des risques accrus de **dépendance**, de démence et de dépression²⁵. À ce jour, trop peu d'actions de **prévention**, de **dépistages** et d'informations sur les possibilités de prise en charge sont réalisées alors que la **compensation du déficit auditif** induit un **effet bénéfique sur la santé mentale**, sur le **ralentissement du déclin cognitif** et plus globalement, sur l'**espérance de vie en bonne santé**. Ces bénéfices se manifestent par la capacité à conserver une autonomie indispensable afin de permettre à nos aînés de résider le plus longtemps possible à leur domicile et ce, dans de bonnes conditions.

Prévenir les conséquences du vieillissement au sein de la cavité buccale

Physiologiquement, la structure osseuse permettant le maintien des dents sur l'arcade va diminuer : plus le patient est âgé et plus l'édentement sera étendu. Ces pertes dentaires successives vont avoir différentes conséquences sur le sujet âgé. La mastication fonctionnelle est impérative pour la suite des étapes de la digestion et donc pour la **nutrition** du patient. Un défaut fonctionnel peut donc engendrer une **dénutrition** et des **troubles digestifs**. En plus d'une diminution de l'esthétique du sourire sans éléments prothétiques adaptés, le manque d'une ou plusieurs dents engendre un **trouble de la phonation** rendant les interactions sociales plus complexes et **discriminatoires**. Souvent associée à des comorbidités, on retrouve une modification quantitative et qualitative de la salive, qui joue un rôle important dans l'équilibre du milieu buccal et de la prévention des caries. On trouve également des maladies systémiques en lien étroit avec la qualité de l'hygiène bucco-dentaire comme le diabète²⁶ par exemple. Il est donc primordial de prévenir de tous ces risques par l'enseignement à l'**hygiène bucco-dentaire** du patient. Chaque professionnel de santé doit être en mesure de fournir une explication claire au patient vis-à-vis du maintien de l'hygiène bucco-dentaire et de l'importance de **remplacer chaque dent perdue** pour pérenniser l'apport nutritionnel et la qualité des interactions sociales du patient. La perte des dents est perçue par les patients comme une mutilation, aussi bien physique que psychique. L'image renvoyée est celle de la vieillesse et du corps qui se dégrade. Prendre soin de nos aînés, c'est aussi accorder une attention majeure à l'état psychologique, et l'intégrité bucco-dentaire permet une alimentation variée et saine, primordiale pour leur santé morale.

Démocratisation des actions de prévention des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) à destination des métiers du grand âge dans le but de diminuer la sinistralité

Dans le cadre du rapport²⁷ El Khomri, différentes propositions ont été émises afin de **lutter contre la sinistralité et améliorer la qualité de vie au travail**. Les principales causes d'invalidité chez le personnel d'aide à la personne sont les maladies névrotiques et les troubles ostéoarticulaires.

Il est important que des mesures soient mises en place à destination des métiers du grand âge, dans **la conception et la conduite de démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage des TMS**.

Il serait cohérent d'inclure les **kinésithérapeutes-préventeurs** et les **formateurs en prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP)**, aux futures mesures de **prévention** et de **démocratiser leurs actions**, en tenant compte du nombre important de soignants à former et de l'urgence que cette situation représente, auprès d'un public présentant des facteurs de risques de développer des TMS. Cependant, cette urgence ne doit pas nous interdire de remettre en question les actions de prévention réalisées actuellement, en particulier les formations basées sur la modification des gestes et des postures qui ont scientifiquement démontrées leurs limites depuis plusieurs années²⁸.

FAIRE ÉVOLUER L'EXERCICE DE NOS MÉTIERS

PRÉVENTION DES CHUTES

Promouvoir la prévention des chutes à domicile ou en structure, une urgence sanitaire

Chaque année, environ 30% des personnes âgées de plus de 65 ans et 50% des plus de 80 ans chutent. La chute du sujet âgé est liée à une **réduction du réflexe de posture** survenant au cours du vieillissement, mais aussi à une **diminution des capacités neuro-sensorielles**. 25% des motifs de recours aux urgences des personnes âgées sont de la traumatologie, ce qui en fait le premier motif de recours aux urgences des personnes âgées²⁹. Il s'agit d'un problème de santé publique et économique majeur qui est voué à croître rapidement.

A travers les dispositifs de **Maintien à Domicile (MAD)**, les professionnels de santé doivent **optimiser la prise en charge du patient**, sa **qualité de vie à domicile**, ses **capacités cognitives** ainsi que **l'adaptation de son environnement physique**, afin d'éviter sa prise en charge en structure pouvant entraîner une modification du rythme de vie du patient.

Les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes doivent agir en **prévention de la récurrence**, dans leur rôle de **rééducation, de réadaptation** et **d'aide** pour la reprise de confiance de la personne âgée après ce traumatisme. Il est aussi à rappeler que **l'alerte précoce des infirmiers** auprès de l'équipe de rééducation est le premier maillon de la **chaîne de prévention**.

Cependant, **la prévention avant la chute** ne doit pas non plus être négligée. L'INSERM le préconise³⁰, "les interventions [...] reposant sur la pratique d'exercices physiques sont efficaces pour réduire le nombre de chutes et le nombre de chuteurs chez les personnes vivant à domicile".

Alors que le rapport Libault³¹ met en avant comme priorité le "**renforcement de la prévention**", il apparaît maintenant nécessaire de miser sur le rôle essentiel de la **prévention des chutes**, qui a déjà fait ses preuves³², avec un impact positif sur la **réduction du taux de chute** (- 32%) et sur le **risque de chuter** (-22%).

Cependant, ces actes de prévention, généralement réalisés en dehors de toute prise en charge conventionnée, doivent être **démocratisés** grâce à la création d'un **parcours spécifique** afin que ce type de prise en charge soit réalisé par un très grand nombre de professionnels de santé sur tout le territoire français, au domicile ou en structure.

Promouvoir la prévention de l'incontinence urinaire, un des facteurs principaux de la perte d'autonomie et du placement en structure de la personne âgée

L'incontinence joue un rôle important dans la **santé physique et mentale** de la personne âgée, se traduisant par un cap difficile à accepter : la perte d'une certaine forme d'autonomie. La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge jusqu'à atteindre 74%³³ pour les femmes de plus de 75 ans et 40%³⁴ pour les hommes de 70 à 79 ans. Il faut également noter que **6% des institutionnalisations sont dues à l'incontinence urinaire**³⁵, elle-même présente chez 43 à 72% des femmes vivant en institution³⁶.

Les personnes âgées en institution avec une incontinence urinaire ont souvent une santé mentale fragile et une force physique inférieure, un handicap plus grand, une faible estime de leur état de santé et plus de symptômes dépressifs³⁷. De plus, ces fuites urinaires sont à l'origine de problèmes d'hygiène, d'isolement et de restriction des activités sociales, elles sont souvent un sujet tabou.

Pourtant, l'incontinence urinaire n'est pas – et ne doit pas être – une fatalité ni un scénario noir puisqu'il existe aujourd'hui des solutions adaptées et efficaces.

Toutes les recommandations³⁸ sont en accord sur l'utilité d'une **prise en charge rééducative**, quel que soit l'âge, et sur l'utilisation de la **rééducation périnéale**, en première intention, chez la personne âgée, avec une efficacité qui n'est plus à démontrer.

Il nous apparaît donc pertinent, d'après cette analyse, de **valoriser ce type de rééducation** réalisée par les kinésithérapeutes et les sages-femmes. Enfin, pour améliorer la prévention de la perte d'autonomie, il est nécessaire de réfléchir à la **valorisation financière** d'une prise en charge préventive de la perte d'autonomie liée à l'incontinence urinaire.

Promouvoir la prévention des troubles de la déglutition, facteurs de troubles respiratoires et de dénutrition

Les troubles de la déglutition ou dysphagie peuvent entraîner une **pneumopathie d'inhalation** ainsi qu'une **dénutrition**. Ils contribuent donc à la perte d'autonomie.

Or, 10 à 30% des personnes âgées vivant à domicile présenteraient un trouble de la déglutition. Ce chiffre atteint jusqu'à 70% des personnes vivant en institution³⁹ et 80% des personnes atteintes de démences⁴⁰. Par ailleurs, ces dernières touchent plus d'une personne sur 6 de plus de 80 ans⁴¹.

Cependant, le diagnostic de la dysphagie est **posé tardivement**. En effet, le personnel soignant qui entoure la personne âgée est **peu formé** à cette problématique. Les fausses routes peuvent parfois être évitées par une **posture et un environnement adaptés** à la personne.

Aussi, dans le cadre des dispositifs d'accompagnement à la personne âgée, les soignants qui interviennent auprès de cette dernière doivent être **formés au repérage et à la prévention** de la dysphagie. Cette formation pourrait être réalisée en interprofessionnalité, par des kinésithérapeutes et des orthophonistes. Pour cela, ces derniers doivent être **valorisés** par la **création d'un AMK et d'un AMO** "formation à prévenir et détecter les dysphagies". De plus, afin de les inciter à diagnostiquer et prendre en charge la dysphagie, une **augmentation** de l'AMO et de l'AMK (Acte médical de kinésithérapie) correspondant au bilan de la déglutition ainsi qu'à sa prise en charge doit être effectuée.

La prise en charge de la dysphagie par les professionnels concernés doit passer par une **guidance** afin que patients et aidants adoptent les bons comportements. Elle passe aussi par une **adaptation de l'environnement pour le repas** (installation du patient et éventuellement de la personne qui donne le repas, stimulations sonores et visuelles, choix des ustensiles) qui peut être réalisé par l'ergothérapeute. Lorsque l'alimentation doit être modifiée, il convient de trouver un équilibre entre ce que souhaite le patient et ce qui ne le met pas en danger. Un travail d'adaptation de l'alimentation peut être réalisé par des diététiciens, des professionnels de santé, les patients et aidants ainsi que les organismes porteurs de repas à domicile.

PRISE EN CHARGE À DOMICILE

Favoriser une prise en charge rapide au domicile du patient à la suite d'une hospitalisation par la création d'un Forfait de Retour à Domicile de la personne âgée

Afin de décharger du temps médical au médecin généraliste, les compétences des professionnels de santé au contact permanent avec les patients à domicile doivent être valorisées. Comme le souligne le rapport Libault⁴², les **sorties d'hospitalisation** des personnes âgées en perte d'autonomie "sont des **moments à risque** qui devraient bénéficier d'une attention toute particulière". Et pourtant, il existe plus de 15%⁴³ de réhospitalisation à 30 jours (RH30) des personnes âgées de plus de 65 ans.

La **fluidité** et la **continuité du parcours de soins** des personnes âgées en sortie d'hospitalisation doit être repensée et améliorée. Les forfaits d'accompagnement du retour à domicile post-chirurgie orthopédique et post-AVC (FAD et FRD) incitent aujourd'hui les kinésithérapeutes à prendre en charge plus rapidement les patients à leur domicile après une chirurgie orthopédique ou après un AVC.

Dans la continuité de ces mesures, nous sommes convaincus que la mise en place d'une **incitation financière** similaire pour la **prise en charge rapide des personnes âgées** en sortie d'hospitalisation améliorerait l'attractivité de la prise en charge de ces patients au moment où ils sont le plus fragiles. Ce forfait de retour à domicile des personnes âgées (FRDPA) pourrait être envisagé pour les kinésithérapeutes, les infirmiers et les ergothérapeutes afin de proposer à ces patients une prise en charge globale.

Améliorer la compensation financière de l'activité des professionnels de santé au domicile des personnes en perte d'autonomie en modifiant le financement des actes et le forfait de déplacement

La population âgée étant grandissante, il est essentiel de s'assurer que les patients pris en charge à **domicile** puissent bénéficier de **prestations équivalentes** à celles proposées en **structure**. Ainsi, un travail doit être effectué sur l'**attractivité financière** des professionnels de santé exerçant au domicile des sujets âgés. La prise en charge à domicile peut présenter pour le professionnel des contraintes supplémentaires avec une organisation des rendez-vous plus complexe, un cadre et un confort de travail moins attractifs, une perte de temps sur le trajet aboutissant à une baisse de chiffre d'affaires, etc. Le **modèle de financement** doit être repensé, de même que le **forfait d'indemnisation des déplacements**.

Pour les kinésithérapeutes, l'acte de « **Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée** », correspondant à l'acte de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) « AMK 6 », est majoritairement prescrit pour des patients ne pouvant pas se déplacer dans un cabinet.

Factuellement, malgré la création d'une **indemnité forfaitaire de déplacement** spécifique pour le maintien de l'autonomie de la personne âgée d'un montant de 4€ (contre 2,5€ avant l'Avenant 6), la prise en charge d'un patient possédant une prescription « AMK 6 » représente une rémunération de 16,90€, soit une rémunération supérieure de 0,77€ par rapport à l'acte avec la rémunération la plus basse réalisée en cabinet (16,13€ pour un AMS 7,5).

Une réelle dynamique doit être insufflée, afin de favoriser la prise en charge kinésithérapique au domicile des patients en perte d'autonomie. Cette dynamique passe par une **revalorisation financière** de la prise en charge kinésithérapique de la personne âgée et nous proposons donc deux axes d'amélioration :

Le **retrait de l'AMK 6**, peu rémunérateur comparé à un exercice en cabinet. Cette décision participerait activement à améliorer l'attractivité de l'exercice à domicile auprès des plus âgés.

La mise en place d'une indemnité forfaitaire de déplacement unique d'une valeur de 4€, faisant passer l'acte kinésithérapique dédié à la personne âgée de « Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé » (AMK 8,3), à une valeur de 21,85€, soit une rémunération supérieure de 5,72€ par rapport à l'acte avec la rémunération la plus basse réalisée en cabinet (16,13€ pour un AMS 7,5).

Pour les orthophonistes, d'après leur Nomenclature générale des actes professionnels⁴⁴, l'indemnité forfaitaire de déplacement s'élevant à 2,50€ ainsi que l'indemnité kilométrique allant de 0,24€ par kilomètre en plaine et 1,07€ par kilomètre à pied ou à ski, ne suffisent pas aux professionnels pour amortir les frais liés à la prise en charge à domicile d'un patient. Nous proposons donc :

- Une augmentation de l'indemnité kilométrique de façon à couvrir les frais du véhicule et/ou le temps de trajet.
- Un élargissement des trajets remboursés. Actuellement, seuls les trajets entre le cabinet et le domicile sont remboursés, ce qui ne permet pas à l'orthophoniste d'être indemnisé pour les trajets qu'il aurait effectué entre 2 domiciles dans le cas où il effectuerait plusieurs prises en charge au domicile des patients à la suite.

- L'annulation du critère de proximité du professionnel dans le calcul des indemnités kilométriques. En effet, indemniser l'orthophoniste qui intervient au domicile du patient en fonction de la distance du cabinet du professionnel le plus proche ne répond pas aux problématiques démographiques de la profession. D'après une étude réalisée par la DREES en 2019, la densité moyenne d'orthophonistes sur le territoire français était de 38,2 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité pouvait descendre jusqu'à 13,3 voire 4 dans certains départements. Les listes d'attente pour consulter un orthophoniste sont très longues ce qui explique pourquoi certains patients se dirigent vers des professionnels parfois éloignés de leur lieu de vie.

Favoriser la prise en charge globale à domicile des personnes âgées

Dans la continuité de la prise en charge à domicile des personnes âgées par les médecins, les infirmiers et kinésithérapeutes, et afin d'assurer des soins les plus pertinents possibles, il nous semble essentiel d'envisager un **élargissement du remboursement actuel** pour d'autres professions de santé.

Premièrement, dans des circonstances prédéfinies, une **prise en charge médico-pharmaceutique à domicile** doit être prévue, avec la création d'un **acte de visite pharmaceutique**, prescrit par le médecin, et réalisé par l'équipe officinale dans laquelle évolue le **pharmacien correspondant** du patient. Cette visite serait l'occasion pour le pharmacien de réaliser un **Bilan Partagé de Médication**, ou encore d'**évaluer** sur demande du médecin la **situation du patient**, avec formulation de propositions dans un objectif de **simplification des traitements, d'amélioration de l'observance** et de **réduction de la iatrogénie**.

De même, les **thérapies non médicamenteuses** proposées par les ergothérapeutes, les orthophonistes et les psychomotriciens, qui ont fait leurs preuves en institution, permettent d'**améliorer** significativement **l'indépendance** et **l'autonomie** des personnes âgées, de **prévenir la dégradation de leurs capacités physiques et cognitives**, favorisant donc leur **maintien à domicile**. De plus, la HAS a reconnu leurs efficacités sur la **diminution des troubles du comportement**⁴⁵ et la prise en charge de la douleur. La mise en place de prestations à domicile mais surtout la prise en charge de celles-ci par la sécurité sociale permettrait donc d'améliorer la prise en soin de la personne âgée.

Utilisation d'outils numériques adaptés

Les pratiques de soins prennent aujourd'hui un tournant numérique. De nombreux outils d'aide à la décision voient le jour notamment sous la forme de sites internet de référence comme Antibioclic⁴⁶, Pédiadoc⁴⁷, Pas à pas en pédiatrie⁴⁸, etc. Ces outils permettent aux professionnels de santé d'avoir accès facilement à des recommandations valides utilisables en pratique quotidienne au cabinet face au patient ou bien en visite à domicile. Ils sont de plus en plus utilisés par les praticiens.

Il serait donc utile de les rendre accessible par une interface unique. La prévention que ces outils permettent sera d'autant plus réalisée si ces logiciels sont facile d'accès par le professionnel de santé. Le bouquet numérique santé aurait donc toute sa place en tant que guichet unique numérique. Il pourrait permettre un accès direct à un modèle de création de PPCS en ligne, un modèle numérique de création de directives anticipées, l'application ICOPE, des échelles et scores de référence couramment utilisés en pratique ambulatoire.

VALORISATION DE L'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Développer et valoriser les activités occupationnelles et de bien-être

Dans un objectif de **lutte contre la perte d'autonomie, la dépression et l'isolement**, il est nécessaire de réfléchir à une **valorisation du temps** que passent les professionnels de santé pour les **activités occupationnelles** des personnes âgées en institution (jeux de sociétés, cuisine, musicothérapie, etc.). Ces animations et activités permettent notamment de recueillir des informations indispensables pour les soignants. Concernant les personnels en structure, du temps devrait être consacré pour cela. Une **cotation des actes** pour les professionnels libéraux permettrait de les développer, ainsi que d'ouvrir cette pratique au plus grand nombre. En effet, il serait intéressant d'étendre ces pratiques en dehors des structures, notamment **au domicile** de la personne âgée, en proposant la mise en place d'**équipes mobiles grand âge**. Le **remboursement des interventions** par l'assurance maladie pourrait également être envisagé dans l'esprit de l'accompagnement réalisé par les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)⁴⁹.

Ces activités, déjà réalisées par certaines professions, pourront ainsi évoluer vers un travail d'**équipe pluridisciplinaire** cadrant les objectifs de ce temps d'échange dans l'**observation**, le **bien-être** et la **réhabilitation** de la personne âgée. C'est également grâce à ces activités que le professionnel de santé pourra détecter des **situations de détresse sociale** et de **dépression** de la personne âgée.

Promouvoir la déclaration d'opinions pharmaceutiques^{50,51}

L'opinion pharmaceutique fait état d'une **recommandation efficiente**, visant à alerter, modifier, interrompre, ou suggérer d'entreprendre un traitement. Il s'agit d'un **avis motivé du pharmacien** à destination du prescripteur, spécifique pour un patient, faisant suite à une analyse pharmaceutique, et portant sur un traitement ou un ensemble de traitements prescrits. L'opinion peut être rédigée suite à une prescription du mauvais dosage (non justifiée, ou sans prise en compte de la pharmacocinétique liée à l'âge), un oubli de prescription, une prescription d'un médicament sans indication justifiée, une interaction médicamenteuse dangereuse etc.

A l'image de ce qui est réalisé au Québec depuis plusieurs années, il pourrait être envisagé de faire de l'opinion pharmaceutique un **acte remboursable**. Des outils de déclaration informatique de l'opinion pharmaceutique, présents sur le bouquet de services numériques, devraient permettre au pharmacien de pouvoir en informer rapidement le prescripteur.

La valorisation de l'opinion pharmaceutique peut également avoir pour objectif d'assurer une **traçabilité de l'adaptation du traitement**, qui est une mission du "**pharmacien correspondant**", de conserver en mémoire le **témoignage de l'acte effectué** afin d'alimenter le suivi du patient, **d'apporter une lisibilité sur l'acte** en montrant le **cheminement de la réflexion**. En effet, la rétention d'informations pertinentes par le dispensateur ne va pas dans l'intérêt du patient.

Promouvoir la prise en charge Basse Vision pour conserver l'autonomie des personnes âgées déficientes visuelles

La fréquence de nombreuses pathologies du système visuel augmentent chez les personnes âgées. L'**altération de la fonction visuelle** peut conduire à une **perte d'autonomie** dans la vie quotidienne du patient ainsi qu'une altération de la santé psychologique⁵². Une **rééducation orthoptique en basse vision** permet au patient de **palier aux déficits visuels** liés à des maladies telles que la DMLA ou le glaucome. A l'issue de cette prise en charge, une amélioration significative est constatée dans les domaines de la lecture, de la vie quotidienne et de la santé psychologique⁵³. Une **promotion de cette prise en charge** auprès des professionnels de santé (ophtalmologistes, médecins généralistes, ...) et des personnes âgées déficientes visuelles est donc essentielle pour limiter leur dépendance et maintenir leur qualité de vie.

Agir contre la précarité à l'accès prothétique de qualité en améliorant le remboursement de ces actes pour les personnes âgées

Concernant le **remplacement des dents manquantes** par des prothèses, qu'elles soient fixes ou amovibles, ces solutions de traitement sont **très préconisées** notamment pour les **catégories d'âge les plus élevées** où l'on constate des édentements plus nombreux et étendus. La mise en place du "100% Santé" qui garantit un **reste à charge nul** sur certaines options thérapeutiques est certes un pas en avant dans l'accès au soin mais n'offre pas assez le choix d'un traitement de qualité qui réponde aux dernières données acquises de la science.

Concernant les prothèses auditives, les personnes âgées en sont les utilisateurs majoritaires. Néanmoins, le taux d'appareillage effectif de la population malentendante en France est de seulement 34%⁵⁴. Le **prix de l'équipement** est cité comme **1ère cause de non-appareillage**⁵⁵. La mise en place du "100% Santé" a permis la création de deux classes d'aides auditives (la classe 1, dotée d'un prix de vente encadré et la classe 2, aux caractéristiques techniques plus étoffées), ce qui est un pas en avant dans l'accès au soin. Cependant les remboursements des aides auditives de Classe 2 sont drastiquement abaissés par rapport à ceux de Classe 1 par certaines complémentaires santé. Cela laisse les déficients auditifs avec un reste à charge plus important qu'avant la réforme et restreint leur libre choix prothétique alors que toutes les comparaisons internationales montrent qu'une **meilleure observance** est obtenue lorsque le patient a le **libre choix de sa prothèse**.

Les personnes âgées doivent disposer d'une chance de voir leurs édentements et troubles auditifs comblés par des **solutions thérapeutiques de premier choix** sans que celles-ci n'alourdissent leur précarité.

NOUVEAUX MODES DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Coordination médico-sociale

La prise en charge de la personne âgée nécessite la création de parcours de soins afin de coordonner l'ensemble des acteurs médico-sociaux gravitant autour du patient.

L'implantation des programmes de coordination existants⁵⁶ reste hétérogène sur l'ensemble du territoire. Ils interagissent avec un ensemble de groupements de professionnels, complexifiant la compréhension du système pour les acteurs. CLIC⁵⁷ (Centres Locaux d'Information et de Coordination), SPASAD⁵⁸ (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile), , réseaux de sante⁵⁹, équipes mobiles gériatriques⁶⁰, etc. sont autant de structures pouvant évoluer en parallèle.

Afin de créer une meilleure lisibilité pour tous, nous souhaitons encourager la **création d'un guichet unique regroupant tous les acteurs du troisième âge**. Ce rapprochement au sein d'une seule et même structure permettrait d'éviter un fonctionnement en silo et de garantir une interopérabilité efficiente.

M. Libault plaidait dans son rapport pour la **création d'une Maison des aînés et des aidants départementale**. Nous encourageons cette proposition. Cette structure s'avère aujourd'hui indispensable, non pas pour remplacer l'ensemble des structures existantes, mais bel et bien pour les regrouper et les faire fonctionner ensemble.

Evaluation et protocolisation des besoins

L'évaluation de la perte d'autonomie de la personne âgée peut s'avérer complexe dans certains cas. Elle nécessite alors des compétences pouvant être du ressort des médecins généralistes ou bien des gériatres. L'Évaluation Gériatrique Standardisée⁶¹ reste aujourd'hui encore le gold standard⁶². Cependant, sa complexité et sa durée limitent son utilisation pratique en dépistage courant.

L'OMS s'est donc emparée du sujet et a créé un programme : ICOPE⁶³. Celui-ci se base sur le dépistage de la diminution des 5 capacités intrinsèques de la personne via des échelles simples et validées. L'originalité de la démarche naît surtout du support numérique utilisé. L'existence d'une application simple et fonctionnelle en fait un outil particulièrement efficace et pertinent pour le dépistage lors d'une consultation par exemple. **Nous souhaitons donc que l'outil ICOPE soit promu par les instances et que son utilisation soit fortement encouragée**. tout professionnel de santé doit pouvoir s'en emparer afin de dépister une perte d'autonomie et ainsi orienter le patient vers son médecin traitant pour la suite de la prise en charge. Cette application étant utilisable par le grand public également, elle pourra aussi être promue lors de la semaine bleue et mise à disposition sur l'espace numérique de sante⁶⁴.

Le programme ICOPE devrait s'imposer dans la démarche de dépistage. Dans les situations plus complexes, une Évaluation Gériatrique Standardisée pourrait être réalisée par une équipe de gériatrie spécialisée

Selon les résultats de cette évaluation, il serait possible d'établir un Plan Personnalisé de Coordination en Santé⁶⁵ (PPCS). C'est depuis 2019 l'outil protocolisant la coordination autour du patient. Il nécessite un référent soignant qui prend donc le rôle de coordinateur. Il doit être réévalué régulièrement.

Un professionnel de santé, quelqu'il soit, justifiant de compétences de coordination, pourrait, s'il le souhaite, devenir le référent de ce PPCS. Il pourrait être aidé par un Dispositif d'Appui à la Coordination⁶⁶ ou bien par un réseau de santé pour la rédaction. La participation à une Equipe de soins primaires ou à une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé facilitant le lien et l'échange entre les acteurs, les membres d'une même structure seront privilégiés comme intervenants.

Le rôle de référent de PPCS nécessitant des compétences de coordination, nous souhaiterions que celui-ci soit en priorité un professionnel qui puisse justifier d'une formation à la coordination comme décrite dans la partie formation de notre contribution.

La rédaction du PPCS étant un travail d'envergure, il nous paraît nécessaire qu'elle donne lieu à un financement. Celui-ci prendrait la forme d'un **financement annuel forfaitaire proportionnel au nombre d'acteurs impliqués**. Le référent, de par son rôle prépondérant, accéderait à un financement plus important que les autres acteurs. Cependant chacun des autres acteurs bénéficierait du même montant de financement forfaitaire, au titre de sa participation à un exercice coordonné formalisé. Le PPCS est le support de la contractualisation du projet de soin des acteurs médico-sociaux pour un patient donné. Il se doit donc d'être accessible à tous, compréhensible et complet.

Cependant, aujourd'hui, le seul support de PPCS existant est une trame, éditée par la HAS, sous forme de tableau peu lisible. **Nous pensons qu'il serait intéressant de développer un outil en ligne intuitif d'aide à la création de PPCS**. Cela permettrait de simplifier le travail de rédaction du référent mais également d'harmoniser le format à l'échelle nationale. Un exemple à suivre et à envisager comme base de travail est celui du site internet de la maison des aînés et des aidants de Paris, permettant la création d'un PPS en ligne⁶⁷.

Interprofessionnalité

La prise en charge de la personne âgée, de par sa complexité, nécessite l'intervention de multiples professionnels. Afin de permettre une coordination optimale, il est indispensable de développer une réelle interprofessionnalité, un **travail d'équipe pour le patient**.

Les CPTS⁶⁸ sont en plein développement et tendent à s'imposer comme la structure principale interprofessionnelle territoriale. En effet, elles sont les seules à intégrer une approche populationnelle et mettent en lien l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. Afin de favoriser la coopération de la multiplicité d'acteurs investis dans la prise en charge de la personne âgée polyopathologique, il est essentiel de développer ces structures, favorisant la transmission d'information et donc la fluidité du parcours de soin du patient.

L'investissement dans de telles structures reste toutefois compliqué pour les professionnels. Malgré l'accès à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel⁶⁹ (ACI) depuis 2019, les financements restent un facteur limitant. Afin que les CPTS puissent se développer, les professionnels médico-sociaux doivent pouvoir libérer du temps pour s'y engager sans perte financière. **Nous souhaitons donc que l'engagement dans ces structures soit davantage encouragé par une majoration des financements forfaitaires.**

De plus, les démarches pour la création d'une CPTS restent longues et fastidieuses, notamment pour accéder à l'ACI. Nous souhaitons donc que ces démarches puissent être facilitées. La **création d'un guichet dédié avec un interlocuteur unique dans chaque ARS** pourrait y contribuer. L'allègement des démarches administratives est également une attente des professionnels de santé.

Lien ville-hôpital

La coordination ne peut aujourd'hui opposer le domaine ambulatoire et hospitalier. Un véritable lien doit encore être créé pour permettre une collaboration optimale.

Les CPTS doivent donc permettre un lien fort entre ces deux milieux trop souvent éloignés. **La gouvernance de l'hôpital doit donc inclure les CPTS et celle des CPTS inclure l'hôpital, dans une logique de réciprocité.**

Ce lien doit aujourd'hui avoir pour objectif principal de tendre vers le « zéro passage évitable aux urgences », et ce notamment pour les personnes âgées, pour qui un passage aux urgences peut être traumatisant. Afin de tisser ce lien, nous souhaitons voir se **démocratiser les lignes téléphoniques directes entre soignants de premier recours et spécialistes hospitaliers**. Celles-ci permettent d'obtenir un avis spécialisé, par exemple pour les médecins généralistes, et de permettre une éventuelle admission directe d'un patient sans passage par les urgences. Ce modèle existe déjà dans certains territoires et pour certaines spécialités mais gagnerait à être démocratisé et formalisé, notamment en gériatrie ainsi qu'en soins palliatifs. Le modèle de la HopLine du CHU de Lille⁷⁰ en est un exemple concret et efficace.

De plus, les CPTS pourraient travailler à la **création d'un protocole standardisé d'admission directe en milieu hospitalier**, afin de faciliter les démarches sans passage aux urgences.

Afin de permettre une coordination optimale et des échanges fluides, nous encourageons le développement de systèmes d'information partagés⁷¹ **adaptés aux besoins des CPTS**. Ceux-ci doivent pouvoir s'intégrer au travail de tous les acteurs en les pensant avec ces professionnels de terrain. Dans une logique d'intégration, les systèmes informatiques hospitaliers doivent également se coordonner avec les logiciels partagés de la CPTS. Afin d'assurer une communication bilatérale fluide lors des hospitalisations, tous **les acteurs hospitaliers nécessitent un accès au logiciel de la CPTS**.

Il est également essentiel dans le cadre du **lien ville-hôpital** de **sécuriser la prise en charge** du patient en **interceptant les erreurs médicamenteuses**⁷² dues aux défauts de transmission d'informations entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier. La conciliation médicamenteuse doit être **systematisée** pour l'ensemble des patients. Elle consiste à **formaliser au moment de l'admission** du patient une liste complète et exacte des médicaments pris par le patient à son domicile incluant le nom, le dosage, la posologie, la forme galénique et la voie d'administration ; puis faire de même **au moment de sa sortie** en explicitant les différences entre l'ordonnance d'entrée et d'hospitalisation et de sortie, afin de garantir la continuité du traitement médicamenteux.

Le compte-rendu de la conciliation doit permettre de transférer les informations de l'hôpital vers la ville et de la ville vers l'hôpital, de manière sécurisée par le biais de la dématérialisation de la **lettre pharmaceutique de liaison**⁷³, garantissant la **sécurité** et la **qualité** de la prise en charge du patient lors de sa sortie. Ces informations doivent permettre à tous les professionnels de santé de comprendre les évolutions thérapeutiques du patient au cours de son séjour.

Systematiser l'évaluation de l'état nutritionnel du patient âgé

Dans le cadre d'un **parcours coordonné**, le professionnel de santé ayant repéré un déséquilibre alimentaire (dénutrition, obésité...) pourrait, sur la base d'un **protocole de coopération** validé, évaluer les besoins du patient et l'accompagner dans les modifications du régime hygiéno-diététique en accord avec les recommandations du Plan National Nutrition Santé (PNNS). L'information et la communication avec les autres acteurs (médecins traitants, infirmiers, associations de patients...) serait ainsi formalisée. Chaque professionnel de santé doit être en capacité de déceler un défaut de mastication, première étape de la digestion. Il est également important de pouvoir signifier au patient un défaut dans son hygiène bucco-dentaire pour que ce dernier la corrige et maintienne une denture stable et fonctionnelle.

Donner l'accès aux données biologiques afin de permettre d'être réactif face au traitement

Les **changements physiologiques** des sujets âgés de plus de 65 ans, l'**altération de fonctions organiques**, l'**arrêt ou la reprise** de certains **traitements**, opèrent des variations sur les paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques d'un médicament, et nécessitent la plupart du temps un **ajustement posologique**, afin d'éviter des phénomènes de toxicité ou au contraire une inefficacité thérapeutique.

Afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients et dans un souci de **réactivité**, une **collaboration** doit s'inscrire entre le biologiste médical, l'infirmier, le pharmacien d'officine et le médecin généraliste.

Dans le cadre de **protocoles**, et en fonction des **cibles thérapeutiques** définies, l'accès aux données biologiques permettrait au biologiste médical, à l'infirmier et au pharmacien d'officine de pouvoir **ajuster la posologie** du traitement, en regard du **dosage de certains marqueurs biologiques**, tels que la clairance rénale, le dosage des folates, du calcium, de la kaliémie ainsi que de la natrémie et des INR.

De plus, le biologiste médical, pourrait être en mesure de réaliser des **interprétations personnalisées du bilan biologique**, mais également d'ajouter si besoin des **analyses complémentaires**. Le prescripteur doit cependant en être informé, afin d'accélérer le processus de prise en charge et ainsi optimiser les chances du patient.

Valoriser le rendu de résultats par le biologiste médical

L'entretien biologique a pour objectif de permettre au patient de **mieux comprendre ses résultats**, de lui **apporter des conseils** ainsi que de le **réorienter** au besoin, en fonction des résultats, vers un professionnel de santé spécialisé. Cependant il est nécessaire de **réglementer** et de mieux **formaliser** cet entretien biologique, afin qu'il fasse partie intégrante du parcours de soins, permettant d'**améliorer le suivi de la pathologie chronique du patient**. Cet entretien doit inclure le suivi thérapeutique pharmacologique, le suivi des pathologies chroniques (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque) et le rappel des mesures préventives.

Adopter une approche pluridisciplinaire dans l'adaptation de la forme galénique

Dans certaines situations cliniques, comme la **dysphagie** qui est fréquente chez la personne âgée, l'**intervention coordonnée** de différents acteurs, devrait permettre de **personnaliser, sécuriser et faciliter l'administration** des thérapeutiques. Cette approche doit être renforcée **en ville** comme **à l'hôpital**, avec l'obligation d'en informer le prescripteur, afin d'accélérer le processus de prise en charge du patient. En fonction des thérapeutiques, des formes galéniques de substitution doivent être cadrées afin que le choix reste **adapté**. L'infirmier sur conseil du pharmacien, doit pouvoir avoir la possibilité de **modifier la forme galénique** sur l'ordonnance originale dans le but de faciliter l'observance. De plus, si le patient est pris en charge par un orthophoniste précisant la dysphagie, le pharmacien hospitalier ou officinal doit être en mesure de proposer une adaptation de forme pharmaceutique en fonction de l'inefficacité et de la toxicité.

Développer de nouvelles compétences en lien avec la coordination du parcours des personnes en perte d'autonomie

La prise en charge des personnes en perte d'autonomie connaît aujourd'hui un changement de paradigme majeur et la coordination du parcours de soins de ces patients fait l'objet d'une attention toute particulière de par l'**aspect central** de ce poste. Depuis 2005, tous les EHPAD se voient dans l'obligation d'avoir un médecin coordonnateur au sein de la structure. Cependant, selon le rapport parlementaire de mission sur les EHPAD⁷⁴, un tiers des EHPAD en seraient actuellement dépourvus, ce qui correspondrait à des milliers de patients ne bénéficiant pas d'un suivi correct de leur parcours de soins.

Afin de **pallier le manque de médecins coordonnateurs** dans ces structures, il serait intéressant de pouvoir **déléguer cette mission, sous le contrôle d'un médecin**, à d'autres professionnels de santé : infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, pharmaciens etc., pour assumer des fonctions de coordination dans les EHPAD déficitaires.

Approche multidisciplinaire dans la revue des traitements médicamenteux⁷⁵

La population âgée est particulièrement exposée au **risque iatrogène**, dû à l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques corrélée à l'âge du patient. La polyopathie, de même que les modifications physiologiques, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge, rendent la prise en charge médicamenteuse complexe. De plus, le coût humain et économique de la iatrogénie est très élevé. Trois types de **Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées (PMI)** peuvent être retrouvés : la surprescription, la prescription erronée ou encore la sous-prescription.

Il est nécessaire de contribuer à une **pharmacothérapie adéquate et rationnelle**, en assurant la **qualité et la sécurité des prescriptions** des patients âgés. Pour cela, des **équipes pluridisciplinaires** composées a minima d'un gériatre et d'un pharmacien devraient se réunir régulièrement afin d'identifier les PMI, afin d'évaluer les traitements en fonction des objectifs thérapeutiques et de proposer si nécessaire des optimisations thérapeutiques.

Des outils structurés existent, comme l'outil **STOPP/START**, permettant de réfléchir sur la pertinence des traitements en fonction des comorbidités du patient. Une étude menée dans le cadre de la gériatrie de liaison à la Clinique universitaire Saint Luc à Bruxelles, utilisant l'outil STOPP/START a montré que son utilisation permettait de doubler l'arrêt des PMI lors du retour à domicile du patient après hospitalisation, et qu'une bonne partie des modifications était maintenue⁷⁶. Ces outils ne doivent cependant en aucun cas se substituer au jugement clinique et aux connaissances des professionnels de santé, mais doivent permettre d'aider à déterminer les traitements les plus appropriés au patient.

ACCOMPAGNEMENT DANS LE TROISIÈME ÂGE

Lutte contre l'isolement

Les personnes âgées sont plus isolées et souffrent plus de solitude⁷⁷ que le reste de la population. Cette raréfaction des liens sociaux engendre une diminution de la qualité de vie ainsi qu'une majoration des troubles psychiques pouvant aller jusqu'à la dépression voire au suicide. De plus, il a été montré une association significative entre sentiment de solitude et augmentation de la mortalité toute cause confondue⁷⁸.

Afin de recréer du lien et permettre de lutter contre cet isolement, **nous souhaitons encourager les interventions auprès des personnes âgées**. Les professionnels de santé sont les acteurs les plus appropriés pour remplir ce rôle, de par leurs compétences spécifiques. Cependant ils doivent pouvoir être soutenus par d'autres acteurs, pouvant avoir un rôle d'accompagnement moins spécifique mais permettant de construire un lien social en l'absence de professionnels disponibles.

A l'instar du service sanitaire pour les étudiants en santé, dont nous souhaiterions qu'il intègre en priorité un axe de prévention concernant la perte d'autonomie, **nous pensons que le service civique doit prioriser les missions en lien avec la lutte contre l'isolement des personnes âgées**. Pour permettre le développement de cet axe, il est essentiel de **favoriser l'obtention d'un agrément pour les associations** traitant cette problématique. L'intervention de jeunes dans ce domaine permettrait non seulement de créer un lien intergénérationnel bénéfique directement, mais aussi de les sensibiliser à la problématique nationale du grand âge.

Cependant, il est inconcevable de penser que l'engagement associatif seul permettra de résoudre ce problème d'isolement. Il doit être conjugué avec l'action de professionnels formés aux métiers du troisième âge, carrières aujourd'hui centrée sur la santé et les actes de soins.

De plus, il paraît essentiel d'**encourager le développement de métiers du troisième âge sans lien direct avec le soin**. Le métier d'animateur socioculturel⁷⁹ répond à ces exigences et doit donc trouver sa place au sein des structures. Nous pensons qu'il est nécessaire d'encourager l'embauche et le déploiement de ces professionnels en EHPAD, mais également en dehors. Il est tout à fait envisageable que l'animateur socioculturel puisse s'intégrer dans une stratégie territoriale de lutte contre l'isolement via les actions des CPTS ou bien des collectivités territoriales.

Enfin, nous constatons que les EHPAD, lieux de vie adaptés, manquent toujours d'ouverture sur la ville. En effet, même si les accueils de jour⁸⁰ se développent, il est selon nous nécessaire de pouvoir garantir un accès pour toutes les personnes âgées à ceux-ci. Le domicile reste trop souvent encore un lieu d'isolement des personnes âgées, limitées dans leurs déplacements par leurs incapacités fonctionnelles. **Favoriser un accès régulier à un accueil de jour en EHPAD**, c'est rompre l'isolement tout en permettant une transition plus douce avec le domicile, dans un contexte de perte d'autonomie. Afin de garantir à toutes les personnes âgées un accès hebdomadaire à ces accueils, il faut tout d'abord que chaque EHPAD public puisse offrir un tel accueil. Mais aussi qu'il soit **accessible financièrement à tous et prenne en compte la problématique du transport**.

Lieux de vie

La problématique de lieux de vie des personnes âgées est étroitement liée à leur perte d'autonomie, majorant progressivement leur dépendance. Si ce continuum mène généralement à une institutionnalisation, force est de constater que l'offre de lieux de vie proposée dans les territoires se limite trop souvent à une dualité : domicile ou EHPAD.

Cependant, d'autres lieux de vie existent d'ores et déjà. Les résidences autonomie⁸¹, ex foyers logement, sont des structures intermédiaires permettant le maintien d'une certaine autonomie, tout en offrant un cadre plus sécurisant pour la personne âgée fragile non dépendante. Malheureusement, ces établissements sont encore trop rares. **Nous demandons donc la création de structures publiques supplémentaires sur le modèle des résidences autonomie**, accessibles à une plus grande part de cette population. Cet effort permettra aux personnes âgées de mieux vivre au quotidien cette période de transition, source d'inconfort et d'insécurité entre début de perte d'autonomie et dépendance.

Certaines initiatives de lieux de vie communs hors structures commencent à se développer comme les colocations de personnes âgées, les colocations intergénérationnelles ou encore l'accueil familial⁸². Nous souhaitons **encourager le développement de ces lieux de vie** par un accompagnement à la construction de ce type de projet.

Selon une enquête de la DREES⁸³ en 2015, la dernière rénovation des bâtiments des EHPAD dataient de plus de 25 ans dans 23% des cas. De plus, 11 % des places en EHPAD publics sont en chambre partagée et 25 % n'ont pas de douche privative. Ces constats sont alarmants. Ils mettent en exergue une carence grave des EHPAD publics. Ces lieux de vie à destination des personnes âgées dépendantes doivent être des lieux de vie agréables pour nos aînés, autant dans le domaine privé que publique. Pour cela, il est urgent de **réinvestir financièrement dans les EHPAD publics**. Ces dépenses doivent servir à : améliorer les ressources matérielles (infrastructures de meilleure qualité) et les pérenniser (garantir un meilleur entretien) ; investir dans les ressources humaines (recrutement de professionnels de santé) pour prendre en charge les résidents. C'est pourquoi, nous soutenons les propositions développées dans le rapport de M. LIBAULT à ce sujet.

Bien-être

L'accompagnement dans le troisième âge doit être pensé au-delà de la seule logique du soin. Il doit prendre en compte l'ensemble des mesures sociétales nécessaires à l'épanouissement de la personne dans cette période si particulière de sa vie.

L'OMS a débuté en 2005 un projet de "*villes-amies des aînés*". Celui-ci a pour objectif d'inciter les villes à mieux s'adapter aux besoins des personnes âgées.

Ce plan consiste à promouvoir une adaptation des structures et services aux capacités et besoins des personnes âgées. Un guide⁸⁴ à destination des villes souhaitant s'engager dans cette transition a été publié par l'OMS.

En France, cette initiative s'est déclinée à travers le Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés⁸⁵. Nous saluons le développement d'une telle transition urbaine avec une réflexion globale inclusive pour les personnes âgées. Nous souhaiterions valoriser davantage les villes ayant intégré cette dynamique. Un financement dédié ainsi qu'une communication lors de la semaine bleue nous semble approprié. De plus, un accompagnement financier et logistique devrait être mis en place pour encourager les villes souhaitant intégrer cette démarche novatrice.

Afin de développer le bien-être des personnes âgées, il est nécessaire de mettre en place des outils adaptés à l'évaluation et au suivi des besoins. Le Projet Personnalisé⁸⁶, développé en EHPAD, semble pouvoir remplir ce rôle. C'est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes des résidents.

L'enquête nationale de l'ANESM Bientraitance⁸⁷ de 2015 montre une hétérogénéité d'utilisation du projet personnalisé. Par ailleurs, nous constatons que celui-ci, tel qu'il est présenté aujourd'hui dans le guide de la HAS, est uniquement centré sur l'autonomie et les activités de la vie quotidienne. Il permet donc uniquement la mise en place de mesures compensatoires, sans réelle réflexion de fond sur le projet de vie en général.

Tout comme le PPCS est l'outil de coordination des soins, nous envisageons ce dispositif comme l'outil de coordination autour du bien-être de la personne âgée. Pour que cette ambition devienne réalité, le Projet Personnalisé doit inclure une notion centrale de qualité de vie. Cela permettra d'aller plus loin dans la construction de projets de vie incluant des activités nécessaires au bien-être de la personne âgée. L'échelle WHOQOL-BREF⁸⁸ de l'OMS pourrait par exemple être utilisée pour évaluer la qualité de vie dans le projet personnalisé.

Le Projet Personnalisé est un outil à fort potentiel qui gagnerait à être généralisé dans et en dehors des EHPAD. Sa ressemblance avec le PPCS en termes de coordination invite à envisager une fusion des deux, combinant ainsi soins et qualité de vie. Le référent d'un tel projet global d'accompagnement de la personne âgée aurait donc un rôle de coordinateur médico-social complet pour un accompagnement efficient de la personne âgée.

Afin de mieux évaluer l'impact de l'art thérapie, la musico thérapie et la zoothérapie, nous encourageons le développement de la recherche sur ces thématiques. Ces activités paraissent apporter un bénéfice en termes de bien-être. Nous souhaiterions donc qu'elles puissent se développer davantage en EHPAD mais aussi dans les structures de répit et lors des accueils de jour. Pour cela, il est nécessaire d'employer des professionnels qualifiés.

Fin de vie

L'accompagnement de la personne âgée comprend également l'accompagnement dans la fin de vie. Afin d'envisager cette évolution naturelle sereinement, il est nécessaire d'en discuter et d'établir un projet de fin de vie. Celui-ci est formalisé par les directives anticipées⁸⁹. Ce document opposable aux médecins prend tout son intérêt dans le domaine du grand âge. En effet, les pathologies chroniques peuvent entraver la capacité à exprimer sa volonté. Les directives anticipées permettent donc un respect de la volonté du patient.

Pour autant, cet outil est encore trop peu utilisé en pratique. La HAS a rédigé un guide pratique avec un modèle type⁹⁰ à destination des patients, mais également des professionnels de santé afin de les aiguiller dans la méthode de rédaction.

Cependant, nous souhaiterions voir se développer un véritable outil en ligne d'aide à la rédaction, plus fluide, plus interactif, facilitant la démarche. Celui-ci devra comporter une partie grand public, une partie dédiée au professionnel, et être accessible via l'espace numérique de santé.

Afin d'encourager son utilisation, nous souhaitons également voir se **développer une formation à leur rédaction, obligatoirement proposée aux étudiants en santé**. Celle-ci leur permettra de pouvoir accompagner au mieux les patients dans cette étape difficile.

Un indicateur ROSP relatif au taux de directives anticipées rédigées dans la patientèle médecin traitant serait aussi intéressant à développer afin d'encourager financièrement leur réalisation par les Médecins Généralistes. Les directives anticipées devront logiquement être intégrées au DMP afin d'être accessibles à tous professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient.

Malgré une volonté forte des personnes âgées de pouvoir finir leur vie à domicile, la majorité d'entre elles décèdent toujours en milieu hospitalier. Les structures d'HAD sont pourtant tout indiquées pour accompagner les patients au domicile dans un contexte de fin de vie. Afin de pouvoir respecter la volonté de ces patients, nous souhaitons encourager le **développement des HAD** qui doivent pouvoir remplir ce rôle d'accompagnement de fin de vie à domicile, en lien avec leur médecin traitant et les équipes de soins palliatifs.

SOUTIEN AUX AIDANTS

La perte d'autonomie d'une personne âgée impacte fortement son entourage. En effet, au-delà de l'intervention des professionnels, ce sont bien les aidants qui prennent en charge la personne dépendante au quotidien.

Dans les études citées par la HAS, on retrouve principalement une majoration des symptômes d'anxiété et de dépression (avec un niveau d'épuisement ressenti par l'aidant corrélé à son niveau d'anxiété) responsable d'un plus grand nombre de troubles anxieux et de dépressions caractérisées.

La stratégie de mobilisation et de soutien en faveur des aidants, annoncée par le gouvernement en octobre 2019 permet de nombreuses avancées dans le soutien aux aidants. Il reste toutefois toujours nécessaire de poursuivre les efforts en allant plus loin dans les mesures proposées.

Numéro vert

La mise en place d'un numéro téléphonique national de soutien des proches aidants dès 2020 a été annoncée par le gouvernement. Cette initiative permettrait un premier recours facilité. Cependant, nous lui préférerions la création d'un numéro vert départemental géré par la maison des aînés et des aidants. En effet, cette échelle nous semble plus appropriée pour permettre des conseils adaptés et une orientation vers les structures existantes sur le territoire. L'aidant en difficulté se verrait ainsi guidé de façon optimale en lien avec les ressources de proximité.

Dialogue social

Le rôle d'aidant engendre une charge de travail importante au quotidien dont l'impact doit être pris en compte. Afin de permettre une meilleure conciliation entre vie professionnelle et privée pour les salariés aidants, il est nécessaire que tout dialogue social en entreprise souhaité par l'aidant soit honoré, afin d'organiser et formaliser les aménagements nécessaires. Cette mesure, plébiscitée dans le rapport de M. Libault, nous semble essentielle comme reconnaissance du poids du rôle de l'aidant.

Congé de proche aidant

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2020 (PLFSS) prévoit enfin l'indemnisation du congé de proche aidant⁹¹ à compter d'octobre 2020. Les montants de l'allocation associée seront fixés par décret. Nous souhaitons que le montant de l'allocation journalière ne soit pas inférieur à celui de l'allocation journalière de présence parentale⁹², celui-ci étant de 52€ par jour.

D'autres possibilités existent déjà pour que les aidants puissent bénéficier de congés. La disponibilité⁹³ et le temps partiel⁹⁴ pour les fonctionnaires, le don de jours de repos⁹⁵ et le congé de solidarité familiale⁹⁶ pour les salariés et fonctionnaires, avec dans ce dernier cas une possibilité d'accès à une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie⁹⁷ dans la limite maximale de 21 jours (jusqu'à 42 jours en cas de réduction de travail à temps partiel). Ces possibilités restent pour autant méconnues, notamment à cause d'un manque d'information à ce sujet.

Nous souhaitons faciliter l'accès à ces possibilités pour les aidants. La communication lors de la semaine bleue et la rédaction d'un guide public à ce sujet permettraient déjà de faire connaître ces solutions. De plus, le numéro vert départemental de soutien aux aidants devra permettre d'accéder à des informations fiables et à des conseils pour pouvoir bénéficier de ces congés nécessaires à l'accompagnement de la personne âgée dépendante. Les maisons des aînés et des aidants devront employer du personnel formé à l'accompagnement dans ces démarches, souvent longues et fastidieuses, afin de faciliter le travail des aidants déjà submergés par leur rôle.

Structures de répit

Les structures de répit⁹⁸ permettent la mise en place d'aide à domicile ou d'un accueil transitoire en structure (accueil de jour, de nuit ou institution). Ce repos temporaire pour les aidants est essentiel afin de leur permettre d'assurer leur rôle sur le long terme et de préserver leur propre santé. Aujourd'hui encore, l'accès aux structures de répit reste difficile avec un manque d'infrastructure et de personnel.

Afin de répondre à la demande, nous demandons le développement des accueils de répit, notamment dans les hôpitaux de proximité. En effet, ces établissements de santé communautaires semblent tout indiqués pour répondre à ce besoin en lien avec les professionnels du soin primaire.

Inclusion de l'aidant dans le PPCS

Afin de permettre un meilleur suivi et de formaliser son rôle, nous souhaitons que le PPCS comprenne systématiquement un axe dédié à l'accompagnement et à la prise en charge de l'aidant. La prise en charge globale de la personne âgée passe aussi par la prise en compte de son entourage afin de garantir un équilibre durable de son milieu de vie.

Consultations spécialisées pour les aidants

Certains centres mémoire proposent aujourd'hui des consultations spécialisées aidants.

Afin d'encourager cette dynamique et de lutter contre le renoncement aux soins des aidants, nous souhaitons voir se développer de telles consultations spécialisées à généraliser à tous les aidants, quel que soit la pathologie de l'aidé. Les services de gériatrie, de soins palliatifs, les structures de répit, doivent pouvoir proposer des consultations adaptées aux aidants, réalisées par des médecins spécialistes formés. Celles-ci comprendront une évaluation de la santé physique et mentale de l'aidant, l'écoute, l'accompagnement, l'information et le soutien de ce patient.

Cette offre de consultation personnalisée doit pouvoir être promue par la mise à disposition d'un guide national regroupant les contacts des centres les proposant. A défaut de pouvoir accéder à de tels rendez-vous, une consultation annuelle par le médecin traitant devra être encouragée.

CONCLUSION

Les étudiants en formation de santé, soucieux de l'avenir de leurs professions, se veulent être des **acteurs de prévention** autant que des **acteurs de soin**. De ce fait, nos propositions ont pour objectif de **valoriser l'exercice des professionnels de santé actuels et prochains** ainsi que de **développer de nouveaux modes de collaboration pluridisciplinaire, afin d'anticiper** les besoins de demain. La confiance accrue qu'ont les patients pour leur médecin généraliste, n'empêche pas leur approbation pour le développement des pratiques avancées pour les autres professions médicales et paramédicales⁹⁹.

Pour compléter, les étudiants en santé souhaitent que soient engagées de véritables réflexions concernant la perte d'autonomie liée au handicap. En effet, il est nécessaire d'envisager les mesures à venir de lutte contre la perte d'autonomie, non pas seulement au regard de l'avancée en âge mais aussi en lien avec les situations de handicap. Les fédérations d'étudiants en santé resteront donc alertes afin qu'un travail soit entrepris au plus vite sur ce sujet.

L'ensemble de ces propositions, ayant vocation à faciliter la transition démographique à venir, ne pourront pour autant se suffire à elles-mêmes. Elles constituent un socle qui doit être combiné avec des moyens supplémentaires.

Des moyens financiers inédits doivent être proposés. Le rapport LIBAULT présentait une nécessaire augmentation des dépenses publiques de 35% de plus qu'en 2018 pour mettre en place les mesures évoquées. Ce chiffre témoigne de l'ampleur des efforts à réaliser pour pouvoir s'engager pleinement dans une réforme profonde.

Comme le précisait le rapport El Khomri en 2019¹⁰⁰: "Pour répondre au vieillissement démographique et améliorer les conditions de prise en charge de ces personnes, près de 93 000 postes supplémentaires devront être créés dans les 5 prochaines années (2020-2024)". Un investissement majeur dans les moyens humains, indispensable à la santé est primordial. Celui-ci doit passer par une refonte de l'attractivité des métiers du grand âge. Il est donc urgent d'agir de façon globale, tant sur les ressources matérielles, qu'humaines, afin d'engager un plan d'action concret permettant une évolution favorable dans le domaine du grand âge et de la perte d'autonomie.

Pour compléter, les étudiants en santé souhaitent que soient engagées de véritables réflexions concernant la perte d'autonomie liée au handicap. En effet, il est nécessaire d'envisager les mesures à venir de lutte contre la perte d'autonomie, non pas seulement au regard de l'avancée en âge mais aussi en lien avec les situations de handicap. Les fédérations d'étudiants en santé resteront donc alertes afin qu'un travail soit entrepris au plus vite sur ce sujet.

SOURCES

- 1 : Blanpain, Nathalie, et Guillemette Buisson. « Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 ». Insee première, 3 novembre 2016. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>.
- 2 : ODOXA. « Baromètre santé 360 : La prise en charge du vieillissement en France ». 18 novembre 2019. <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-prise-charge-grand-age-de-dependance/>.
- 3 : Organisation Mondiale de la Santé. « Vieillir en bonne santé: stratégie et plan d'action de l'OMS », s. d. <https://www.who.int/ageing/global-strategy/fr/>.
- 4 : Pomey Marie-Pascale, Flora Luigi, Karazivan Philippe et al., « Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », Santé Publique, 2015/HS (S1), p. 41-50. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>
- 5 : Programme de patients-enseignants (PEP 13) fiche d'identité http://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/fiche_d_identite_pep_13_-_avril_2020.pdf
- 6 : Jaffrelot, Morgan, et Thierry Pelaccia. « La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants » 82 (2016): 108.
- 7 : Faculté de pharmacie de Lille. « Officine pédagogique », s. d. <http://pharmacie.univ-lille.fr/innovations-pedagogiques/officine-pedagogique.html>.
- 8 : Maradan, Isabelle. « Chirurgie dentaire : accueil de patients fantômes à l'université de Strasbourg ». 25/09/18, s.d. https://www.lemonde.fr/campus/article/2018/09/25/chirurgie-dentaire-accueil-de-patients-fantomes-a-l-universite-de-strasbourg_5359749_4401467.html.
- 9 : Max Budowski, Bernard Gay. "Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine" Exercer - Novembre/Décembre 2005 n°75 - 142 https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/carre_de_white3.pdf
- 10 : Piau, A, et N Mattek. « When will my patient fall? Sensor-based in-home walking speed identifies future falls in older adults. » 16/05/19, The Journals of Gerontology, s. d.
- 11 : « Personnes âgées et médicaments ». Académie nationale de Pharmacie, juin 2005. https://www.acadpharm.org/dos_public/Agees.pdf.
- 12 : « Evolution des inclusions de patients âgés de 75 ans et plus dans un essai clinique ». Institut national du cancer, s. d. <https://lesdonnees.e-cancer.fr/Fiches-Indicateurs/Prise-en-charge/ONCOG/Evolution-des-inclusions-de-patients-ages-de-75-ans-et-plus-dans-un-essai-clinique#graphique>.
- 13 : Libault, Dominique. « Concertation grand âge et autonomie ». Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf.
- 14 : UNECD. « Gardez le sourire », s. d. <https://www.unecd.com/innovationsociale/gardez-le-sourire/>.

15 : <https://www.fnea.org/paaig/>

16 : "Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées" Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, Décembre 2017 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645>

17 : Rebecca F. Gottesman, MD, PhD, Marilyn S. Albert, PhD, Alvaro Alonso, MD, PhD et al. "Associations Between Midlife Vascular Risk Factors and 25-Year Incident Dementia in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Cohort" JAMA Neurol. 2017 Oct; 74(10): 1246–1254.

18 : INSEE Flash Bourgogne Franche-Comté n°55 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560963#consulter>

19 : UFSBD. « Oralien, une innovation en santé orale au profit des personnes vulnérables », s. d. <https://www.ufsbd.fr/espace-public/formations-medico-social/oralien-innovation-sante-orale-profit-personnes-vulnerables/>.

20 : Rémunération sur objectifs de santé publique

21 : Enquête CSA pour le SNOF : "2019 ophtalmologie : la médiane des délais de rendez-vous descend à 43 jours", 2019 <https://www.csa.eu/fr/survey/2019-ophtalmologie-la-mediane-des-delais-de-rdv-descend-a-43-jours>

22 : DRESS. "La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste", 2018 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf>

23 : Bour, T. "2019 Ophtalmologie : la médiane des délais de RDV descend à 43 jours", 2019 <https://www.snof.org/2019-ophtalmologie-m-diane-des-d-lais-rdv-descend-43-jours>

24 : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt131-etudes_et_recherches.pdf

25 : Death, Depression, Disability, and Dementia Associated With Self-reported Hearing Problems: A 25-Year Study Héléne Amieva, Camille Ouvrard, Céline Meillon, Laetitia Rullier, Jean-François Dartigues

The Journals of Gerontology: Series A, , glx250, <https://doi.org/10.1093/gerona/glx250>

26 : Sanz, M, et A Ceriello. « Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. » 03/2018, s. d.

27 : El Khomri, Myriam. « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 10/19. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

28 : Sowah, D, et R Boyko. « Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. » 09/2018, s. d.

29 : « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier ». Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, mars 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>

30 : « Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées ». INSERM, 2015. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>

31 : Libault, Dominique. « Concertation grand âge et autonomie ». Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

32 : « Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées ». INSERM, 2015. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>

33 : Sampsel, Carolyn M. « Prevention of urinary incontinence in adults: population-based strategies », décembre 2004.

34 : Giles, G. « Sexual factors and prostate cancer ». 23/07/2003, s. d.

35 : Morrison, A, et R Levy. « Fraction of nursing home admissions attributable to urinary incontinence. », s. d.

36 : N Erdem FC. Chu Management of overactive bladder and urge urinary incontinence in the elderly patient. Am J Med 2006

37 : Tang, D. H., Colayco, D. C., Khalaf, K. M., Piercy, J., Patel, V., Globe, D., & Ginsberg, D. (2014). Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. BJU International, 113(3), 484-491.

38 : G. Amarenco et al., « Recommandations concernant l'incontinence urinaire de la personne âgée : construction et validation de l'algorithme décisionnel GRAPPPA », Progrès en Urologie, vol. 24, n 4, p. 215-221, mars 2014

39 : Capet, C., Delaunay, O., Idrissi, F., Landrin, I., & Kadri, N. (2007). Troubles de la déglutition de la personne âgée : Bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 7(40), 15-23. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91444-0](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91444-0)

40 : Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G., Leners, J. C., Masiero, S., Mateos del Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders & European Union Geriatric Medicine Society white paper : Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clinical Interventions in Aging, Volume 11, 1403-1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>

41 : Institut du cerveau—Chiffres-clés. (s. d.). <https://icm-institute.org/fr/chiffres-cles/>

42 : Libault, Dominique. « Concertation grand âge et autonomie ». Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

43 : Scan Santé. « Taux de réhospitalisation à 30 jours », s. d. https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2018&niv_geo=REG_FRA&indic=rh30

44 : Fédération Nationale des Orthophonistes : Livret Professionnel de l'orthophoniste https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2018/12/Livret_pro_FNO-adherents.pdf

45 : Haute Autorité de Santé. « Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement », s. d. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/1.6_alternatives_non_medicamenteuses_-_aide_memoire_ami_alzheimer.pdf

46 : <https://antibioclic.com>

47 : <http://pediadoc.fr>

48 : <https://pap-pediatrie.fr>

49 : Pour les personnes âgées. « Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) : des interventions à domicile », 15 septembre 2017. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/equipes-specialisees-alzheimer-esa-des-interventions-domicile#combien-a-co-te-nbsp->

50 : CPCMS. « Dispensation des produits de santé », s. d. https://cpcms.fr/wp-content/uploads/2015/06/Guide_PH6_2015_partie2.pdf

51 : Gouezin, Manon. « La codification des problèmes pharmaceutiques et les propositions d'actions correctives couplées à l'utilisation du dossier pharmaceutique partagé ». Grenoble, 2012. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00735031/document>

52 : Étude Eurotrack 2015, Prévalence de la perte auditive et taux d'adoption

53 : Napo, A. "Évaluation de la qualité de vie des patients adultes pris en charge en basse vision au CHU-IOTA", 2018

54 : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt131-etudes_et_recherches.pdf

55 : Etude UFC-Que Choisir, Audioprothèses, un marché verrouillé au détriment des malentendants, septembre 2015, cité dans le rapport de l'autorité de la concurrence : https://www.autoritedelaconcurrence.fr/sites/default/files/doc_consultation_audioprotheses_juill16.pdf

56 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
<https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/maia>

57 : <http://www.maisons-de-retraite.fr/Evaluer-la-perte-d-autonomie/Ou-s-informer/Les-centres-locaux-d-information-et-de-coordination-Clic>

58 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>

59 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>

60 : <https://www.cnpgeriatrie.fr/equipes-mobiles-de-geriatrie-emg/>

61 : Pr BELMIN "L'évaluation gérontologique standardisée". <http://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/Evaluation%20Gériatrique%20standardisée%20-%20BELMIN.pdf>

62 : Ellis Graham, Whitehead Martin A, Robinson David, O'Neill Desmond, Langhorne Peter. "Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials" *BMJ* 2011.

63 : "Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires" Manuel de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329945/9789290313274-fre.pdf?sequence=5&isAllowed=y&ua=1>

64 : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13525>

65 : "Plan personnalisé de coordination en santé" Haute Autorité de Santé, OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - Mis en ligne le 02 oct. 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

66 : LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Article 23. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=765910AD9E80429348CD6FA80E51B15C.tplgfr38s_2?idArticle=JORFARTI000038821308&cidTexte=JORFTEXT000038821260&dateTexte=29990101&categorieLien=id

67 : <https://www.paerpa-paris.fr/nos-actions/plan-personnalisé-de-santé-pps>

68 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf

69 : <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signé>

70 : <https://www.chu-lille.fr/medecine-de-ville>

71 : <https://www.femas-hdf.fr/systeme-dinformation-partage/>

72 : « Observance des traitements médicamenteux en France ». Académie nationale de Pharmacie, décembre 2015.

73 : « Observance des traitements médicamenteux en France ». Académie nationale de Pharmacie, décembre 2015.

74 : Iborra, Monique, et Caroline Fiat. « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ». Assemblée Nationale, 14 mars 2018. http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b0769_rapport-information

75: Weibel, Marie-Laure. « Evaluation de la prescription médicamenteuse inappropriée en psychiatrie de l'âge avancé ». Genève, 2013. https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/pha/documents/pha_td_2012_mlwe.pdf

76 : Dalleur, O, et B Boland. « Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study. », 31 avril 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24566877>

77 : Van Rompaey Christian, « Solitude et vieillissement », *Pensée plurielle*, 2003/2 (no 6), p. 31-40.

78 : Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. "Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people". *J Aging Res.* 2011;2011:534781. Published 2011 Feb 22

79 : <https://www.pole-emploi.fr/actualites/le-dossier/tourisme---loisirs---nautisme/animation/animateuranimatrice-socioculture.html>

80 : <http://www.maisons-de-retraite.fr/Bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Les-differents-types-d-etablissement/Les-hebergements-temporaires-et-accueils-a-temps-partiel/L-accueil-de-jour>

81 : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/les-residences-autonomie-pour-qui>

82 : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15240>

83 : Enquête auprès des Établissements d'Hébergement pour Personnes âgées, DREES, Édition 2015. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

84 : "Guide mondial des villes-amies des aînés" Organisation Mondiale de la Santé, 2007. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43753/9789242547306_fre.pdf?sequence=1

85 : <http://www.villesamiesdesaines-rf.fr>

86 : "LE PROJET PERSONNALISÉ : Une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)" Fiche repère de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Août 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf

87 : "BIENTRAITANCE DES PERSONNES ACCUEILLIES EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES" Enquête de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2015. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/enquete_bientraitancepa_2015_web_mars2017_vdef.pdf

88 : <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5412/2/WHOQOL-BREF.pdf>

89 : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>

90 : "Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie" OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - Haute Autorité de Santé, Mis en ligne le 09 nov. 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2619437/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie

91 : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16920>

92 : <http://www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/petite-enfance/l-allocation-journaliere-de-presence-parentale-ajpp>

93 : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/disponibilite>

94 : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F486>

95 : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32112>

96 : <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-absences-pour-maladie-et-conges-pour-evenements-familiaux/article/le-conge-de-solidarite-familiale>

97 : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F706>

98 : <https://www.essentiel-autonomie.com/etre-aide-lorsqu-aide-proche/aidant-familial-qui-est-ce-que-droit-repit>

99 : ODOXA. « Baromètre santé 360 : La prise en charge du vieillissement en France ». 18 novembre 2019. <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-prise-charge-grand-age-de-dependance/>

100 : "Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024" Rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé établi par Mme Myriam El Khomri, Octobre 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf