

BILAN RÉGIONAL D'ÉVALUATION DES ACTIONS DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE



Évaluation et Rapport produits par NovaScopia,
expert en évaluation de politiques publiques

NOVASCOPIA

Accompagne les territoires et leurs acteurs



septembre
2019

Avant propos

La Mutualité Française Île-de-France est une union régionale de la Mutualité Française regroupant près de 205 groupements mutualistes et représentant environ 5,2 millions de personnes protégées. Acteur majeur de prévention et de promotion de la santé, elle apporte des services aux mutuelles et met en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé auprès de la population francilienne en partenariat avec de nombreux acteurs et institutions.

Pour répondre aux besoins multiples des personnes âgées ou en perte d'autonomie, une offre de service s'est construite sur les territoires grâce à l'action du PRIF (Prévention Retraite Île-de-France), l'Assurance Maladie, les collectivités territoriales, les membres de la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et les acteurs mutualistes, tout en répondant à des enjeux d'accessibilité et de participation sociale.

Depuis 2018, et grâce au soutien financier des Conférences des Financeurs, environ 60 actions ont été mises en œuvre par la Mutualité Française Île-de-France en privilégiant deux axes d'intervention :

1. Dépister et repérer les besoins en santé des seniors
2. Promouvoir des réflexes nutritionnels favorables à la santé et un bien-être global

Un troisième axe d'intervention destiné à favoriser le bien-être des seniors est en cours de conception. Les premières actions pourront être expérimentées fin 2019 - début 2020.

Fort de cet investissement, de l'implication des centres de santé mutualistes ou municipaux et des enjeux stratégiques portés par les Conférences des Financeurs et la CNSA, le lancement d'une démarche évaluative globale s'imposait pour disposer d'une cartographie régionale des actions, interroger les résultats et mesurer les impacts des actions sur la perte d'autonomie des seniors franciliens.

Ce rapport est un document de référence utile à la connaissance et à la compréhension des modalités d'intervention du service Santé de la Mutualité Française Île-de-France.

Au-delà de la démarche évaluative, il s'agit là aussi d'un exercice de prospective, à savoir identifier les évolutions possibles des interventions en promotion de la santé à l'horizon 2025. Cette réflexion demeure primordiale pour faire face aux enjeux de la préservation de l'autonomie des personnes âgées mais surtout pour mieux lutter contre les inégalités sociales de santé sur les territoires franciliens.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	
1.1. Le programme de prévention de la perte d'autonomie	8
1.2. Les enjeux retenus	10
1.3. Objectifs et défis à relever dans l'évaluation	11
1.4. Gouvernance et calendrier d'évaluation	12
2. MÉTHODOLOGIE	
2.1. Stratégie d'évaluation	14
2.2. Phase 1 : Validation du référentiel et du périmètre d'évaluation	15
2.3. Phase 2 : Phase d'investigation	17
2.4. Phase 3 : Élaboration de recommandations	19
3. RÉSULTATS	
3.1. Actions réalisées par la Mutualité Française Île-de-France en 2018	21
3.1.1. Les 3 types d'actions réalisées	21
3.1.2. La localisation des actions réalisées	22
3.1.3. Les caractéristiques de la population et l'offre de soins	23
3.2. Les Check-up en Centres de Santé	25
3.2.1. Description de l'action	25
3.2.2. Typologie des publics – les points clés	26
3.2.3. Synthèse des principaux résultats quantitatifs et qualitatifs	31
<i>Focus sur l'orientation vers les professionnels de santé</i>	35
3.3. Les Check-up en résidences sociales	37
3.3.1. Description de l'action	37
3.3.2. Typologie des publics – les points clés	38
3.3.3. Synthèse des principaux résultats quantitatifs et qualitatifs	41
<i>Focus sur l'orientation vers les professionnels de santé</i>	44
3.4. Les Mangez-Bougez-Relaxez	45
3.4.1. Description de l'action	45
3.4.2. Typologie des publics – les points clés	46
3.4.3. Synthèse des principaux résultats quantitatifs et qualitatifs	48

3.5. Le point de vue des professionnels de santé	50
---	-----------

4. PERSPECTIVES

4.1. Les réponses aux questions évaluatives	52
--	-----------

4.1.1. Les facteurs de fragilité de la personne âgée	53
--	----

4.1.2. Les enjeux du renoncement aux soins	53
--	----

4.1.3. Les inégalités sociales de santé et ses répercussions sur la perception des besoins de santé	54
---	----

4.2. Les perspectives de déploiement des actions PPA	56
---	-----------

5. ANNEXES

5.1. Annexe 1 : Liste des représentants mutualistes au sein des Conférences des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie	58
--	-----------

5.2. Annexe 2 : Liste des acteurs interrogés	58
---	-----------

5.3. Annexe 3 : Ensemble des actions réalisées par la Mutualité Française IDF en 2018	59
--	-----------

5.4. Annexe 4 : Les déterminants de santé	60
--	-----------

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REMERCIEMENTS

Ce document est le fruit d'un travail mené depuis septembre 2018 par le bureau d'études NovaScopia en lien avec l'ensemble des professionnels de la Mutualité Française Île-de-France.

Il s'est construit sur la base de retours d'expériences collectés en résidences sociales, Centres de Santé mutualistes, Centres de Santé municipaux et auprès des principaux acteurs locaux ou régionaux engagés dans la prévention de la perte d'autonomie.

Dans cette logique, il a pour objectif de donner à voir la dynamique d'évolution des pratiques professionnelles et d'interroger les impacts sur le parcours de santé des personnes âgées.

Nous tenons à remercier sincèrement tous les représentants mutualistes au sein des Conférences des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, Madame Augéard, Monsieur Jabin, Madame Eyrignoux, Madame Hoisnard, Madame Fau, Madame Murariu, Madame Thiery, Madame Leeuwenstein, Monsieur Pingault, Monsieur Czaja, Madame Bayle et Monsieur Maurice, Madame Dupart ainsi que Madame Wargnie et Madame Guillaud et toute leur équipe pour leur aide précieuse dans la conception de cette démarche.

NovaScopia tient également à remercier tous les partenaires de la Mutualité Française Île-de-France qui ont contribué par leur mobilisation à la réalisation de ce rapport.

PARTIE 1

INTRODUCTION

1.1 Le programme de prévention de la perte d'autonomie

« L'avancée en âge est inexorable mais elle est prévisible, collectivement comme individuellement. Il est des situations sur lesquelles il est possible d'agir pour préserver l'autonomie, pour faire reculer la perte d'autonomie dite « évitable » en repérant et en agissant plus tôt sur les premiers signes de fragilité des âgés et pour mieux accompagner ceux qui ont besoin de l'être. »

Source : cahier pédagogique de la CNSA – avril 2017

Le concept de perte d'autonomie est en constante évolution. Il peut se définir comme la perte de capacité pour se gouverner soi-même et pour prendre des décisions concernant sa propre vie. Les personnes en perte d'autonomie rencontrent donc des



difficultés pour assurer les activités de la vie courante, notamment à cause de l'affaiblissement de leurs capacités fonctionnelles (jambes, bras...).

Elle peut apparaître après un accident grave mais aussi être un processus progressif en lien avec le vieillissement notamment. Elle se signale par une fragilité physique (faiblesse musculaire, fatigue, activité physique réduite, lenteur de la marche, perte de poids, etc.) et s'accompagne aussi par une

vulnérabilité sociale (isolement, pauvreté, etc.).



C'est souvent une accumulation de ces difficultés qui peut faire entrer une personne dans un état de dépendance. Cette notion expose en effet les personnes âgées vulnérables à des situations de santé défavorables : prévalence de maladies chroniques, hospitalisation non programmée, chutes, entrée en Ehpad...

Le programme de prévention de la perte d'autonomie répond à une ambition forte pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées et prévenir la perte d'autonomie.

La Mutualité Française Île-de-France est membre de droit des Conférences des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie aux côtés du Conseil départemental, de la CNAV, l'ARS, l'AGIRC ARRCO... et dispose d'un titulaire et d'un suppléant dans chaque département. (cf Liste en annexes).

Avec le soutien des Conférences des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, les équipes de la Mutualité

Française Île-de-France ont développé plus de soixante actions en direction des seniors franciliens. En parallèle, le partenariat noué avec le PRIF a permis de promouvoir plus de 150 actions auprès des seniors, mutualistes ou non sur les thèmes de l'habitat, du bien vieillir, de l'alimentation... ainsi que des ateliers Tremplin pour la retraite dont le PRIF et la Mutualité Française Île-de-France sont co-concepteurs et partenaires.

Cette activité de prévention est démultipliée grâce à l'effet levier des conférences des financeurs. Les budgets alloués à la Mutualité Française Île-de-France passent de 160K€ en 2017 à un montant de 350K€ en 2018.

A ce stade, la stratégie de la Mutualité Française Île-de-France se concentre

principalement sur deux axes prioritaires : dépister et repérer les besoins / promouvoir les réflexes nutritionnels favorables à la santé. D'autres interventions sont aussi en voie d'émergence sur les thèmes du développement personnel et social et de l'hygiène bucco-dentaire des seniors (à domicile ou en EHPAD).

Fort de cet investissement, de l'implication des Centres de Santé mutualistes et des enjeux stratégiques portés par les Conférences des Financeurs, le lancement d'une démarche évaluative globale s'imposait pour mesurer les résultats et à terme les impacts des actions sur la perte d'autonomie des seniors franciliens.

1.2. Les enjeux principaux retenus

La démarche d'évaluation a pour ambition d'être à la fois rétrospective mais aussi et surtout stratégique et prospective.



Conséquence méthodologique : Il a été essentiel pour l'équipe de NovaScopia, de lier en permanence ces deux aspects (rétrospectif et prospectif) dès le démarrage de l'évaluation. La démarche a ainsi été structurée autour de trois entrées concomitantes pour l'analyse :

- Identification et formalisation des besoins des seniors sur le territoire francilien
- Les réponses apportées par la Mutualité Française et interventions des différents partenaires
- Les innovations prévues (notamment sur le digital) et les enjeux prospectifs

Des temps de concertation essentiels avec les bénéficiaires (Check-up santé et MBR) dans les Centres de Santé mutualistes, municipaux ou résidences sociales, mais aussi des entretiens avec les professionnels de santé mobilisés et les équipes de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité ont été réalisés pour confronter les points de vue des principaux acteurs.



Conséquence méthodologique : Les usagers et les acteurs de la prévention (professionnels de santé et équipes de la Mutualité Française Î) ont été interrogés individuellement et collectivement lors des actions réalisées pendant la première phase des travaux (Dernier trimestre 2018).

1.3. Objectifs et défis à relever dans l'évaluation

L'évaluation du programme a une double vocation :

- **Évaluer en quoi le programme d'actions de la Mutualité Française Île-de-France contribue à la prévention de la perte d'autonomie des franciliens ?**
- **Déterminer quel est le service social rendu par la Mutualité auprès des bénéficiaires ?**

Dès les premiers échanges avec l'équipe de coordination, plusieurs sujets d'approfondissement ont été déterminés.

Ils ont fait l'objet d'une attention particulière tout au long de la démarche :

- **Des enjeux d'efficience** : aussi bien auprès des différentes Conférences des Financeurs que des principaux représentants de l'Union Régionale Île-de-France.
- **Des enjeux de mobilisation partenariale** en lien avec le positionnement du programme en Île-de-France et les modes de coopération avec le PRIF, la CRAMIF, les collectivités territoriales... mais aussi le niveau d'implication des partenaires locaux (Centres de Santé mutualistes, Centres de Santé municipaux et résidences sociales.)
- **Des enjeux de cohérence** afin de comparer les modes d'intervention selon les territoires avec la stratégie opérationnelle de la Mutualité Française IDF, ses valeurs et les actions déployées depuis 2017.

- **Des enjeux d'efficacité** auprès des principaux bénéficiaires. Il revient à cette évaluation de mesurer les effets du programme sur la qualité de vie et l'autonomie des seniors.

1.4. Gouvernance et calendrier de l'évaluation

Comité de pilotage

Un comité stratégique ad hoc a validé les travaux de NovaScopia.

- **Son rôle** : instance de validation des livrables finaux.
- **Fréquence de réunion** : une réunion de présentation et de réception des livrables ;
- **Composition** : représentants de conseils départementaux, représentant de chaque lieu d'intervention, Responsable Coallia, Responsable départementale de la Fédération des Centres Sociaux, représentants mutualistes, gériatre.
- Date de réunion : 18 avril 2019

Comité de suivi

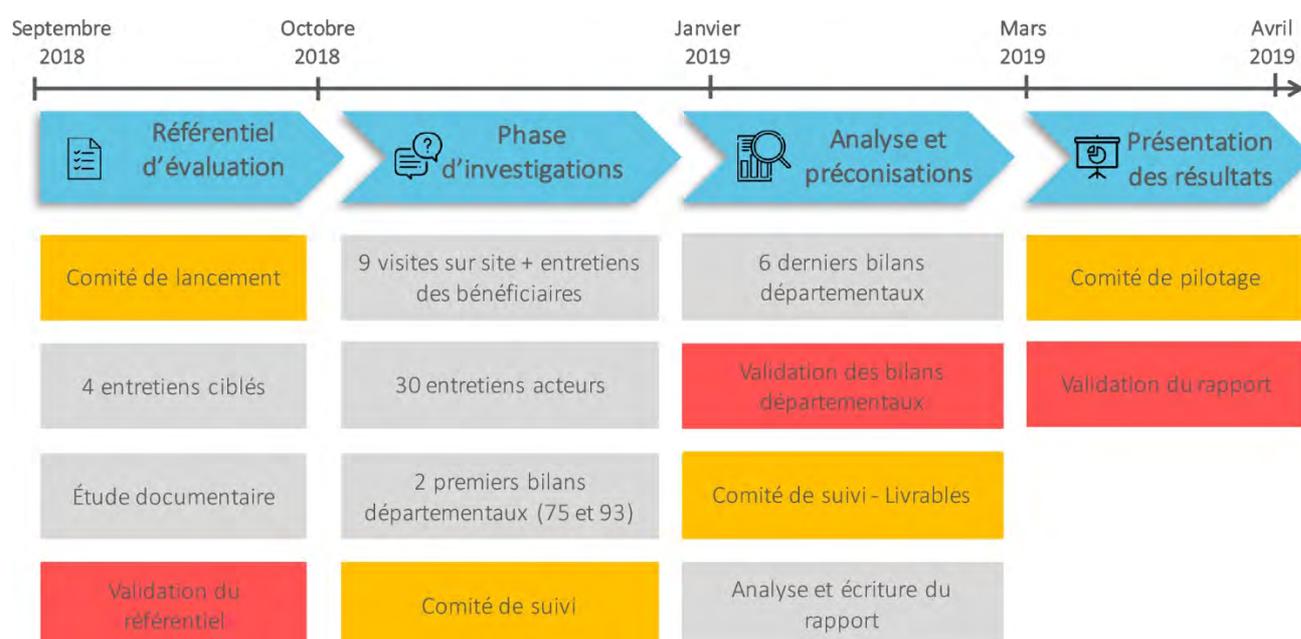
Un comité de suivi piloté par la Mutualité Française IdF a permis de suivre les étapes de formalisation des livrables.

- **Son rôle** : favoriser la pertinence de la démarche d'évaluation et le bon déroulement de sa mise en œuvre et associer les partenaires, acteurs de terrain et bénéficiaires ;
- **Composition** : salariés du service santé intervenant dans le cadre des projets soutenus par les Conférences de Financeurs
- **Fréquence des réunions** : en comité restreint (mensuelle) ou élargi à l'ensemble des personnes du service (semestrielle)

Coordination au quotidien

Un référent au sein de NovaScopia, **Yann Moisan**, a assuré la coordination avec les autres membres de l'équipe projet.

1.1.1. Calendrier



PARTIE 2

METHODOLOGIE

2.1. Stratégie d'évaluation

Lecture des enjeux relatifs à cette démarche d'évaluation

Enjeu 1 : Objectiver la connaissance des actions sur les territoires pour mieux apprécier « les cycles de prévention de la perte d'autonomie »

L'objectif était de porter un regard critique sur les lieux d'intervention, les outils de suivi des actions, ainsi que sur les modalités d'intervention pour apprécier la manière dont ces outils et méthodes permettent :

- D'éclairer, de donner une visibilité à l'action conduite par la Mutualité Française Île-de-France ;
- De partager les résultats avec les partenaires et les acteurs du territoire et de consolider un engagement et une dynamique partenariale ;
- D'ajuster les axes stratégiques d'intervention, les projets et actions de la Mutualité Française Île-de-France aux enjeux du territoire, aux attentes des partenaires.

Enjeu 2 : Apprécier l'impact de la mise en œuvre des actions sur les territoires :

Afin d'évaluer la plus-value du programme régional, il était essentiel de mener une démarche participative associant pleinement les structures concernées par les actions.

L'évaluation des actions s'est donc appuyée sur le double point de vue des acteurs de la Mutualité Française et sur ses partenaires locaux et régionaux.

Il s'agissait bien de combiner une variété de points de vue afin de percevoir le degré d'impact des projets sur les territoires : quelle visibilité, quelle plus-value perçue ?

Un travail exploratoire a également été mené sur les résultats perçus par un panel de bénéficiaires (10).

Les objectifs de l'intervention de NovaScopia

Objectif 1 : Réaliser une évaluation globale des actions en intégrant les conditions d'intervention et les effets du maillage territorial. Trois phases d'intervention successives ont été retenues :

- En phase 1, un accompagnement à la définition et à la structuration du référentiel d'évaluation ;
- En phase 2, le lancement des investigations auprès des professionnels, partenaires et bénéficiaires. Des déplacements sur 9 sites ont été réalisés pour comprendre les disparités d'intervention et d'apports pour les seniors bénéficiaires ;
- En phase 3, un rapport d'analyse et une note synthétique de 2 pages ont été réalisés en décembre 2018.

Objectif 2 : Réaliser des entretiens auprès d'un panel d'acteurs (seniors, professionnels, partenaires), en prêtant particulièrement attention à :

- La construction des trames d'entretien et aux modalités de passation en cohérence avec les attendus du cahier des charges ;
- La préparation des visites sur site dans les centres de santé et les résidences sociales (calendrier, sélection des sites...).

Objectif 3 : Rédiger un rapport d'analyse permettant d'ouvrir des perspectives quant aux conditions de réussite et de déploiement du programme sur de nouveaux territoires :

- Le format d'un rapport d'évaluation qui répond à certains standards clairement énoncés par la Société Française de l'Évaluation (NovaScopia y adhère) ;
- L'intégration de supports cartographiques permettant de visualiser le maillage territorial des actions et d'identifier des zones blanches potentielles.

2.2. Phase 1 : Validation du référentiel et du périmètre de l'évaluation

Étapes

Réunion de lancement avec le Comité de suivi :

Une première réunion avec le comité de suivi a permis à chacun des membres de faire part de leurs attentes vis-à-vis de la démarche. Cette réunion a été l'occasion de préparer les différents outils nécessaires à la mission (grilles d'entretiens ménages et professionnels, calendriers des déplacements).

Entretiens de cadrage :

Les consultants de NovaScopia ont réalisé des entretiens auprès de 30 acteurs franciliens (contacts fournis par le commanditaire). Ces entretiens ont permis de cerner leurs attentes vis-à-vis de l'exercice d'évaluation et de préparer l'analyse documentaire en rassemblant l'ensemble de la documentation disponible.

Analyse documentaire :

Lecture et analyse de la documentation et des données locales relatives aux actions depuis 2017. A partir de cette analyse, une grille de lecture a été élaborée.

Réalisation du référentiel d'évaluation :

A la fin de la phase 1, une note de synthèse présentant les questions évaluatives a été présentée et validée auprès de la Mutualité Française IdF.

Livrables

Réalisation d'une note de cadrage :

- Un récapitulatif des étapes de la démarche / Le rôle et mission de chacun / Les formats des livrables validés par la Mutualité Française / Un calendrier précis de la démarche
- Réalisation d'une note d'analyse macro
- Réalisation d'un écosystème des parties prenantes des actions régionales

- Note autour des opportunités à explorer lors de la phase d'investigations sur la base des usages, besoins et réalités observés
- Grilles d'entretiens ménages et professionnels
- Notes ou supports Power Point de présentation, support d'animation des réunions

Zoom sur le référentiel d'évaluation

Pour évaluer le déploiement du programme, le référentiel devait mesurer :

- Sa mise en œuvre à l'échelle régionale, en faisant le bilan des actions et le bilan des engagements financiers ;
- L'efficacité de la gouvernance mise en place sur la gestion de la programmation, sur la connaissance des lieux d'intervention et des publics seniors, sur le développement des partenariats et la diffusion de l'information ;
- Les effets du programme sur la prévention de la perte d'autonomie des seniors, sur les dynamiques d'acteurs sur le champ de la prévention et du soin.

Un référentiel d'évaluation est habituellement constitué de :

- Questionnements évaluatifs, c'est à dire les principales questions que devra chercher à éclairer l'évaluation en 2018-2019
- Et d'une modélisation évaluative du programme qui vise à décliner la logique d'action en objectifs stratégiques (vers quoi aller), objectifs opérationnels (sur quoi agir pour y arriver) et résultats attendus (ce que les activités sont supposées produire à court ou moyen terme). Cette modélisation tiendra lieu de repère (référentiel) pour la démarche d'évaluation continue.

Ce référentiel a pour fonction de piloter le programme PPA puis de l'évaluer :

- A-t-on réalisé ce qu'on était supposé faire ? (bilan d'activité)
- Cela a-t-il produit ou non les résultats ou effets attendus ? (évaluation d'impact)
- Est-on resté en cohérence avec les orientations stratégiques du programme ?

Les questions évaluatives

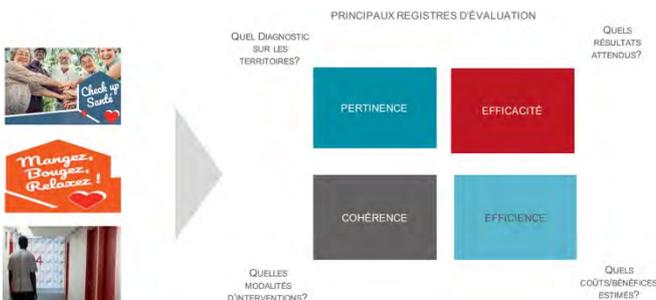
Les questions évaluatives visent à interroger l'ensemble du programme à partir des critères évaluatifs standards (efficacité, efficience, cohérence, utilité, pertinence) et des orientations structurantes souhaitées par la Mutualité française Île-de-France (simplification, innovation, soutenabilité...).

- Comment se sont concrétisés les objectifs opérationnels du programme sur chaque département francilien ?
- Quels sont les principaux résultats et effets constatés (positifs ou non) sur les publics, les professionnels ... ? Comment les expliquer ?
- Quelles sont les conditions à réunir pour mesurer les impacts des actions sur la préservation de l'autonomie des bénéficiaires ?
- En quoi la coordination régionale aura-t-elle facilité (ou non) la mobilisation des acteurs et la mise en œuvre réussie du programme ?

L'analyse par département a porté sur 3 types d'action :

- Les Mangez, Bougez, Relaxez
- Les Check-up en centres de santé
- Les Check-up en résidences sociale

Schéma synthétique des interventions PPA :



2.3. Phase 2 : phase d'investigation

Observation sur 9 sites

Modalités d'investigations :

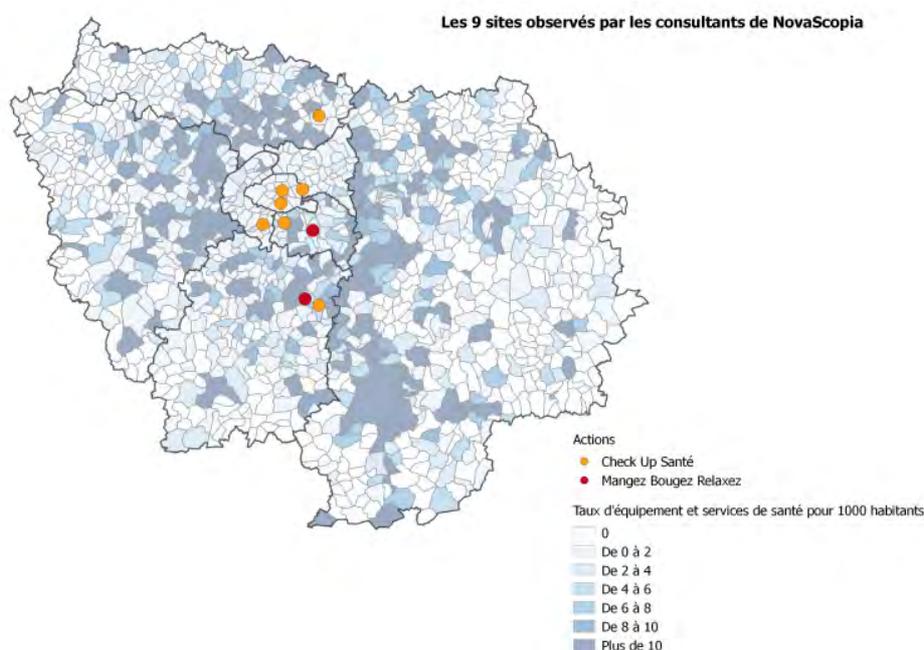
En coopération avec le comité de suivi de la Mutualité, une sélection des 9 sites d'investigations a été réalisée selon les critères suivants :

1. Échelle territoriale (Paris, Petite couronne, Grande couronne)
2. Axes thématiques : Check up santé, Mangez-Bougez-Relaxez, actions innovantes, notamment le projet 4 en 1 retenu par la Conférence des Financeurs des Hauts-de-Seine car il associe deux réseaux de santé, le réseau OSMOSE et le réseau ASDES, Seniorvision et la Mutualité Française Île-de-France et poursuit l'objectif suivant : favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins et renforcer l'accompagnement des personnes.

3. Partenariats mobilisés : Centres de santé mutualistes, Centres de Santé municipaux, résidences sociales.

Les 9 sites sélectionnés :

Départements	Actions concernées	Lieux ou sites	Dates	Session
75	Check up santé	René Laborie Paris 1er	18/10/2018	Matin
75	Check up santé	Broca Paris 13	10/10/2018	Matin
91	MBR	Evry	16/10/2018	Matin
91	Check up santé	Corbeil Essonne	19/10/2018	Matin
91	MBR	Massy	22/11/2018	Matin
92	Check up santé	Fontenay aux roses	12/10/2018	Matin
93	Check up santé	CMS Bagnole	06/11/2018	Matin
94	Check up santé	Villejuif	19/11/2018	Matin
94	MBR	Créteil	09/10/2018	Après-midi
95	Check up santé	Goussainville	05/10/2018	Matin



Enquête auprès des résidences sociales

Le choix a été fait de ne pas sélectionner de Résidences Sociales car l'échantillon est apparu comme trop faible pour le recueil de paroles des usagers. Le public concerné aurait été plus difficile à mobiliser (langue, disponibilités...).

Des entretiens téléphoniques avec des médiateurs et des directions de Résidences Sociales (liste définie avec la Mutualité Française IdF) ont donc été réalisés :

Nom	Lieu	Dates des Check up
Mme Selma GIRARD	résidence David Angers Paris 19	Dates des Check up santé : 10 avril et 09 octobre 2018
Mme Natacha RAMIS	résidence Calmette et Guérin à Aulnay-sous-Bois (93)	Dates Check up santé : 11 septembre et 16 octobre 2018
Mme Aline HAMBY,	Foyer Nelson Mandela à Alfortville (94)	Dates Check up santé : 21 juin et 23 octobre 2018
Mr Gérald BRENON	Coordinateur-Chef de Service Social Coallia Ile-de-France	

Le recueil du point-de-vue des bénéficiaires des actions

Enquête « à chaud » : pendant les actions

Afin de recueillir le point de vue des bénéficiaires, une enquête a été réalisée sur les sites des Check-up santé et des MBR. Cette enquête a permis de les restituer dans un parcours de prévention et de soins, d'apprécier leurs modes de vie et leur appropriation des repères visant à préserver leur autonomie et leur santé, d'évaluer leur satisfaction, et finalement de saisir en quoi les actions constituent un support de maintien de l'autonomie.

Ainsi les thématiques d'investigations étaient les suivantes :

- **Dans un parcours de prévention :**

Quels sont les facteurs ayant favorisé la présence des bénéficiaires à un Check-up santé ?

- **A travers ses modes de préservation de l'autonomie :**

- Perception et pratiques favorables à la santé : expression des repères nutritionnels, modes de vie sains, pratiques d'activités physiques...

- **Dans sa relation aux Centres de Santé, à la Mutualité Française et à ses partenaires**

- En quoi et comment les organismes constituent une ressource dans un processus vers plus d'autonomie ? Comment les actions/ateliers sont-ils perçus ? Cette notion est appréhendée à travers ces différentes dimensions :
- Appréciation de l'organisation : réactivité des interventions, qualité d'entretien, personnels de proximité...
- Appréciation des relations créées : accueil, information, médiation de voisinage, accompagnement, conseil etc ...
- Appréciation des apports de connaissances : maintien de l'autonomie, nutrition, accès aux droits ...
- Expression d'attendus vis-à-vis de ces acteurs

Enquête « à froid » auprès des usagers

Les 10 bénéficiaires à interroger étaient des participants de Check-up 2018 chez lesquels un problème de santé avait été identifié. L'enjeu était d'avoir les retours des bénéficiaires, de savoir s'ils avaient consulté un professionnel de santé suite aux conseils reçus lors du Check-Up ou si au contraire ils rencontraient des freins dans leur parcours de soin.

La Mutualité Française Île-de-France a transmis à NovaScopia une liste d'une dizaine de contacts. NovaScopia a contacté ces bénéficiaires pour effectuer les entretiens sur la base de cet échantillon.

Le recueil du point-de-vue des professionnels de santé

Sur chacun des sites où s'est rendu NovaScopia, 3 à 5 professionnels ont été interrogés, en fonction de leur disponibilité et dans le respect des plannings des activités/animations/...

Cela a permis de recueillir leur point de vue que ce soit en termes d'organisation, d'impact sur les bénéficiaires ou encore dans les modalités de coopérations avec la mutualité.

Enquête auprès des acteurs et partenaires

Environ 30 entretiens ont été menés en phase d'investigation.

Différents thèmes ont été abordés :

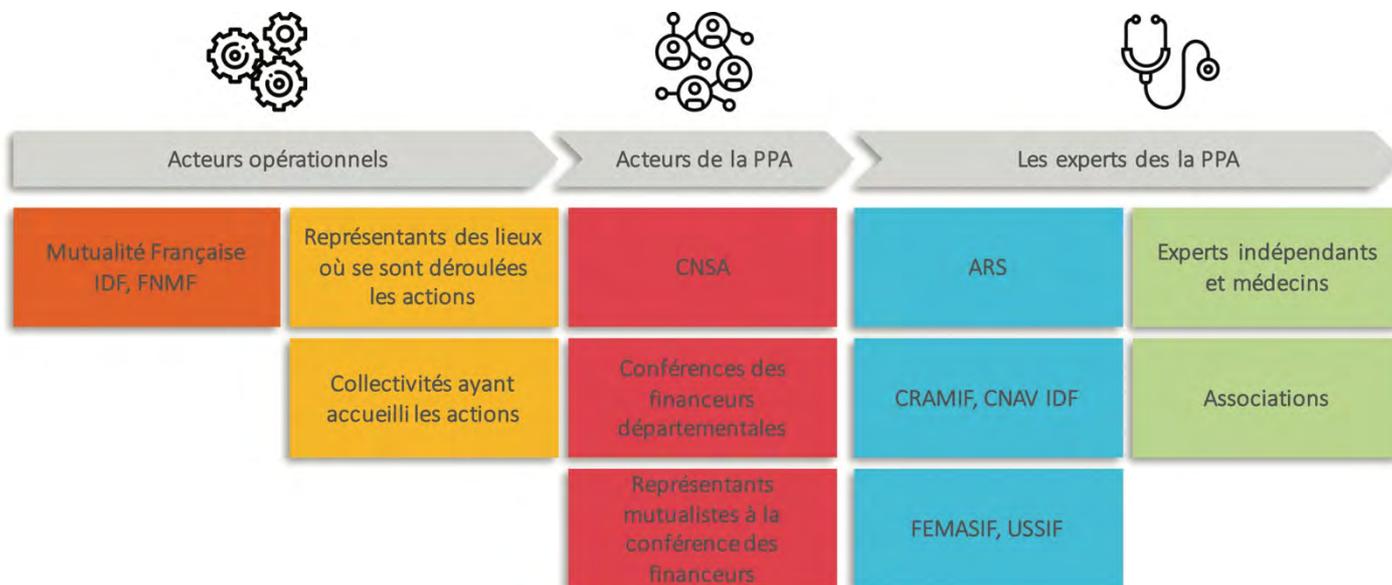
Niveau de participation et apports de connaissances des seniors, méthodes d'interventions et impact sur les parcours de soins et de prévention à l'échelle locale. Quelle complémentarité des acteurs ?

La liste des acteurs et partenaires interrogés est disponible en annexe.

2.4. Phase 3 : Élaboration de recommandations

Dans cette optique, NovaScopia propose 2-3 scénarios possibles, basés sur des critères de faisabilité en adéquation avec la stratégie nationale et régionale de la Mutualité Française.

Un COFIL rassemblant différents partenaires a été organisé le 18 avril 2019 afin d'y présenter les principaux résultats.



PARTIE 3

RESULTATS

3.1. Actions réalisées par la Mutualité Française Île-de-France en 2018



3.1.1. Les 3 types d'actions réalisées

Au cours de l'année 2018, **55** actions ont été menées à l'échelle de la Région Île-de-France avec le soutien de la Conférence des Financeurs, ce qui représente **79** jours d'intervention. Ces actions ont pris trois formes différentes :

Les Check-up Santé (CU) : il s'agit d'actions visant à dépister et repérer les besoins en santé des seniors. Les bénéficiaires suivent tour à tour des dépistages vision, audition, santé bucco-dentaire, maladies cardio-vasculaires et un temps d'échange collectif sur la nutrition. Un Check-up Santé se décline sous la forme de 3 jours d'intervention dans un même lieu.

Les Check-up Santé au sein des résidences sociales (CU RS) : il s'agit également de Check-up, les bénéficiaires sont essentiellement des résidents. Ces

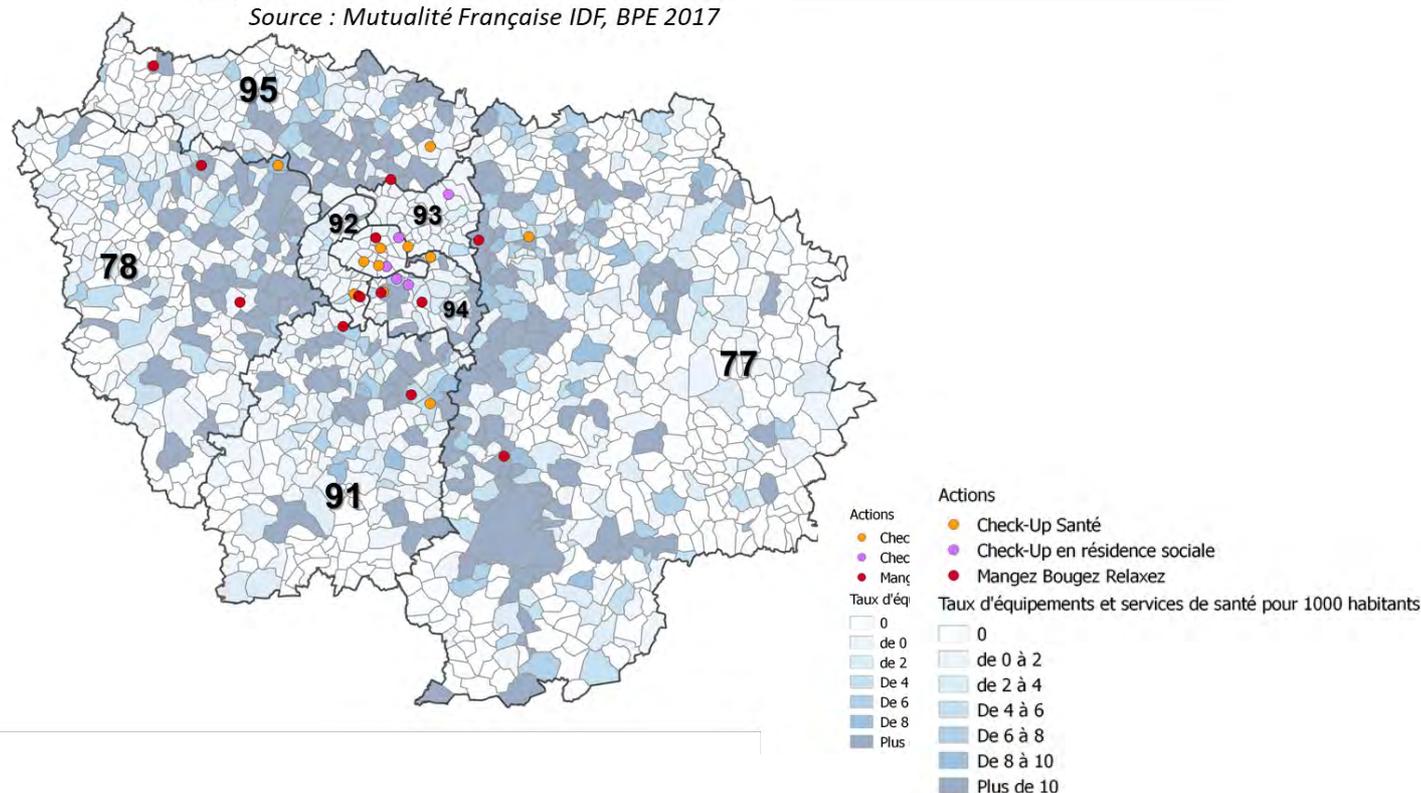
actions visent davantage à promouvoir des réflexes nutritionnels favorables à la santé et un bien-être global. Dans ce cadre, les participants bénéficient d'un temps d'échange individuel avec une diététicienne. Un CU RS regroupe 2 jours d'intervention sur un même site.

L'action collective « Mangez, Bougez, Relaxez » (MBR) vise à sensibiliser aux bienfaits d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière à travers 6 séances (3 nutrition, 2 activité physique, 1 sophrologie) qui donnent des connaissances pratiques aux bénéficiaires. Un MBR représente donc 6 demi-journées d'intervention, soit 3 jours d'intervention.

3.1.2. La localisation des actions réalisées

Actions réalisées par la Mutualité Française IDF en 2018 et taux d'équipement et de service de santé des communes

Source : Mutualité Française IDF, BPE 2017



NB : Le taux d'équipements et de services de santé est calculé à partir du fichier Base Permanente des Équipements (BPE) et de la population des communes d'Île-de-France. Les équipements et services de santé dénombrés comprennent : les établissements de santé court, moyen et long séjour, les établissements psychiatriques, les centres de lutte contre le cancer, les urgences, les maternités, les centres de santé, les structures psychiatriques ambulatoires, les centres de médecine préventive, les structures d'hospitalisation à domicile, les pharmacies, les laboratoires d'analyse médicale, les établissements pratiquant les dialyses, les transfusions sanguines, les établissements thermaux et les établissements de lutte contre l'alcoolisme.

La cartographie ci-dessus présente les 55 actions ayant été menées au cours de l'année 2018 dans le cadre du programme « prévention de la perte d'autonomie », et financées par la conférence des financeurs. Les Check-up Santé et les Check-up en résidences sociales ne sont représentés que par un seul point lorsqu'ils sont réalisés dans le même lieu (chaque Check-up Santé se reproduit 3 fois dans un même lieu et chaque Check-up en résidences sociales se reproduit 2 fois).

On compte en moyenne près de 7 actions par département au cours de l'année 2018. Cette moyenne est cependant à relativiser car certains départements comme Paris et le Val-de-Marne en ont

accueilli plus de 10 tandis que la plupart des autres départements en ont eu 5 sur leur territoire.

Les actions se sont déroulées majoritairement dans des communes relativement bien dotées en équipements et services de santé. Ceci s'explique par le fait que la localisation des actions est souvent déterminée par la présence d'un centre de santé. **Les critères de déploiement du programme sont surtout caractérisés par :**

- 1) **Le montant des financements obtenus dans chaque département**
- 2) **L'implantation des centres mutualistes**
- 3) **La configuration physique du lieu et le niveau d'accessibilité en transports en commun**

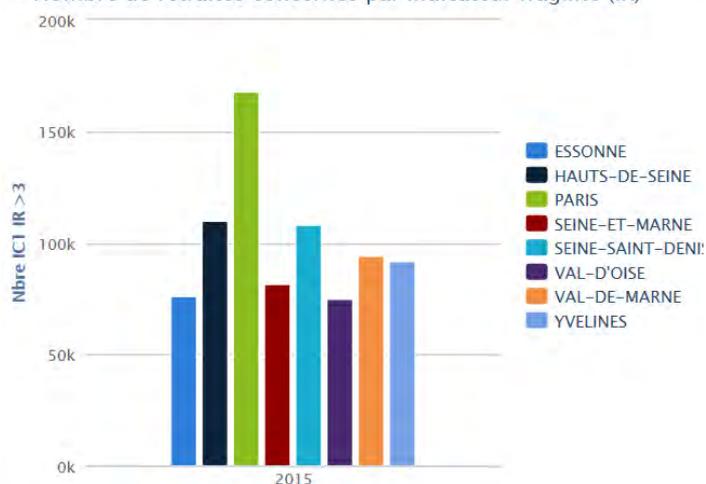
Un tableau détaillant l'ensemble des actions est disponible en annexe.

Le nombre d'actions a été réparti de manière assez homogène entre les départements. Il existe cependant des disparités entre les départements en termes de vieillissement de population, de processus de sélection des projets, d'enveloppes financières

disponibles. En effet, si la Seine-Saint-Denis est le département le plus jeune, elle présente aussi l'un des plus forts taux de fragilité. Paris est également très concerné par ce taux de fragilité.

3.1.3. Les caractéristiques de la population et l'offre de soins

– Nombre de retraités concernés par Indicateur fragilité (IR)

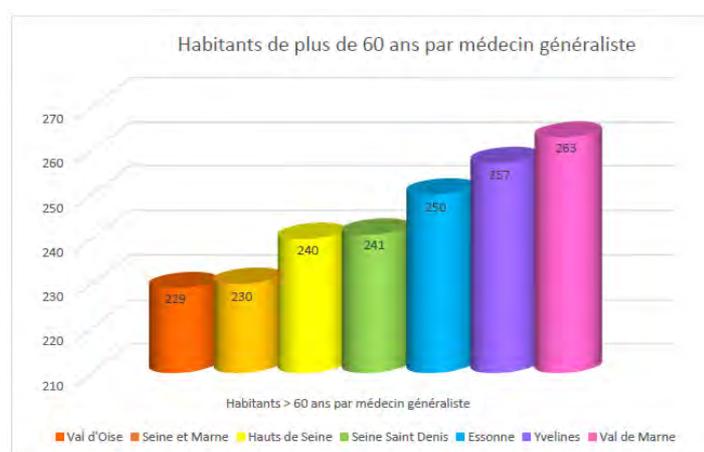


Source : Diagnostic des besoins, conférence des financeurs du Val d'Oise

L'espérance de vie est également très différente entre les départements. L'espérance de vie à 60 ans est plus élevée à Paris que pour le reste du territoire francilien : 20.5 ans contre 19 ans pour les hommes et 23.9 ans contre 23 ans pour les femmes. Les projections prévoient cependant un allongement de l'espérance de vie pour tous les départements (cf. carte).

Cet allongement s'accompagnera d'une augmentation du taux de personnes âgées dépendantes. Les projections prévoient en effet un taux élevé de personnes de 75 ans ou plus en situation de dépendance. Si ce taux reste assez faible pour les départements de Paris et de la petite couronne (hors Seine-Saint-Denis), il est particulièrement élevé pour les départements de la grande couronne (31,8% pour la Seine-et-Marne). (cf tableau)

Par ailleurs, le taux d'offre de soins et de services de santé démontre encore une fois des écarts importants entre les départements. Dans le Val-de-Marne, on compte par exemple 263 personnes de plus de 60 ans par médecin généraliste contre 229 dans le Val-d'Oise.

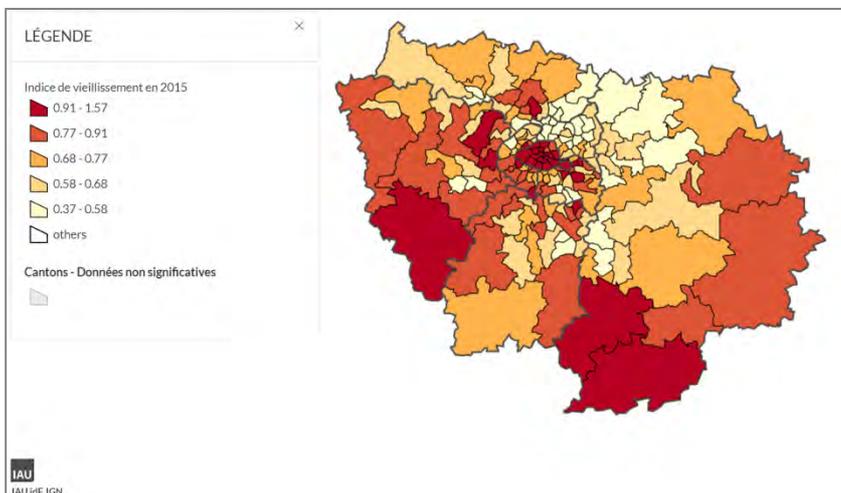


Source : Diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus en matière de prévention et recensement des initiatives locales en Seine-Saint-Denis 2015/2016, Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de la Seine-Saint-Denis

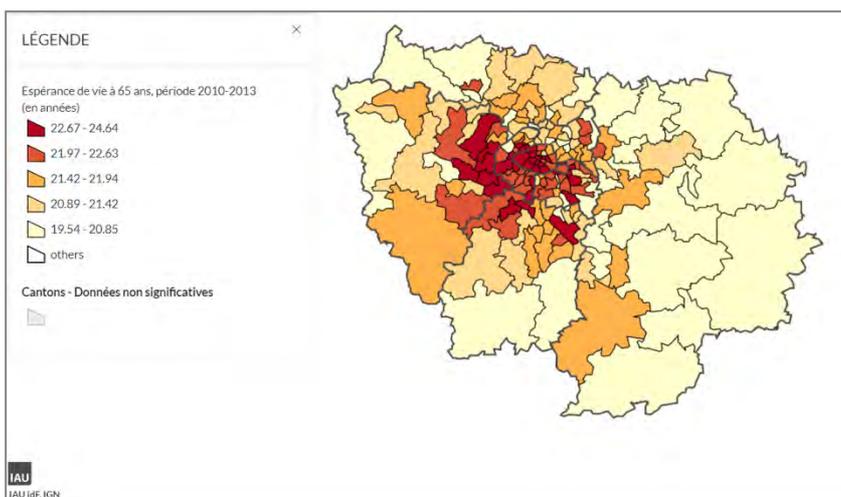
	Population dépendante âgée de 75 ans ou +	Population dépendante âgée de 75 ans ou +	Population totale des 75 ans ou +	% de dépendance des 75 ans ou +	Evolution 2020-2030	
	2020	2030	2030	2030	Nombre	En %
Ile-de-France	158 697	189 717	1 182 166	16,0%	+31 020	19,5%
Paris	28 903	32 254	227 963	14,1%	+ 3351	11,6%
Petite couronne	58 529	67 775	424 800	16,0%	+ 9 246	15,8%
Hauts de Seine	22 819	25 641	163 510	15,7%	+ 2 822	12,4%
Val de Marne	18 749	21 718	136 609	15,9%	+ 2 969	15,8%
Seine-Saint-Denis	16 961	20 416	124 681	16,4%	+ 3 455	20,4%
Grande couronne	71 265	89 688	529 403	16,9%	+ 18 423	25,9%
Essonne	17 302	21 284	126 317	16,8%	+ 3 982	23,0%
Yvelines	20 444	25 213	155 419	16,2%	+ 4 769	23,3%
Val d'Oise	15 242	19 101	112 397	17,0%	+ 3859	25,3%
Seine et Marne	18 277	24 090	135 270	17,8%	+ 5 813	31,8%

Source : Diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus en matière de prévention et recensement des initiatives locales en Seine-Saint-Denis 2015/2016, Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de la Seine-Saint-Denis

Indice de vieillissement en 2015 (Île-de-France)



Espérance de vie à 65 ans, période 2010/2013



Source : IAU

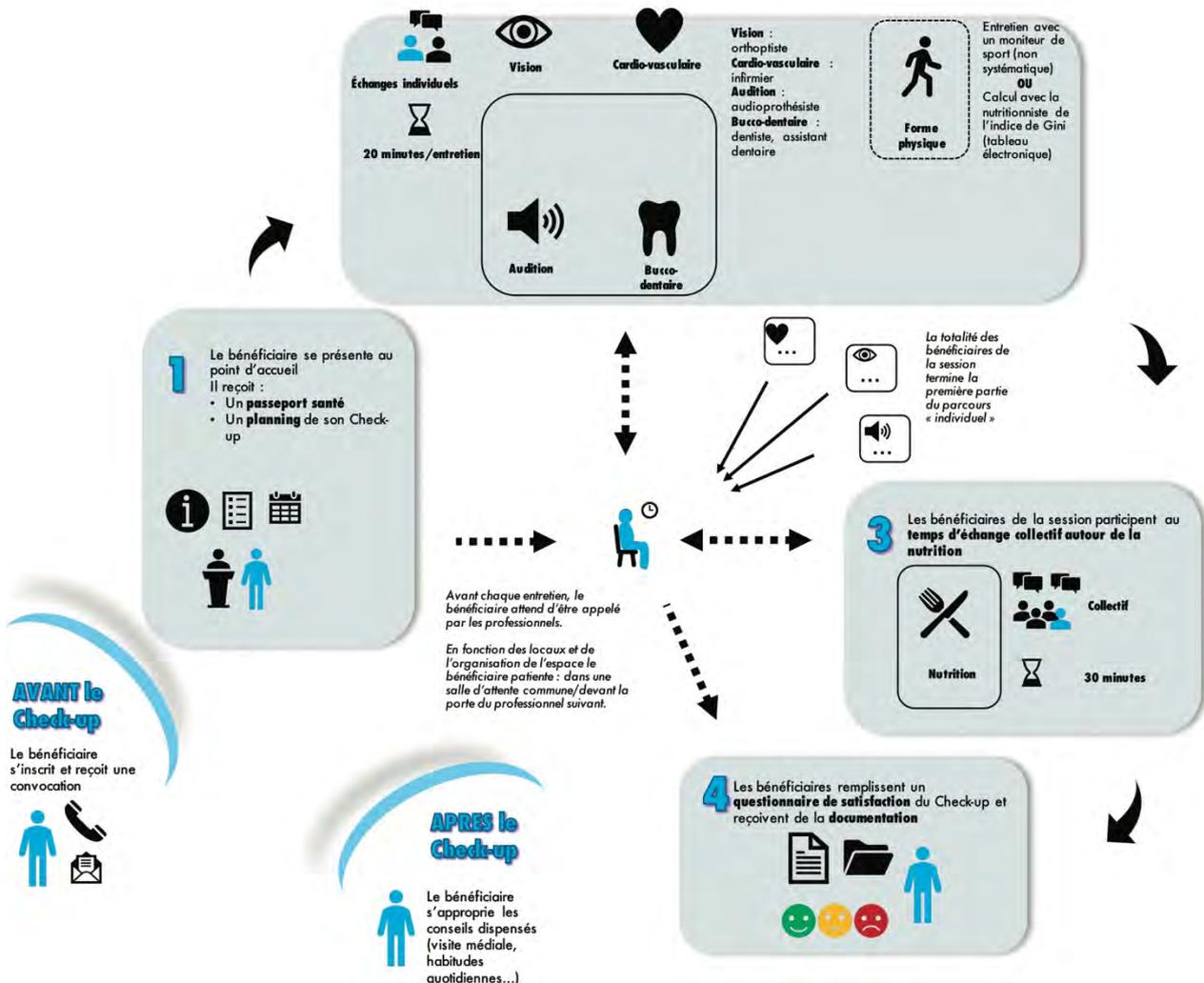
3.2. Les Check-up en Centres de Santé

3.2.1. Description de l'action



SUIVI DES 2H D'UN CHECK-UP SANTE D'UN BENEFICIAIRE

2 Le bénéficiaire **début** son parcours. Il s'entretient successivement individuellement avec 4 voire 5 professionnels



LES CHECKS-UP SANTÉ sont des journées de dépistage et de sensibilisation qui proposent aux seniors de suivre un parcours santé articulé autour de 5 ateliers.

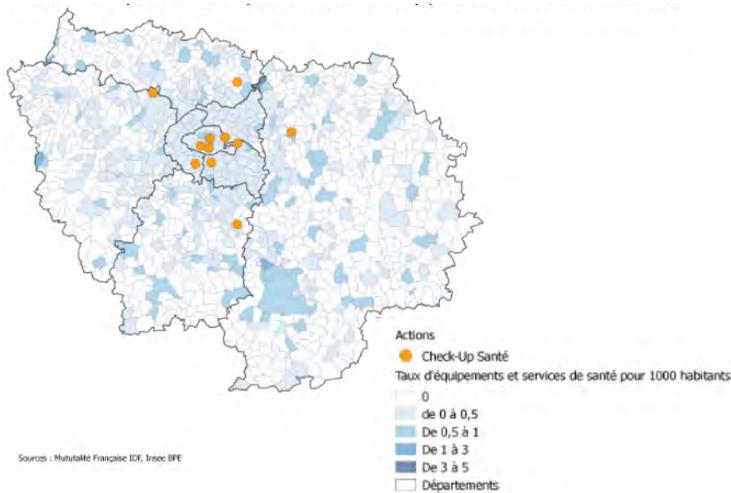
Un espace d'échanges collectifs est mis en place autour d'une collation pour accueillir les participants, favoriser les échanges avec les professionnels présents (salariées de la Mutualité Française Île-de-France, diététicienne, opticien...) et entre les participants eux-mêmes sur l'équilibre alimentaire, la

promotion de l'activité physique (mesure de sa condition physique à l'aide d'un test), la santé des aidants à travers la diffusion de petits films. Cet espace permet d'orienter les seniors vers quatre ateliers thématiques (vue, audition, santé cardio-vasculaire et santé bucco-dentaire) et remettre un passeport santé qui est progressivement complété lors de 4 dépistages.

Répartition des actions

Sur l'année 2018, 33 Check-up en Centres de Santé se sont déroulés à l'échelle de la région Île-de-France. Ils sont **623 bénéficiaires** à avoir pu profiter de cette action de dépistage. Au moins 3 Check-Up Santé ont eu lieu par département.

Actions réalisées par la Mutualité Française IDF en 2018 et taux d'équipement et de service de santé des communes



Passeport santé

Le passeport santé est remis à chaque bénéficiaire dès son arrivée. Après chaque consultation, les professionnels de santé y notent leurs observations et éventuelles orientations vers un spécialiste. Ce document permet aux bénéficiaires de rassembler sur un même support l'ensemble des observations. Il a également vocation à être montré au médecin traitant ou à un spécialiste.



3.2.2. Typologie des publics – Les points clés.

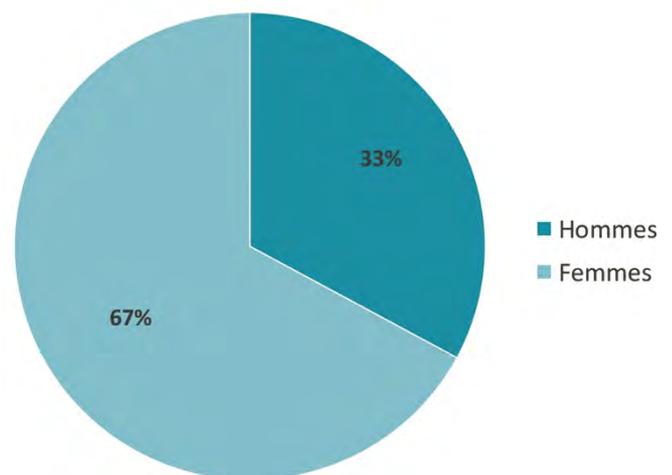
1er CONSTAT : Des thèmes et une approche plurifactorielle de la santé pertinente

A 70 ans on a en moyenne 7 pathologies et la prévalence des maladies cardio-vasculaires, et des besoins liés à des pertes sensorielles sont avérés. Un check up santé permet de répondre aux besoins des franciliens dans un contexte de difficultés d'accès aux spécialistes (ophtalmologistes et audioprothésistes en particulier) et aux médecins de 1er recours. (Comité de pilotage du 18 avril 2019)

2ème CONSTAT : Des actions qui touchent majoritairement les femmes

Répartition des bénéficiaires des Check-up Santé selon leur sexe

Source : Données 2018



Les femmes ont été largement majoritaires lors des Check-up Santé en Île-de-France. Cette moyenne cache cependant des disparités entre les départements. Ainsi, on comptait 47% d'hommes pendant les Check-up des Yvelines et seulement 23% pendant ceux de Seine-Saint-Denis.

Cela vient confirmer des tendances déjà observées en sciences sociales sur l'attention prépondérante des femmes sur les questions de santé et le bien-être pour soi et ses proches.¹

¹ Santé et recours aux soins des femmes et des hommes – Premiers résultats de l'enquête Handicap-santé 2008 -DREES ; Les stéréotypes de genre nuisent à la santé des femmes... et des hommes - un article de Catherine Vidal et Muriel Salle, à lire sur The Conversation (déc. 2017)

L'interaction entre sexe et genre est indissociable de cette réflexion sur la typologie des publics

bénéficiaires. L'état de santé d'une personne peut être influencé par plusieurs facteurs, la nature de son activité professionnelle, de son niveau d'étude, son hygiène de vie, et de des facteurs culturels, financiers, psychosociaux que l'on appelle des déterminants de la santé (cf Annexe).

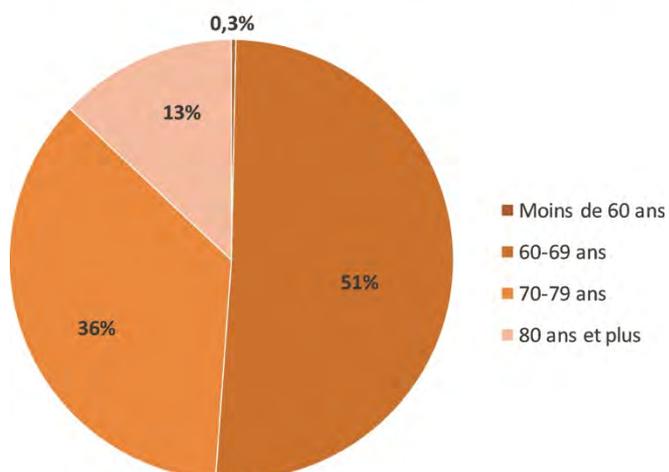
Ces déterminants sont souvent distincts chez les hommes et chez les femmes, parce qu'ils s'inscrivent dans un contexte social et culturel différent. Par exemple, dans leur majorité, les hommes tardent plus souvent à consulter que les femmes. La relation médecin-patient peut être également influencée (bien souvent inconsciemment), par les représentations sociales liées au genre.

Les **recherches en sciences sociales**, qui apportent un complément précieux à cette problématique, montrent combien les codes sociaux de la féminité (fragilité, sensibilité, expression verbale) et de la masculinité (virilité, résistance au mal, prise de risque) jouent un rôle dans l'expression des symptômes, le rapport au corps et le recours aux soins. Elles ont aussi montré que ces stéréotypes influencent la façon dont les professionnels dépistent et prennent en charge certaines maladies.²

3ème CONSTAT : Plus de la moitié des bénéficiaires ont moins de 70 ans.

Répartition des bénéficiaires des Check-up Santé par classe d'âge

Source : Données 2018

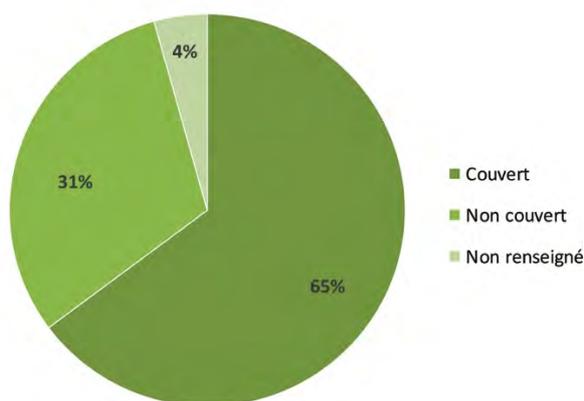


Les actions ont su toucher de jeunes seniors réceptifs à la démarche de prévention. Les 60-69 ans sont le 1^{er} groupe de participants le plus important. Là encore des disparités régionales sont présentes : les actions du Val-d'Oise ont, à titre d'exemple, attiré seulement 7% de 80 ans et plus tandis qu'ils étaient 32% dans les Hauts-de-Seine.

4ème CONSTAT : Des bénéficiaires relativement bien couverts, mais de fortes disparités entre les départements

Répartition des bénéficiaires des Check-up Santé selon la couverture par une mutuelle

Source : Données 2018



NB : Dans le langage courant, les complémentaires santé sont souvent assimilées à des mutuelles. Les mutuelles sont des complémentaires santé au même titre que les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance. Elles se différencient par leur statut privé à but non lucratif et leur investissement.

² Une comparaison à l'échelle des départements est disponible en annexe.

65% des bénéficiaires ont déclaré être couverts par une complémentaire santé. Cette donnée ne signifie en revanche pas qu'ils ont un suivi régulier en matière de santé bucco-dentaire, de vision ou d'audition. De plus, de très grandes différences sont observées entre départements. A titre d'exemple, pour la Seine-Saint-Denis, ce taux descend à 26% alors qu'il s'élève à 85% à Paris. Ces disparités s'expliquent par les profils socio-démographiques des départements.³ Ainsi, la Seine-Saint-Denis est le département francilien présentant l'indice de fragilité des populations le plus élevé (5 sur une échelle de 1 à 5), ce qui peut expliquer le faible taux de couverture par une complémentaire santé.

5ème constat : des bénéficiaires originaires de toute l'Île-de-France :

Si en moyenne, les bénéficiaires sont venus en grande majorité de la ville accueillant l'action, de fortes disparités existent toutefois entre les départements.

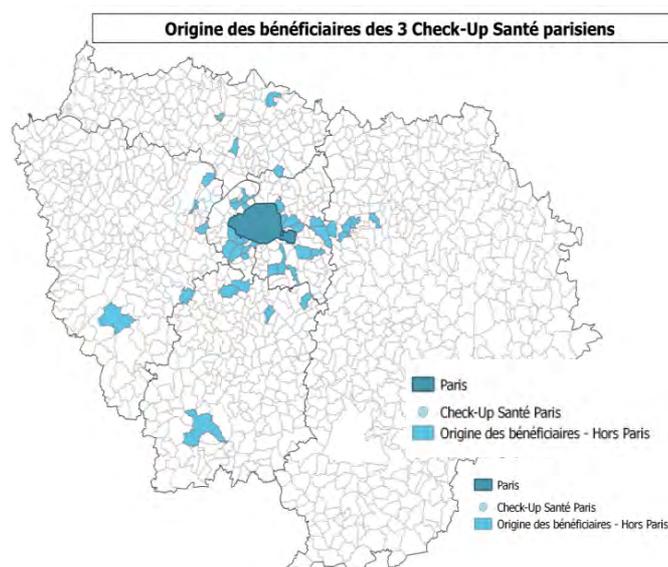
A Paris, 45% des bénéficiaires sont venus d'autres communes d'Île-de-France. Si la plupart d'entre eux sont venus de la petite couronne, d'autres sont originaires de communes franciliennes plus éloignées comme le montre la carte ci-contre.

Les Check-up Santé du Val-de-Marne ont eu une portée dépassant le département avec plusieurs bénéficiaires venant des Hauts-de-Seine, de l'Essonne et des Yvelines.

Le Check-up de Conflans-Sainte-Honorine (78) a quant à lui attiré quelques bénéficiaires venant des communes situées à proximité.

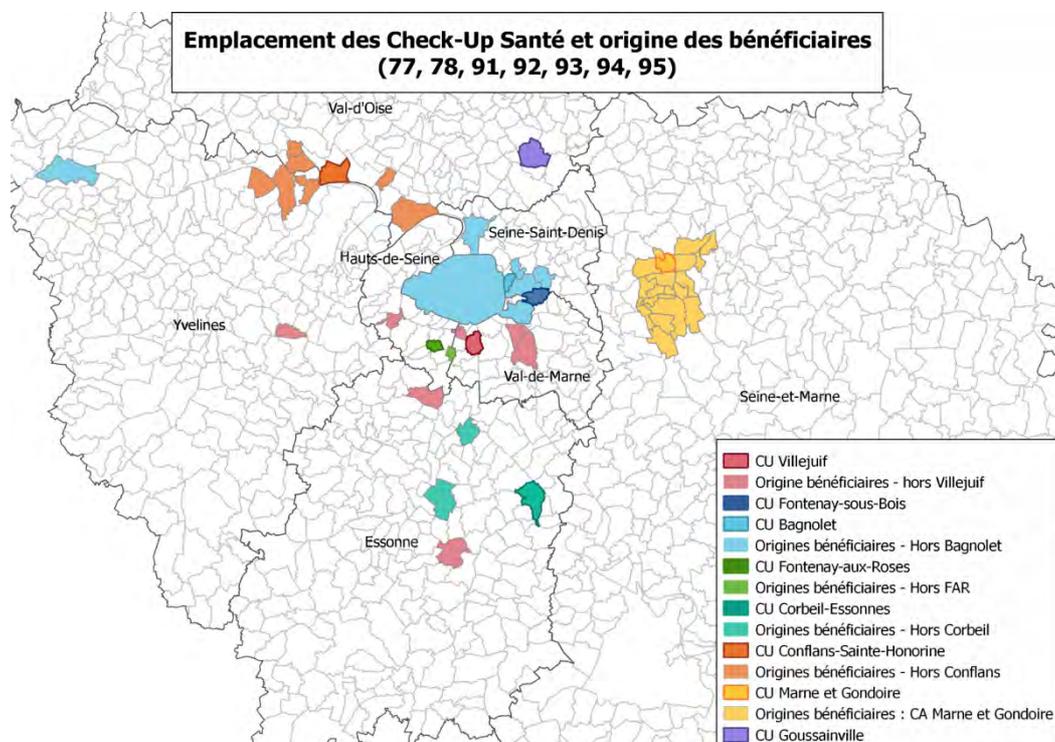
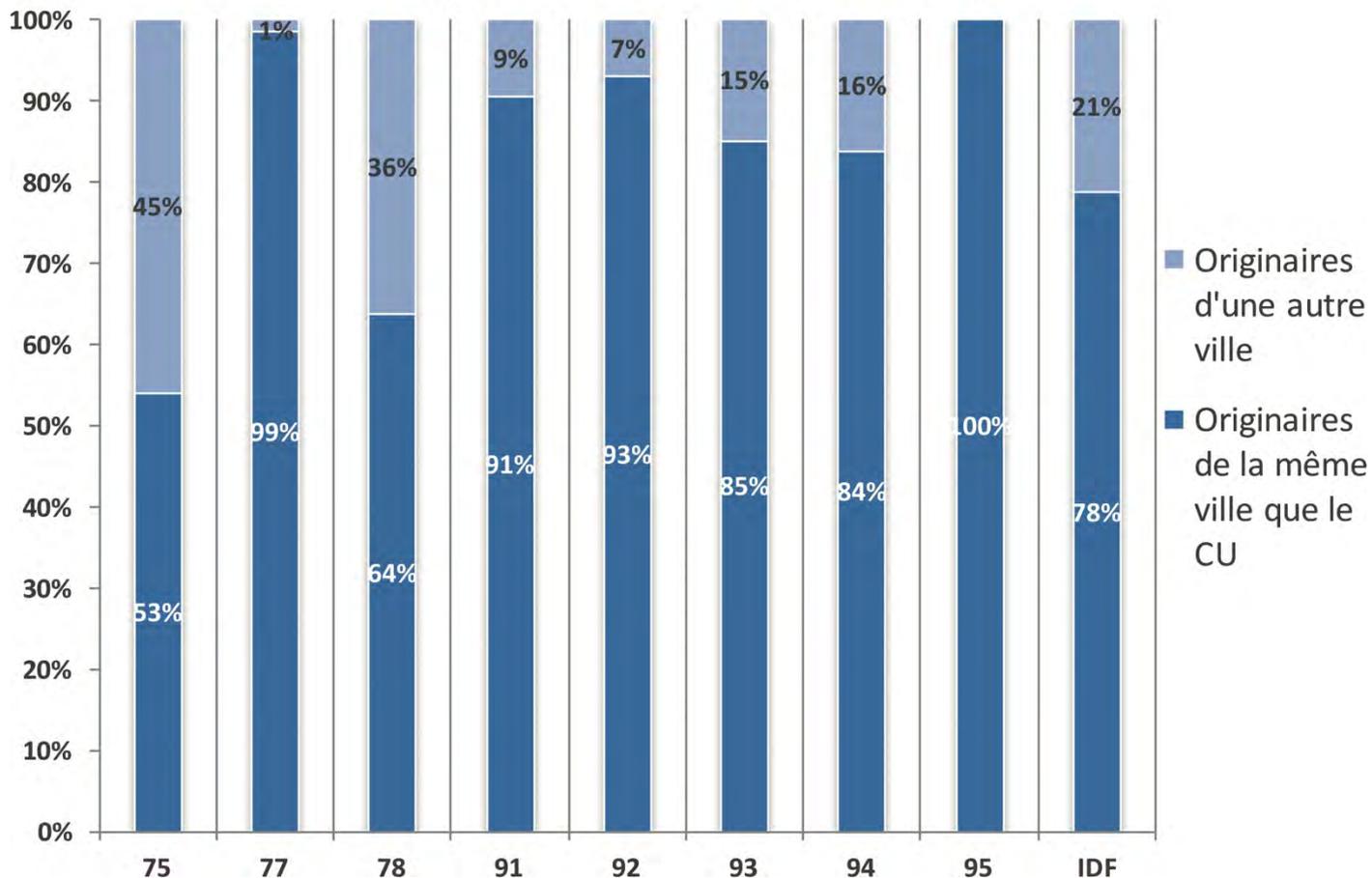
La plupart des autres actions ont accueilli seulement quelques bénéficiaires venant d'une ou deux villes situées aux alentours.

Origine des bénéficiaires des 3 Check-Up Santé parisiens



³ « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès ». Questions d'économie de la santé. N°161, Irdes, Janvier 2011.

Origine des bénéficiaires des Check-up



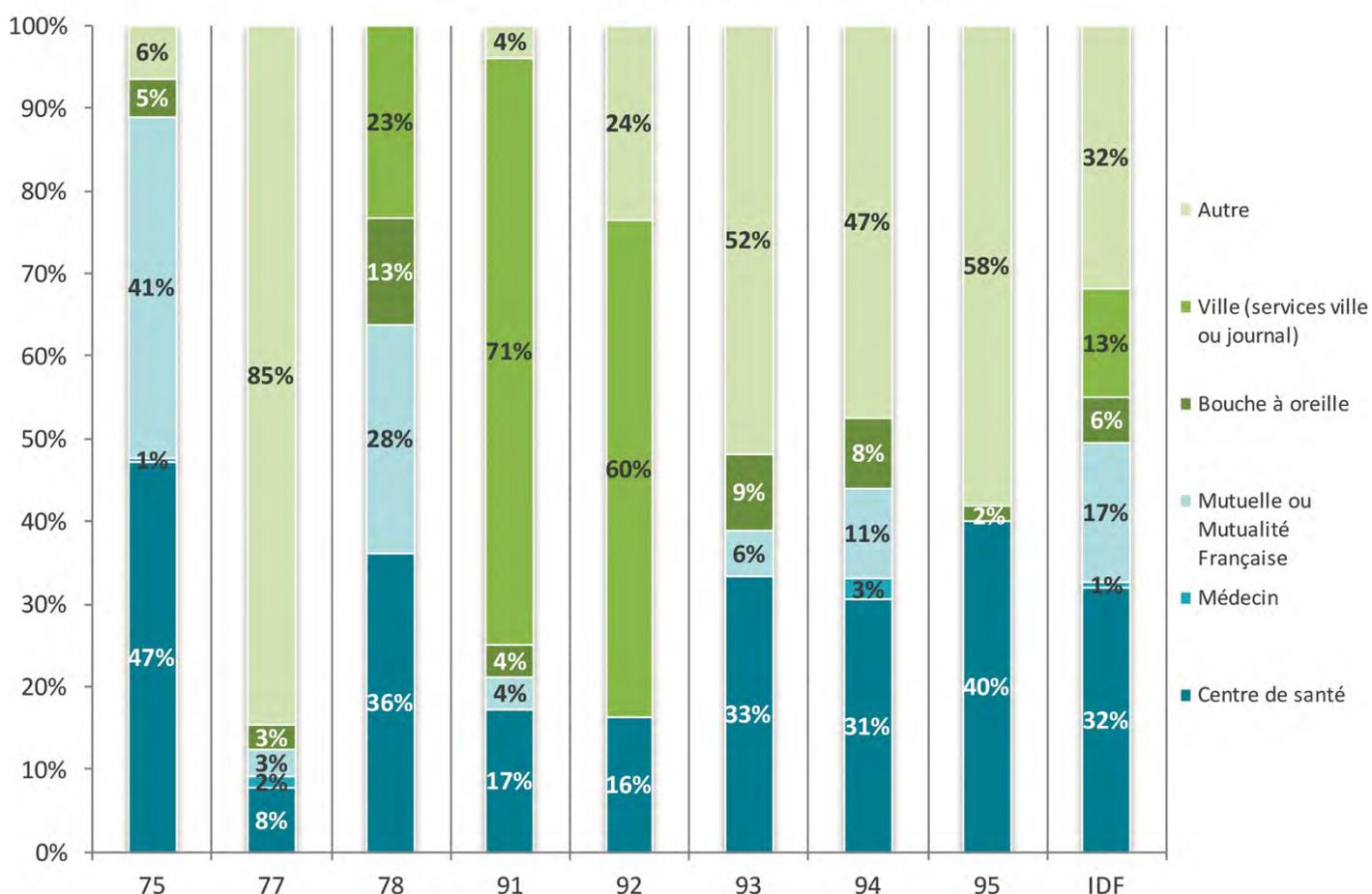
6ème constat : Des modes de communication qui peuvent impacter le profil des bénéficiaires

Une explication à ces disparités peut se trouver en analysant les modes de communication utilisés par la Mutualité Française Île-de-France et ses partenaires. Ainsi, dans le Val-d'Oise, l'information a été connue principalement (à 40%) par le Centre de Santé municipal accueillant le Check-up tandis que dans les Hauts-de-Seine, les bénéficiaires ont connu l'action via le CCAS (25%) et le journal de la ville (21%). Il est donc possible que les voies de communication utilisées pour diffuser les informations sur les actions influencent en partie la typologie du public.

Les check-up ayant eu recours à un mode de communication « multi-canal » semblent accueillir un public plus diversifié alors que ceux dont les principaux canaux ont été le centre de santé et les mutuelles semblent accueillir un public plus averti en matière de prévention et disposant déjà d'un suivi satisfaisant dans la plupart des thématiques abordées par les actions.

Ces tendances mériteraient cependant d'être plus approfondies afin de valider ou non le lien entre le profil des bénéficiaires et les modes de communication utilisés.

Connaissance de l'action Check-up Santé



NB : La catégorie « Autre » correspond aux partenaires des centres ou à des partenaires associatifs non cités dans le formulaire.

3.2.3. Synthèse des principaux résultats quantitatifs et qualitatifs

L'analyse de résultats des Check-up Santé

L'une des clés d'un vieillissement en bonne santé, est le maintien du lien social. Cela passe notamment par la préservation des sens, la vue et l'audition mais aussi le goût et l'odorat directement impactés par une mauvaise hygiène bucco-dentaire. L'annexe de la loi ASV précise que « la perte d'autonomie résulte souvent d'une dégradation de la santé visuelle ou auditive des personnes, atténuant leurs interactions avec leur environnement pour les placer progressivement dans une situation d'isolement social ».

L'analyse des résultats montre globalement que les problématiques d'audition sont moins bien prises en compte que les problèmes de santé bucco-dentaire ou de vision.

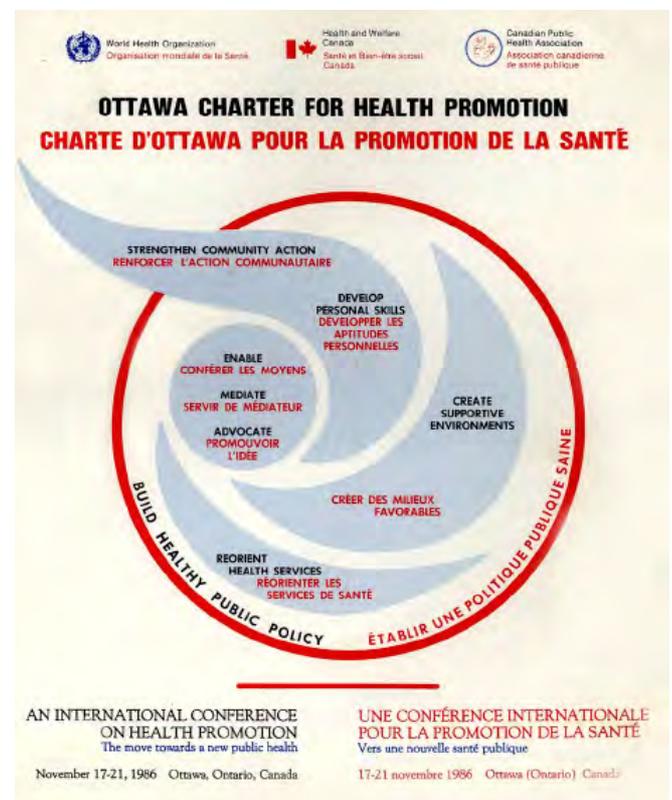
En effet, Les personnes ne semblent pas prendre leur problème d'audition au sérieux. Malgré des signes de baisse de l'audition connus, elles ne consultent pas. Les personnes refusent de s'équiper en raison de freins financiers, de préoccupations esthétiques mais surtout de blocages d'ordre psychologique car un appareillage renvoie à l'avancée en âge et au handicap dans une « société qui discrimine et donne le pouvoir culturel aux jeunes ». « Il est indispensable d'adopter une politique pro âge, où vieillir nous aide à aller mieux. » (Propos recueillis lors de la conférence Grand-Âge et Autonomie organisée par la Mutualité Française Île-de-France le 4 juin 2019 accessible en podcast).

Un repérage précoce chez les personnes avançant en âge est important car une baisse de l'audition peut engendrer des difficultés de communication et à long terme un repli sur soi, la diminution des liens sociaux, la perte d'autonomie.

Certaines personnes étaient sceptiques et doutaient de l'intérêt de ce Check-up étant donné qu'elles étaient bien suivies. Néanmoins, elles sont reparties conquises car cette journée leur a permis d'échanger avec des professionnels de santé à l'écoute, d'avoir une piqûre de rappel et des conseils individualisés.

La possibilité d'effectuer un bilan de santé sur un seul et même lieu dans un temps limité, l'accueil, l'accompagnement individualisé, l'écoute ainsi que la qualité des partenaires et des prestataires ont été grandement appréciés. Le parcours organisé autour de 4 entretiens individuels puis le regroupement autour des échanges collectifs a permis de créer des liens entre les personnes, partageant ainsi leurs préoccupations et leurs vécus.

Nous avons vu repartir des personnes satisfaites, remotivées à prendre soin d'elles et reprenant confiance en elles. Ce Check up santé a été un moteur et montre la volonté des personnes de prendre leur santé en main et de devenir acteur de leur santé.



Un nombre important de risques de maladies cardio-vasculaires détectés

Cardio-vasculaire

80% des bénéficiaires présentent entre 1 et 4 facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires*.

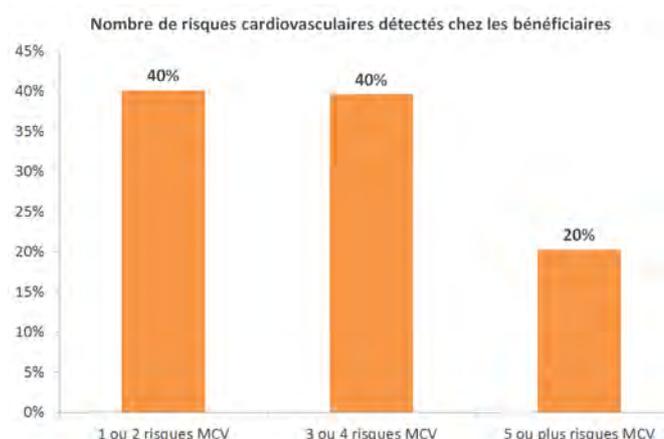
Les principaux facteurs de risques sont :

- Le périmètre abdominal supérieur à la moyenne
- La tension

* Antécédents de pathologies cardio-vasculaires, traitement cholestérol, traitement diabète, traitement tension, fumeur, pas de pratique d'activité physique, glycémie >1,4g/L, tension >14/9, IMC >30 (obésité), périmètre abdominal supérieur à la moyenne

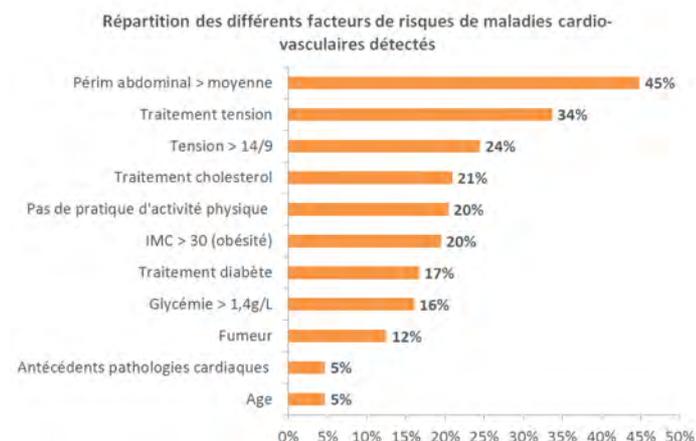
Certains bénéficiaires étaient déjà suivis pour des problèmes de diabète, de tension ou de cholestérol. Cependant, le Check-up a permis de détecter d'autres risques.

Ainsi, 80% des bénéficiaires présentent 1 à 4 facteurs de risques de maladies cardiovasculaires.



Les risques détectés sont multiples mais on observe une prévalence du périmètre abdominal supérieur à la moyenne et de la tension. Le cholestérol, le manque d'activité physique et un IMC trop élevé ont

également été détectés chez un nombre important de bénéficiaires.



A la suite des Check-up, de nombreuses personnes ont été invitées à consulter des professionnels de santé : médecin traitant, cardiologue ou nutritionniste (cf graphique orientation vers des professionnels de santé)

De fortes disparités sont observées entre les 8 départements. Concernant les risques de maladies cardiovasculaires, 57% des bénéficiaires de Seine-et-Marne présentent au moins un risque en dehors de l'âge tandis que cette proportion monte à 93% pour le Val-d'Oise et 95% pour la Seine-Saint-Denis.

Audition : des besoins importants - des bénéficiaires peu suivis

Audition

Un besoin élevé :

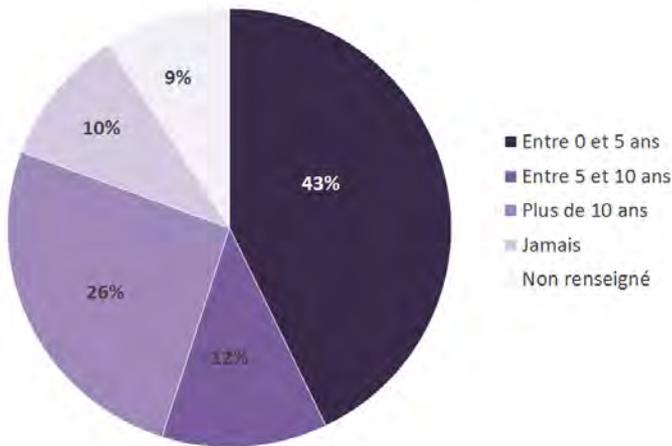
- **36%** des bénéficiaires ne sont jamais allés ou pas allés depuis plus de 10 ans chez l'ORL
- **49%** ont déclaré avoir détecté une gêne (acouphènes, hyperacousie ou signes de perte d'audition)

Un dépistage qui a permis de déceler :

- **37%** de légère perte auditive
- **30%** de signes de déficiences auditives

Les bénéficiaires se sont montrés globalement peu suivis par rapport aux autres dépistages. Plus de la moitié d'entre eux n'ont pas consulté un ORL depuis moins de 5 ans alors même de 49% ont déclaré avoir détecté une gêne auditive.

Date du dernier rendez-vous chez l'ORL



Parmi les gênes dont souffrent les bénéficiaires, on retrouve majoritairement les acouphènes (26% des bénéficiaires déclarent en souffrir) et une perte d'audition (11%).

Rappelons que 2 retraités sur 3 malentendants ne sont pas appareillés. Le reste à charge pour un appareil auditif est de 850 euros. (Communiqué de presse de la Fédération Nationale de la Mutualité Française du 23 octobre 2018).

Le dépistage a permis de détecter une perte d'audition chez la plupart des participants : 37% de légère perte et 30% de signes de déficiences. Ainsi le Check-up a permis de déceler des problèmes que les bénéficiaires ne détectaient souvent pas eux-mêmes.

Les résultats des dépistages audition sont équivalents entre les départements : peu de bénéficiaires sont suivis et ils sont globalement réticents à l'idée d'avoir recours à un appareil auditif.

Vision : Un suivi satisfaisant



Vision

Bénéficiaires globalement bien suivis :

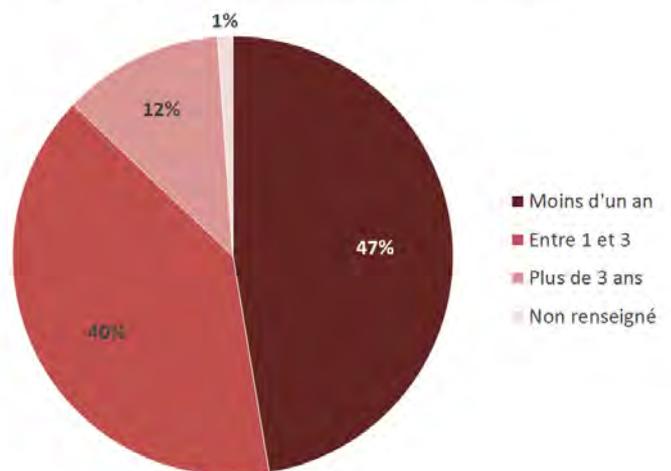
- **97%** d'entre eux portent des lunettes
- **87%** ont vu leur ophtalmologiste il y a moins de 3 ans

Un suivi à améliorer :

- **18%** présentent une légère perte visuelle
- **11%** des signes de déficience visuelle

La vision représente le domaine dans lequel les bénéficiaires se sont montrés les plus suivis. En effet, 97% d'entre eux portent des lunettes et ont donc probablement plus l'habitude de consulter régulièrement un ophtalmologiste.

Date du dernier rendez-vous chez l'ophtalmologiste



Ainsi, seul 12% des participants n'ont pas consulté depuis plus de 3 ans. Si ce suivi est globalement satisfaisant, il pourrait toutefois être amélioré car une perte visuelle a été décelée chez près de 30% des bénéficiaires. Cependant, ce chiffre est à relativiser car des signes de déficience visuelle ont été détectés bien plus souvent en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise alors que d'autres départements comme l'Essonne, la Seine-et-Marne et Paris présentaient des proportions beaucoup plus faibles de perte visuelle ou de déficience.

Bucco-dentaire : un suivi satisfaisant mais des principes d'hygiène à rappeler



Bucco-dentaire

Un suivi assez régulier :

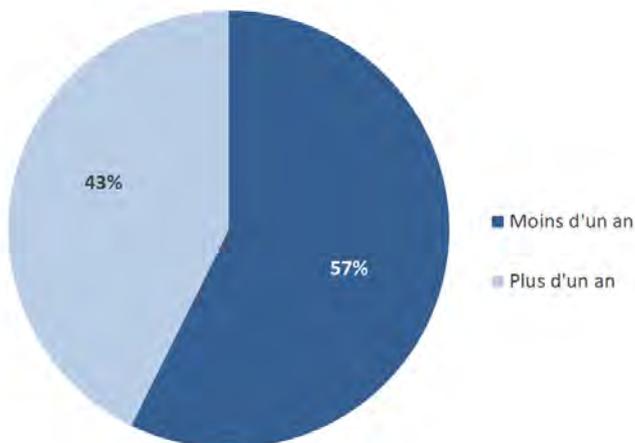
- **57%** ont vu leur dentiste il y a moins d'un an

Des habitudes changer :

- **15%** ont une hygiène bucco-dentaire à renforcer
- **21%** n'effectuent qu'un brossage par jour

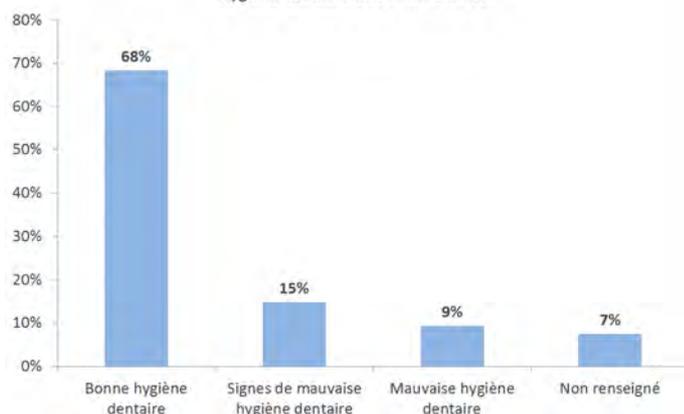
La majorité des bénéficiaires ont consulté un dentiste il y a moins d'un an, ce qui démontre un suivi globalement régulier.

Date du dernier rendez-vous chez le dentiste



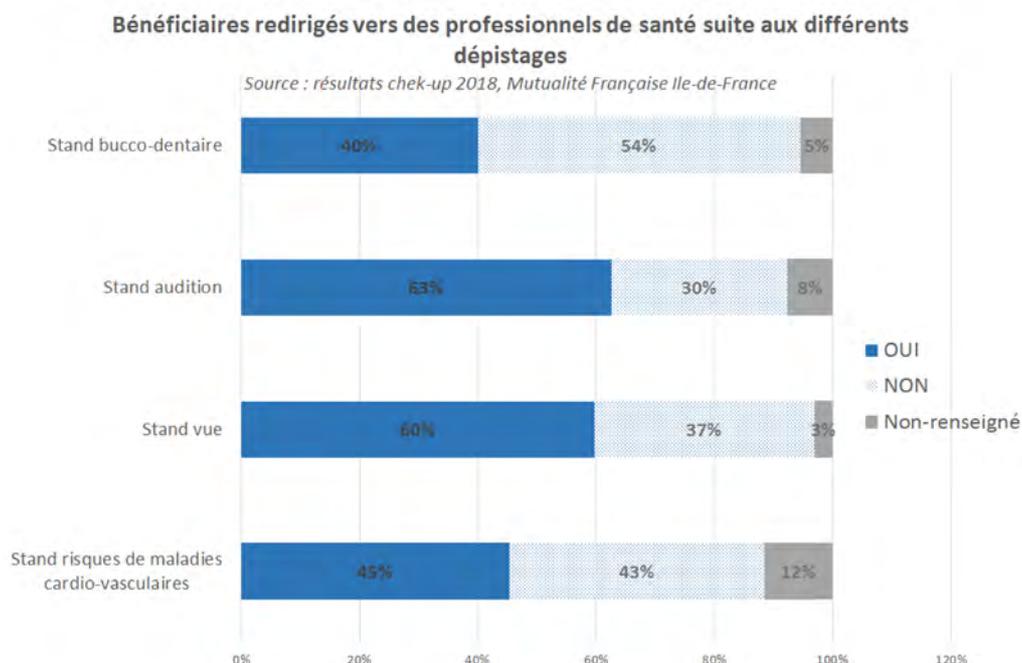
Cependant, l'hygiène bucco-dentaire mérite d'être renforcée. Ainsi, 15% des participants brossent leurs dents moins de 2 fois par jour. Le Check-up permet alors de prendre le temps de rappeler aux bénéficiaires les bonnes habitudes à prendre et de les prévenir sur d'éventuelles erreurs qu'ils peuvent commettre au quotidien.

Hygiène dentaire des bénéficiaires



Comme pour la vue, la situation des bénéficiaires du Val-d'Oise et de la Seine-Saint-Denis se montre plus préoccupante.

FOCUS - Orientation des bénéficiaires vers des professionnels de santé



De nombreux bénéficiaires orientés vers des professionnels de santé

Suite aux Check-up, les intervenants ont pu conseiller à de nombreux participants de consulter un professionnel de santé pour répondre aux éventuels problèmes détectés lors des dépistages.

Concernant **l'audition**, **63% des bénéficiaires ont été orientés** vers un professionnel, ce qui représente le plus fort taux d'orientation.

Beaucoup de participants ont également été réorientés vers un **ophtalmologiste**, afin d'améliorer leur suivi en matière de vue.

Malgré de **nombreux risques détectés**, seuls **45% des bénéficiaires ont été orientés vers un professionnel de santé concernant les maladies cardio-vasculaires** (médecin généraliste, cardiologue, nutritionniste). Ceci peut s'expliquer par le fait **que 71% d'entre eux suivent déjà un traitement concernant la tension, le cholestérol ou le diabète** et sont ainsi probablement déjà bien suivis.

Enfin, **40% des participants ont été orientés vers un dentiste**. Mise à part la problématique de l'hygiène bucco-dentaire, **peu de problèmes lourds ont été détectés** lors des dépistages. Les bénéficiaires ont donc probablement été en grande majorité encouragés à poursuivre leur suivi chez le dentiste et à modifier quelques habitudes.

Tous ces chiffres sont à nuancer car le mode de remplissage des grilles de résultats a pu parfois être interprété de manières différentes par les intervenants. Ainsi, si un bénéficiaire est déjà bien suivi et/ou ne présente pas de problème particulier lors du dépistage, l'intervenant a pu lui conseiller de poursuivre ce suivi et a alors noté que cette personne avait été orientée vers un professionnel de santé. Il semble donc pertinent d'harmoniser le mode de remplissage de ces grilles pour éviter les différences de perception.

Ces résultats témoignent une nouvelle fois des difficultés d'accès aux soins. On pourra se référer au rapport de l'ARS IDF « Renforcer l'accès aux soins en Île-de-France » et rechercher des solutions grâce aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dont l'objectif est de renforcer la coordination et améliorer la prise en charge de la population à l'échelle d'un territoire.

Le point de vue des bénéficiaires

NB : les verbatims suivants sont issus des entretiens téléphoniques « à froid » avec les bénéficiaires et les entretiens « à chaud » pendant les Check-up. Soit environ 20 personnes.

Le Check-up et son image

Les bénéficiaires situent clairement les objectifs du Check-Up. Ils considèrent cette action comme une étape nécessaire pour mieux prendre en compte l'ensemble des points de vigilance « santé » lorsqu'on prend un peu d'âge.



« C'est le Check-up de la Mutualité qui m'a incité à faire un Check-up plus complet. »

Si la plupart d'entre eux avaient déjà un bon suivi médical avant le Check-up, celui-ci présente selon une majorité d'entre eux, une utilité encore plus grande pour les personnes ayant peu de suivis médicaux ou peu d'accès aux soins.

Ils ont une image positive de la Mutualité Française, c'est un acteur dans lequel ils ont confiance.

Un moment convivial

Ils décrivent une action à l'écoute des besoins des personnes. Ils soulignent la qualité de l'accueil et de l'organisation. L'ambiance des Check-up semble un atout à conforter. Les bénéficiaires soulignent de manière très forte la capacité d'écoute et la qualité des professionnels. Ils sont ainsi plusieurs à indiquer qu'ils ont pu aborder des sujets qu'ils n'abordent pas avec leur médecin traitant, par manque de temps ou parce qu'ils n'osent pas.

« Je me suis senti écouté. Ça m'a fait du bien. On a pu exprimer des choses que l'on n'ose pas forcément aborder avec les médecins »

Une occasion de prendre le temps, être écoutés, poser des questions, partager avec d'autres.

L'évaluation a permis d'interroger un panel de



bénéficiaires 5 mois à 1 an après leur venue à un Check-up Santé. 5 d'entre eux ont déclaré avoir pris rendez-vous chez un professionnel de santé par la suite. Ce

chiffre est à nuancer compte-tenu du faible échantillon de personnes interrogées (6). Selon une majorité d'entre elles, le Check-up a été un signal utile pour accélérer des prises de rendez-vous avec des professionnels de santé et se réinterroger sur les pratiques en prévention et promotion de la santé. Quelques personnes ont également évoqué des freins financiers qui ne leur permettent pas d'aller consulter des professionnels de santé comme ils le souhaiteraient.⁴

Sur ce sujet, les travaux portés par l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (UPMC, Université Paris 6, Paris)soulignent que le renoncement aux soins pour raison financière s'exprimait plus fréquemment chez les personnes ayant connu



des trajectoires de vie difficiles (événements graves, ruptures biographiques), exprimant des perceptions négatives de leur niveau socio-

économique, ayant une forte attente et demande de soins, et/ou présentant certaines caractéristiques psychologiques (notamment une faible estime d'elles-mêmes). Certains bénéficiaires ont estimé que les conseils, notamment en matière de nutrition n'étaient pas assez précis et qu'ils auraient besoin d'un accompagnement et d'un suivi personnalisé pour appliquer les conseils de prévention au quotidien. Cependant, peu d'entre eux ont l'intention de prendre un rendez-vous avec une diététicienne ou nutritionniste.

⁴ Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution

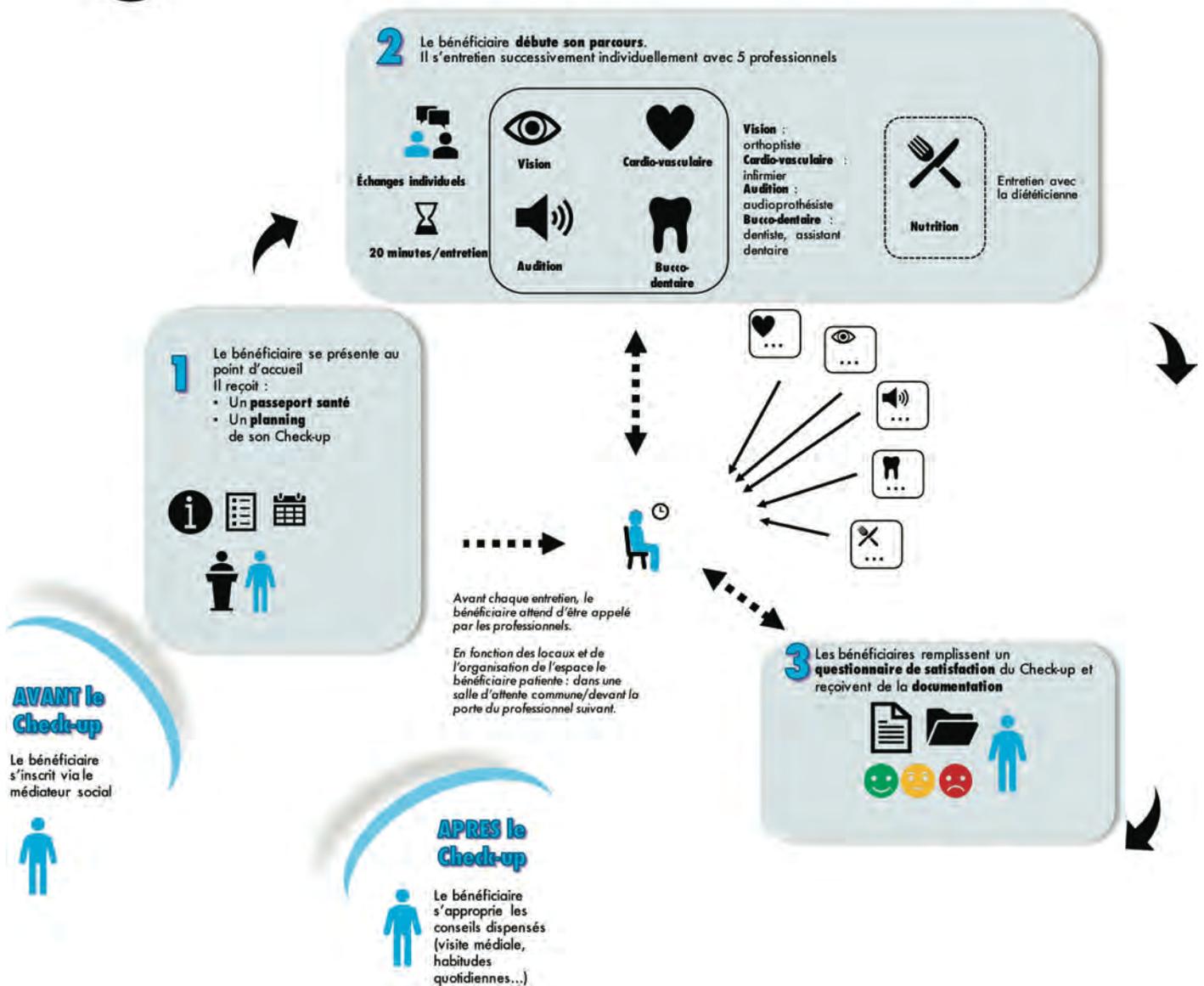
entre 2005 et 2010. Rapport final pour la DREES, septembre 2011

3.3. Les Check-up en résidences sociales

3.3.1. Description de l'action



SUIVI DES 2H D'UN CHECK-UP EN RÉSIDENCE SOCIALE D'UN BÉNÉFICIAIRE



LES CHECKS-UP EN RESIDENCES SOCIALES sont des journées de dépistage et de sensibilisation qui proposent aux seniors habitant au sein des résidences sociales de suivre un parcours santé articulé autour de 5 ateliers. Ces actions ont été menées dans le cadre d'un partenariat avec Coallia.

Après des échanges collectifs permettant la diffusion d'informations santé, de messages de prévention, d'accès aux droits/soins, orientation vers les espaces de dépistage, la remise du passeport santé et du

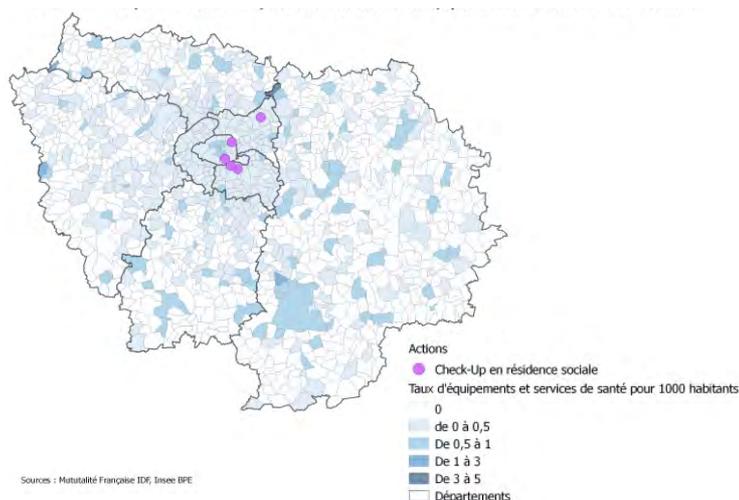
document d'évaluation, les bénéficiaires sont ensuite invités à 5 consultations.

Les thématiques abordées lors du Check-up Santé :

- Vision
- Cardio-vasculaire
- Audition
- Bucco-dentaire
- Nutrition

Répartition des actions

Actions réalisées par la Mutualité Française IDF en 2018 et taux d'équipement et de service de santé des communes

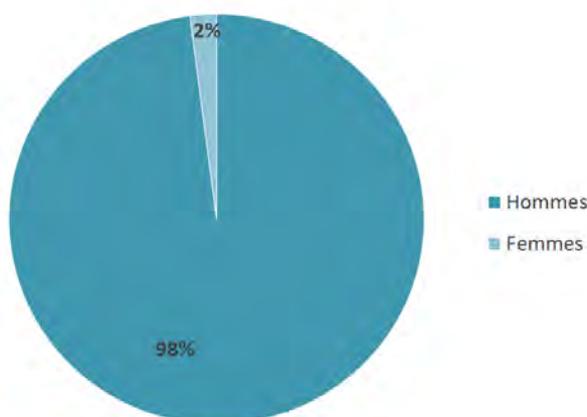


Au total, sur l'année 2018, 5 Check-up se sont déroulés à l'échelle de la région Île-de-France (à Paris, en Seine-Saint-Denis et en Val-de-Marne). Ils sont **195 bénéficiaires** à avoir pu profiter de cette action de dépistage.

3.3.2. Typologie des publics – Les points clés.

1er CONSTAT : Les hommes largement majoritaires, du fait du peuplement des résidences sociales

Répartition des bénéficiaires des Check-Up en résidence sociale selon leur sexe
Source : Données 2018

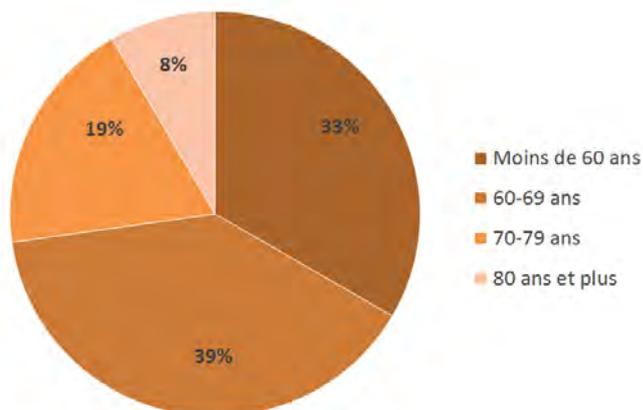


Les hommes sont largement majoritaires lors des actions proposées en résidences sociales, du fait du peuplement historique des résidences Coallia. Peu de

disparités sont remarquables à l'échelle des départements : la part d'hommes variant entre 95% et 100%.

2ème CONSTAT : Des bénéficiaires plus jeunes et moins bien suivis

Répartition des bénéficiaires des Check-Up en résidence sociale par classe d'âge
Source : Données 2018



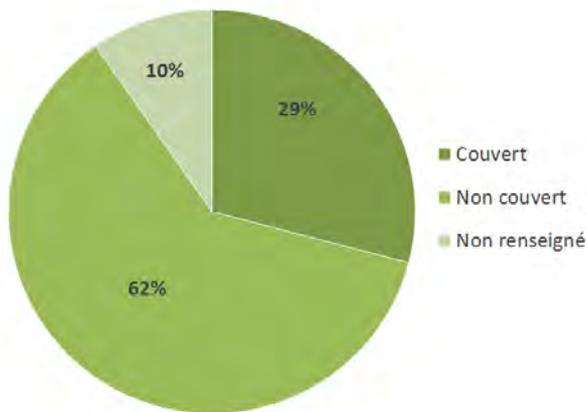
Les Check-up en résidences sociales ont la particularité d'être ouverts aux bénéficiaires âgés de 55 ans et plus (et non à partir de 60 ans comme les autres actions visant à prévenir la perte d'autonomie). Ces actions ont donc touché en majorité des personnes entre 55 et 69 ans. Ceci s'explique également par le peuplement des résidences sociales où les résidents plus âgés sont présents mais minoritaires. Mise à part la Seine-Saint-Denis où les 80 ans et plus représentaient 21% des bénéficiaires, ils ont été minoritaires voire inexistant sur les autres Check-up RS en Île-de-France.

3ème CONSTAT : Un faible taux de couverture en matière de complémentaire santé

Les résidents sont globalement peu couverts par une complémentaire santé, ce qui illustre de fortes difficultés d'accès aux droits et aux soins.

Répartition des bénéficiaires des Check-Up en résidence sociale selon la couverture par une mutuelle

Source : Données 2018



NB : Dans le langage courant, les complémentaires santé sont souvent assimilées à des mutuelles. Les mutuelles sont des complémentaires santé au même titre que les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance. Elles se différencient par leur statut privé à but non lucratif et leur investissement dans la gestion d'établissements de santé et médico-sociaux.

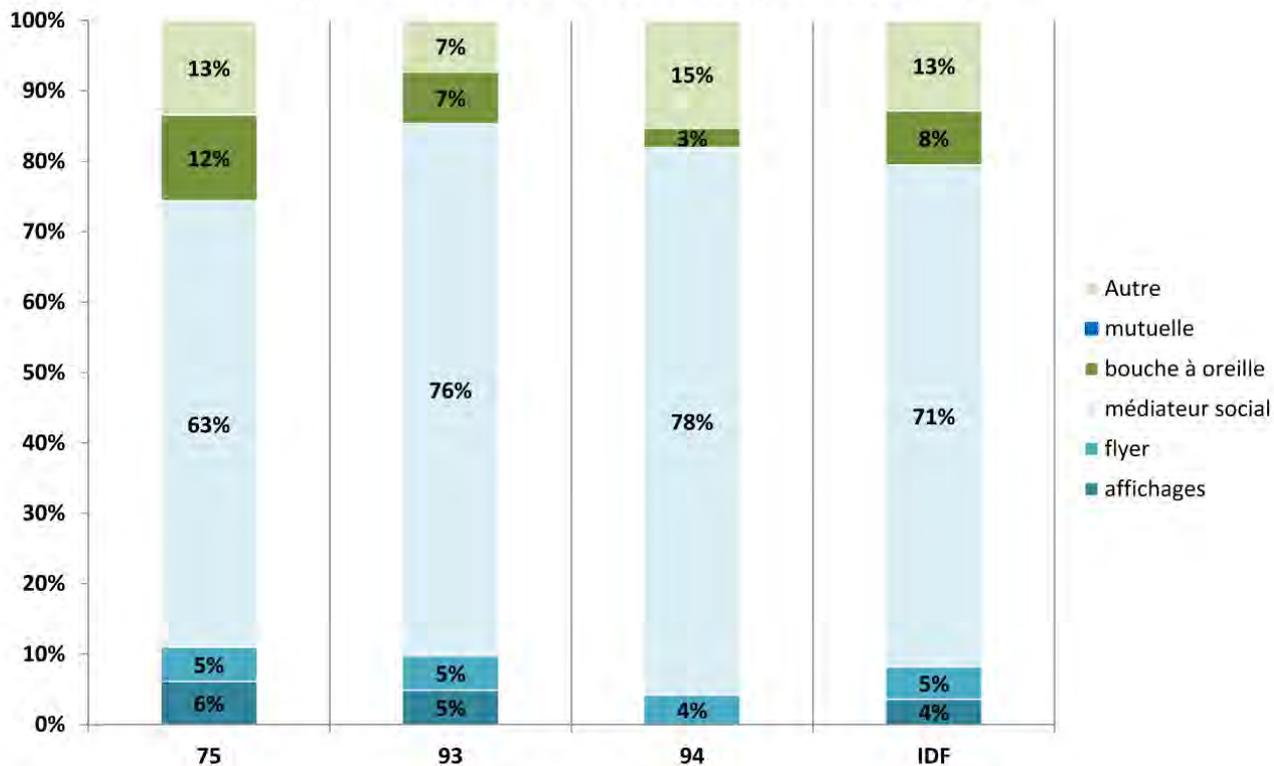
Zoom sur le 2P3A (plan proximité autonomie de l'avancée en âge) :

Développé par l'Assurance Maladie et l'Assurance retraite, il contribue à l'objectif de préservation de l'autonomie des seniors, et prend en compte les situations de fragilité sociale et en matière de santé des personnes proches de la retraite ou déjà retraitées via la prévention, la détection et l'accompagnement sur l'accès aux droits et aux soins. L'action « check up santé » peut constituer un temps fort de la démarche de prévention et favoriser l'orientation des personnes vers la plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS). La Mutualité Française Ile-de-France a signé une convention avec chaque caisse d'assurance maladie dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins et aux droits.

4ème CONSTAT : Le rôle essentiel du médiateur social dans la mobilisation des résidents

Les Check-up en résidences sociales ont été majoritairement connus par le médiateur social de la structure. Son rôle est essentiel dans le bon déroulement des actions. C'est lui qui va directement informer les résidents de la mise en place de ces journées de dépistages. Les personnes intéressées devaient alors s'inscrire auprès du médiateur social.

Connaissance de l'action Check-Up en résidence sociale



3.3.3. Synthèse des principaux résultats quantitatifs et qualitatifs

Globalement, une illustration du renoncement aux soins et un faible accès aux gestes de prévention

Les dépistages réalisés ont permis de déceler un certain nombre de risques ou de déficiences chez les bénéficiaires. Ceux-ci se sont montrés globalement peu suivis, ce qui démontre l'utilité de ces actions comme un des premiers maillons de la chaîne de prévention.⁵

Les résultats montrent peu de disparités entre les départements, les bénéficiaires sont peu suivis et semblent avoir un accès limité aux soins. De nombreuses problématiques de santé ont été soulevées dans chacun des quatre dépistages.

Cardio-vasculaire : 79% des résidents présentent un à 4 facteurs de risque



Cardio-vasculaire

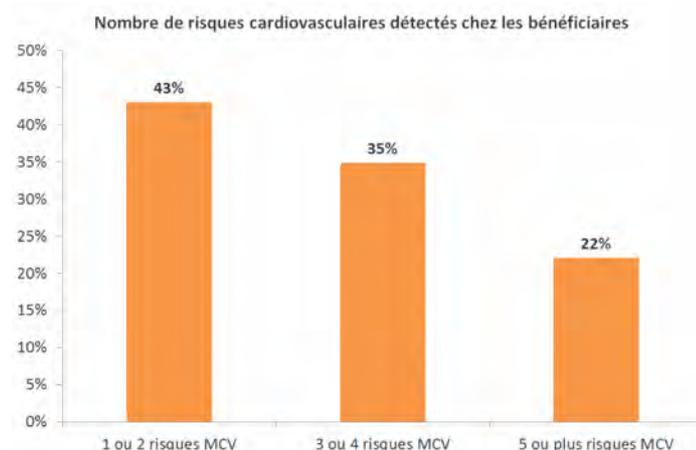
79% des bénéficiaires présentent entre 1 et 4 facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires*

Les principaux facteurs de risques sont :

- Hyperglycémie : **74%**
- Hypertension : **49%**
- Age supérieur à 60 ans : **66%**
- Pas d'activité physique : **26%**

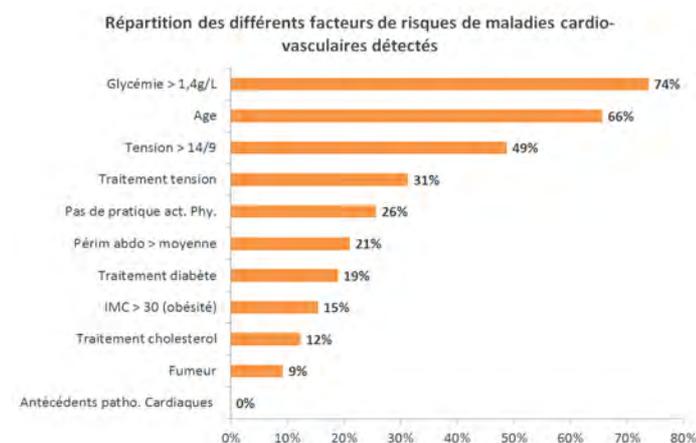
* Age supérieur à 60 ans, antécédents de pathologies cardio-vasculaires, traitement cholestérol, traitement diabète, traitement tension, fumeur, pas de pratique d'activité physique, glycémie >1,4g/L, tension >14/9, IMC >30 (obésité), périmètre abdominal supérieur à la moyenne

Concernant les maladies cardiovasculaires, de très nombreux problèmes ont été dépistés par les professionnels.



Ainsi, si 100% de bénéficiaires présentent au moins un risque (dont âge > 60ans), 35% d'entre eux en présentent 3 ou 4 et 22% plus de 5. Les bénéficiaires des résidences Coallia sont très sujets aux risques de maladies cardiovasculaires et peuvent cumuler plusieurs de ces risques, ce qui démontre un réel besoin en termes de prévention.

Parmi les principaux risques détectés, on trouve l'hyperglycémie, l'âge, la tension. Le peu de pratique d'activité physique, le périmètre abdominal supérieur à la moyenne et le diabète constituent également des facteurs de risque importants.



Ces facteurs de risque peuvent être en partie dus à de mauvaises habitudes diététiques. En effet, une diététicienne intervenant lors des Check-up en résidences sociales confirme qu'il y a une problématique importante sur le petit déjeuner et que

⁵ Rode A. Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Sciences Po Grenoble, mai 2010.

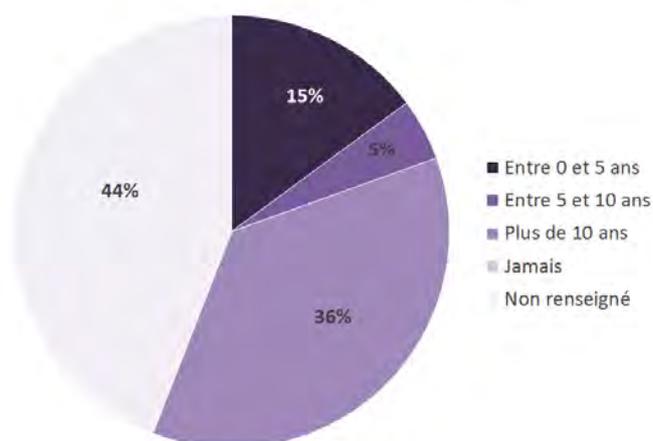
beaucoup de résidents ne prennent qu'un seul repas par jour.

Audition : Un besoin équivalent aux bénéficiaires des Centres de Santé



Le dépistage audition qui vient conforter la plus-value des Check-up en résidences sociales.

Date du dernier rendez-vous chez l'ORL



Selon les résultats, seul 20% des bénéficiaires ont consulté un ORL dans les 10 dernières années. Ce chiffre est cependant à nuancer car les grilles de résultats ont été peu renseignées par les intervenants sur ce sujet. Les résultats montrent également que 26% des participants avaient détecté une gêne auditive avant le dépistage (acouphène, hyperacousie, perte d'audition).

De nombreuses pertes ou déficiences auditives ont été décelées alors que près de la moitié des bénéficiaires n'a jamais consulté d'ORL et qu'un quart d'entre eux a détecté une gêne au niveau de l'audition.

Les signes de perte auditive sont moins importants que ceux des bénéficiaires des centres de santé.

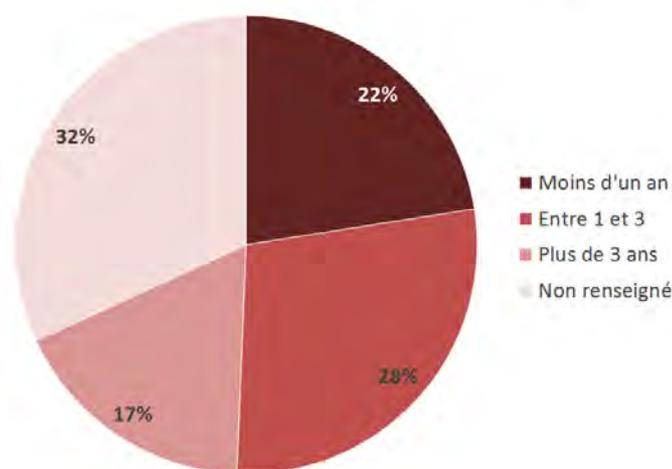
Ceci peut être dû au fait que les participants des Check-up en résidences sociales étaient plus jeunes.

Vision : Des résidents peu suivis



La vue est un des domaines dans lesquels les bénéficiaires sont les mieux suivis, même si seulement 50% d'entre eux ont consulté un ophtalmologiste depuis moins de 3 ans.

Date du dernier rendez-vous chez l'ophtalmologiste



Très peu d'entre eux sont équipés de lunettes, si on compare avec les bénéficiaires des Check-up en centres de santé. Ils sont ainsi nombreux à présenter une perte ou une déficience visuelle.

Une prévention « santé bucco-dentaire » qui fait défaut



Bucco-dentaire

Un suivi peu régulier :

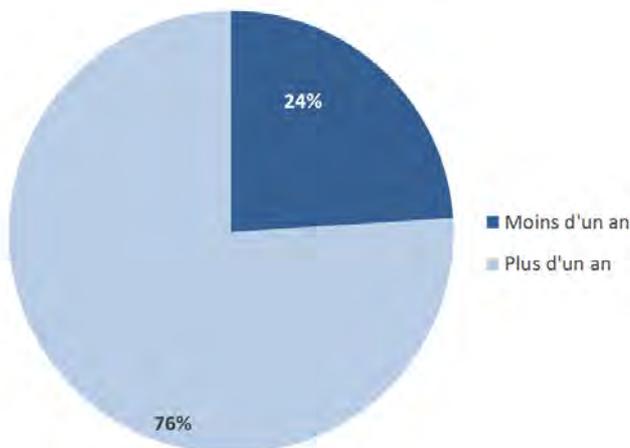
- **23%** ont vu leur dentiste il y a moins d'un an

Des habitudes changer :

- **47%** montrent des signes de mauvaise hygiène bucco-dentaire
- **36%** ont été diagnostiqués avec une mauvaise hygiène
- **28%** n'effectuent qu'un brossage par jour

Les résidents présentent de nombreuses problématiques et troubles de santé bucco-dentaire. Ils sont globalement peu suivis : moins d'un quart d'entre eux a vu un dentiste il y a moins d'un an.

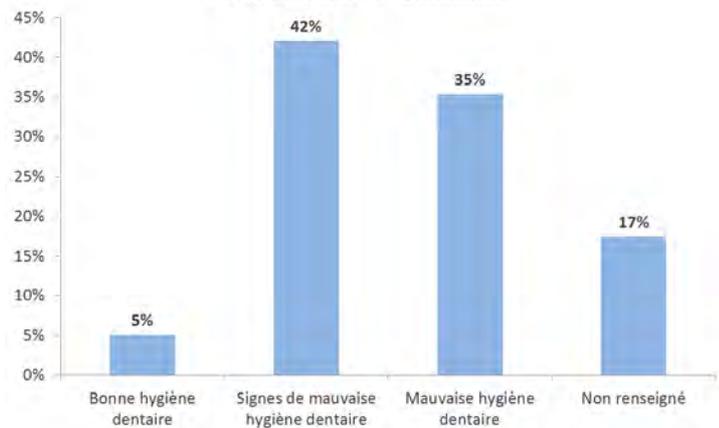
Date du dernier rendez-vous chez le dentiste



Un taux très important de signes ou de mauvaise hygiène bucco-dentaire avérés a été détecté. Ces chiffres sont par ailleurs bien plus élevés que les résultats des Check-up en Centres de Santé.

Le rôle du Check-up comme action de prévention auprès des publics hébergés en résidences sociales semble ainsi répondre à un besoin réel, tant en matière d'accès aux droits et aux soins que de conseils pour préserver sa santé.

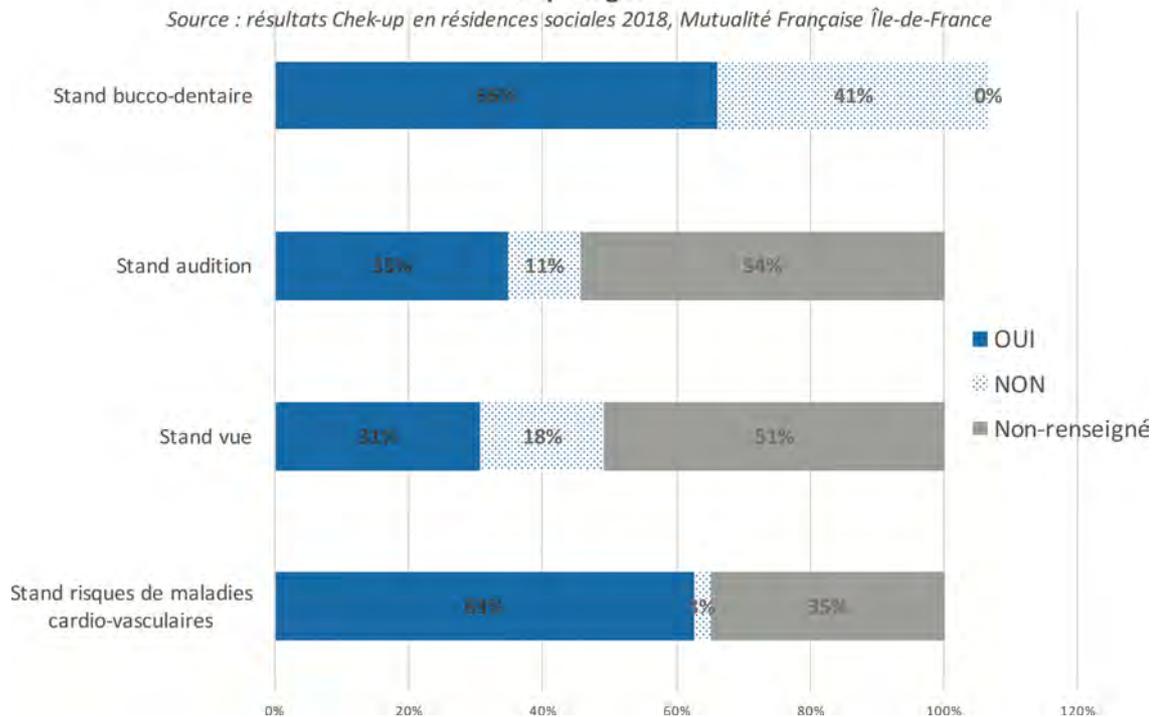
Hygiène dentaire des bénéficiaires



FOCUS - Orientation des bénéficiaires vers des professionnels de santé

Bénéficiaires redirigés vers des professionnels de santé suite aux différents dépistages

Source : résultats Check-up en résidences sociales 2018, Mutualité Française Île-de-France



De très nombreux bénéficiaires orientés vers des professionnels de santé

Suite aux Check-up, les intervenants ont pu conseiller à de nombreux participants de consulter un professionnel de santé.

Les bénéficiaires ont été majoritairement orientés vers des professionnels traitant de la santé **bucco-dentaire** et des **maladies cardio-vasculaires**.

Les perspectives suite au Check-up

Après l'action, un point est réalisé avec le **médiateur social** pour favoriser l'accompagnement, et aider certains résidents à prendre des rendez-vous.

Cette phase est essentielle dans la capacité des personnes à **accéder aux soins** car elle va permettre d'amorcer un **suivi** sur les différents problèmes de santé détectés lors de l'action. Au regard de la complexité du système de soins et de la difficulté à identifier les services adaptés, **certaines résidents expriment le besoin d'être accompagnés physiquement pour poursuivre leur parcours de santé**.

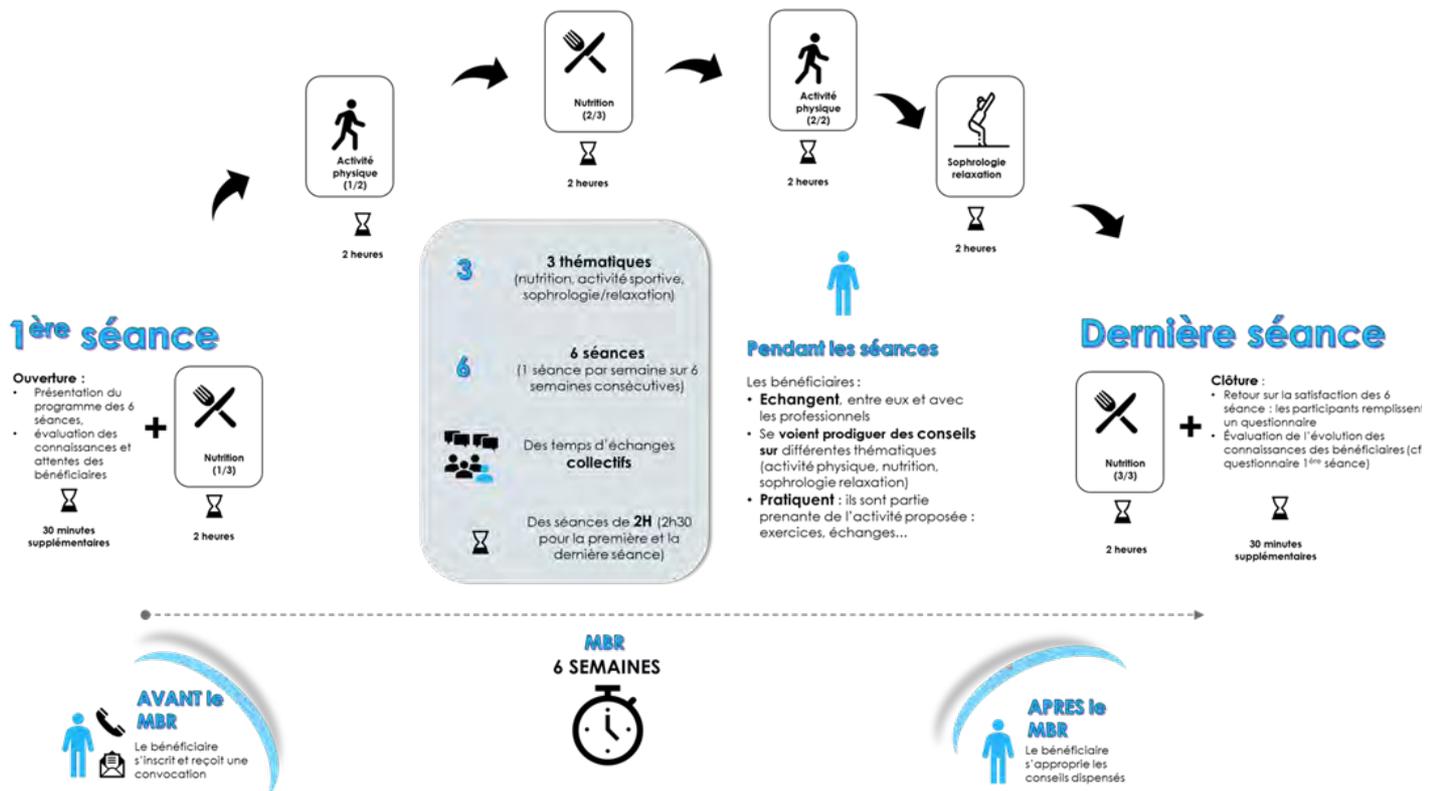
Tous ces chiffres sont à nuancer car le mode de remplissage des grilles de résultats a pu parfois être interprété de manières différentes par les intervenants. Les grilles des CUS en résidences sociales n'ont ainsi pas été remplies de la même manière que celles des CUS en centres de santé, ce qui peut en partie expliquer ce résultat d'une moindre part d'orientation vers des spécialistes en résidences sociales.

3.4. Les Mangez, Bougez, Relaxez

3.4.1. Description de l'action



SUIVI DES 6 SEMAINES D'UN MANGER BOUGER RELAXER



Les MBR sont des programmes d'échanges collectifs avec des professionnels de santé lors de 6 ateliers thématiques d'une durée de 2h à 2h30.

Séances diététiques

- Échanges sur l'équilibre alimentaire. Préparation et dégustation d'une collation à base de fruits et/ou légumes pour favoriser l'importance du plaisir et de la convivialité.
- Distinguer les familles d'aliments et leurs rôles dans l'équilibre alimentaire, les portions, l'hydratation/déshydratation, les rythmes alimentaires.
- Astuces pour manger équilibré et dépenser moins.

Séances de promotion de l'activité physique

- Les bienfaits de l'activité physique sur la santé et le bien vieillir.
- Initiation à une activité physique douce d'intérieur et à des exercices faciles à réaliser chez soi.
- Promotion de la marche au quotidien et de ses bienfaits sur la santé.

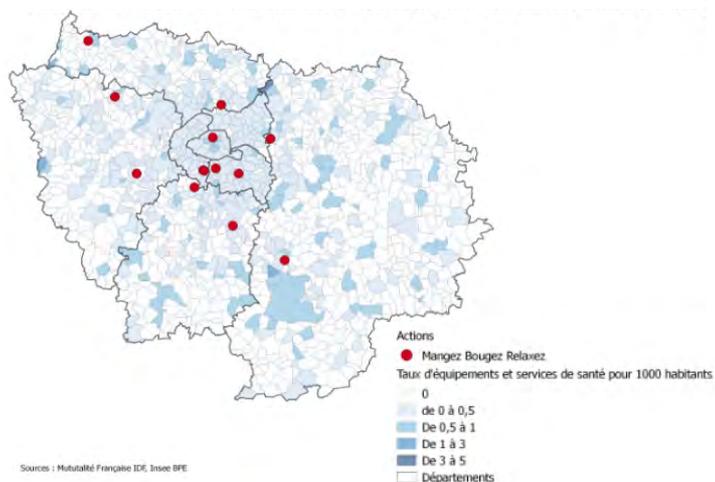
Séance de sophrologie

- Découverte de techniques de relaxation autour de la gestion des émotions, du stress et du sommeil.

Répartition des actions

Au total, sur l'année 2018, 12 MBR financés par les Conférences des Financeurs se sont déroulés sur l'Île-de-France en 2018, et ont mobilisé 131 participants

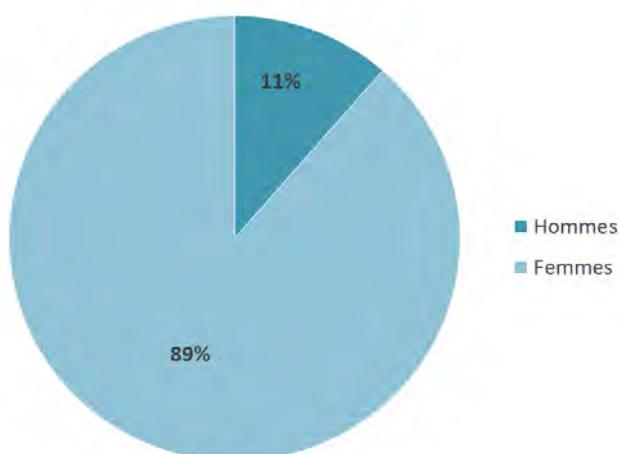
Actions réalisées par la Mutualité Française IDF en 2018 et taux d'équipement et de service de santé des communes



3.4.2. Typologie des publics – Les points clés

1er CONSTAT : Un public en grande majorité féminin

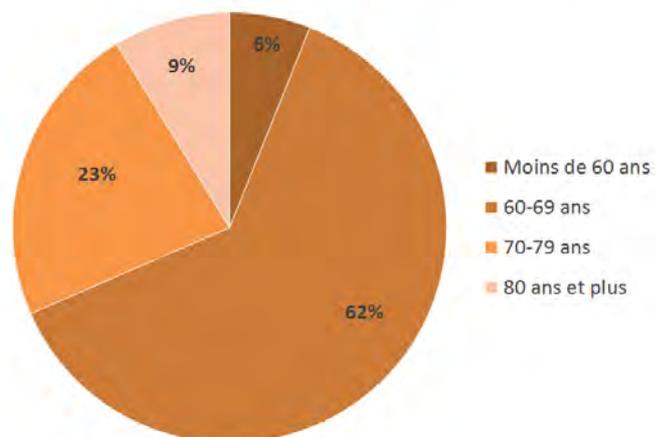
Répartition des bénéficiaires des MBR selon leur sexe
 Source : Données 2018



Les femmes sont majoritaires (89%) sur les MBR axés sur la nutrition.

2ème CONSTAT : Des bénéficiaires plutôt jeunes

Répartition des bénéficiaires des MBR par classe d'âge
 Source : Données 2018



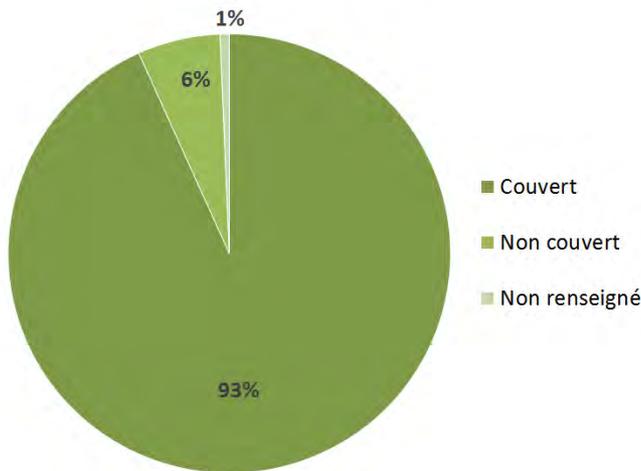
La majorité des bénéficiaires se situe dans la tranche d'âge 60 – 69 ans (62%). Cela montre que les actions ont pu toucher de jeunes seniors réceptifs à la démarche de prévention. Les 70-79 ans sont le deuxième groupe de participants le plus important (23%) tandis que les 80 ans et plus ne représentent que 6% des bénéficiaires.

Là encore des disparités sont observables à l'échelle des départements, les actions de Paris n'ont attiré aucun senior de 80 ans ou plus, tandis que les actions du 94 ont attiré 25%, un quart de seniors de 80 ans ou plus.

Une explication à ces disparités peut se trouver en analysant plus précisément la manière par laquelle les bénéficiaires ont eu connaissance de l'action.

Répartition des bénéficiaires des MBR selon la couverture par une mutuelle

Source : Données 2018



NB : Dans le langage courant, les complémentaires santé sont souvent assimilées à des mutuelles. Les mutuelles sont des complémentaires santé au même titre que les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance. Elles se différencient par leur statut privé à but non lucratif et leur investissement dans la gestion d'établissements de santé et médico-sociaux.

A l'échelle de la région Île-de-France, 93% des bénéficiaires des MBR sont couverts par une complémentaire santé. A l'échelle départementale, mis à part pour le 78, où 30% des bénéficiaires disent ne pas être couverts par une complémentaire santé, ce sont à chaque fois plus de 90% des bénéficiaires des MBR qui sont couverts par une complémentaire santé.

4ème constat : Des partenariats qui permettent de recruter des bénéficiaires

Les MBR ont été connus de différentes façons par les bénéficiaires des actions.

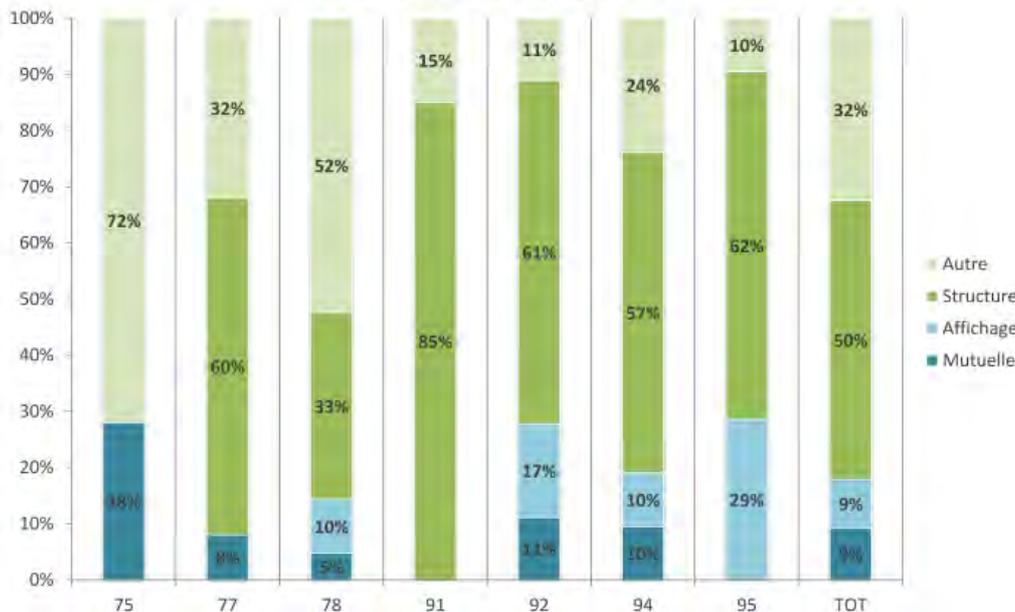
Il est intéressant de noter que dans la majeure partie des cas, c'est la structure partenaire/organisatrice de l'action qui a contribué en grande partie à faire connaître l'action. Cela met en évidence l'importance des partenariats.

A Paris les mutuelles de la Mutualité Française Île-de-France ont été un relais important de l'information.

5ème constat : des actions fréquentées en majorité par les habitants des villes où elles ont eu lieu

Les MBR étant principalement organisés en partenariats avec ces centres sociaux municipaux, ils ont donc été à 80% fréquentés par des habitants des villes où ils se sont déroulés. Seuls les MBR organisés à Paris et dans le Val-de-Marne ont bénéficié davantage de participants venant d'autres communes (respectivement 60% et 35%). Ceci est probablement dû aux partenariats sur lesquels se sont appuyés leur organisation, les modes de communication utilisés ainsi que les localisations centrales et bien desservies par les transports en communs de ces actions.

Connaissance de l'action MBR



3.4.3. Synthèse des principaux résultats quantitatifs et qualitatifs

Les résultats quantitatifs

L'évaluation des connaissances par le biais du questionnaire renseigné en début et fin de MBR a permis de mettre en évidence une évolution des connaissances tant sur la thématique de l'alimentation que sur celle de l'activité physique et sophrologie.

En termes d'alimentation, les bénéficiaires ont amélioré leurs connaissances, et **sont pour 68% en capacité de lire les étiquettes des produits alimentaires à la fin des 6 séances** (soit 20 points de plus qu'au début des 6 séances). 87% déclarent être attentifs à leur alimentation à la fin du programme (contre 77% à la première séance).

En termes d'activité physique, près des **3/4 des participants estiment avoir été bien sensibilisés à la pratique d'une activité physique**. Ce sont ainsi 48% des bénéficiaires à la fin des 6 séances qui déclarent pratiquer plus de 30 minutes de marche quotidienne, contre 36% au début du programme.

Les résultats des Mangez, Bougez, Relaxez en Île-de-France



Nutrition

Des connaissances qui ont évolué :

- **+ 1,2 point** en moyenne sur le test de connaissance entre le début et la fin du programme (score sur 8 points)
- **68%** lisent les étiquettes des produits alimentaires à la fin des 6 séances (contre 48% au début)
- **59%** estiment que les informations apportées ont été très utiles

→ **87%** déclarent être attentifs à leur alimentation à la fin du programme



Activité physique et sophrologie

Des connaissances utiles et des habitudes qui changent :

- **74%** des participants estiment avoir bien été sensibilisés à la pratique d'une activité physique
- **48%** consacrent plus de 30 minutes quotidiennes à la marche (contre 36% au début du programme)

→ **21%** déclarent être plus motivés à la pratique d'une activité physique par rapport au début du programme

→ **58%** ont l'intention de pratiquer la sophrologie

Les résultats qualitatifs

NB : les verbatims suivants sont issus des entretiens avec les bénéficiaires lors de différentes séances de MBR observées. Soit environ 10 personnes.

Une action jugée utile par les bénéficiaires

Les bénéficiaires estiment globalement retirer une plus-value des différentes séances. Ils ont pu retirer des informations à « rapporter chez soi » en participant à « un éventail d'activités ».

En ce qui concerne le sport, la marche de santé, équilibre, gym, il s'agissait essentiellement de rappeler aux bénéficiaires les bons réflexes et de leur fournir des exemples et conseils d'exercices à répéter chez eux.



« Ça m'a beaucoup apporté : je pense à soulever les pieds, des petits trucs qui sont importants, qu'on pense savoir »

« Pour l'équilibre, ça a été utile, j'ai souvent des pertes d'équilibre ».

Pour l'alimentation, les bénéficiaires sont revenus sur des bases, ont appris à déchiffrer les informations nutritionnelles inscrites sur les aliments, et ont pu repartir avec des recettes.

« Je suis venu ici pour apprendre à bien manger »



Des actions à adapter selon le profil des bénéficiaires

Selon les MBR considérés, les bénéficiaires pouvaient avoir différents profils (âges, sensibilité à certaines thématiques...). Il a donc été nécessaire d'adapter les séances aux profils des bénéficiaires. La séance de relaxation /sophrologie a nécessité des adaptations (exercices sur chaise plutôt que sur sol...).

Un moment de création de lien social

Ces actions ont permis de créer du lien entre des personnes qui à l'origine ne se connaissaient pas.

Certaines personnes ne sortaient jamais de chez elles avant.

Des échanges de coordonnées ont eu lieu au cours des différentes séances.

« Les thèmes étaient intéressants, sortir de chez soi. Rencontrer d'autres personnes. Ça fait du bien »



Perspectives

Les bénéficiaires sont globalement satisfaits des actions menées et sont motivés pour continuer à appliquer les conseils reçus.



« Vraiment enchanté » « très satisfaite » « agréablement surprise ».

« Il faut que ce soit reconduit, que ce soit étendu »

Ils évoquent quelques pistes d'amélioration, qui témoignent de leur investissement et envie d'aller plus loin. « Il serait intéressant d'aller plus loin en proposant des ateliers cuisine ».

3.5. Le point de vue des professionnels de santé

Différents professionnels participant aux actions visant à la prévention de la perte d'autonomie des plus de 60 ans ont pu être interrogés au cours de la phase d'investigation.

Mourad Souames, chargé de mission santé publique, à l'institut des Hauts-de-Seine (CUS Fontenay-aux-Roses).

Appartient à Juvenior⁶. En participant à l'action, il permet à 5 personnes de Juvenior de s'inscrire au Check-up.

« Une bonne organisation »

Il remarque un suivi dentaire dans une partie des cas, mais souvent une problématique de dents manquantes, qui s'explique par un manque de moyen pour faire les prothèses. C'est selon lui un réel indicateur de précarité. Globalement, il constate :

« Parmi les freins d'accès aux soins dentaires il y a le problème financier. Les personnes sont orientées mais ne sont pas en capacité de suivre les conseils/préconisations »

Un rôle de la prévention à ne pas négliger :

« Les gens ont tendance à penser que s'il n'y a pas de douleur, il n'y a pas de problème, alors que c'est faux, encore plus avec les dents »

Laurence Delaitre - infirmière, s'occupe du dépistage bucco-dentaire (CU Villejuif)



C'est son deuxième Check-up.

Infirmière intervenant dans le champ de la prévention bucco-dentaire.

A titre personnel, elle est intéressée par cette démarche de prévention car elle apprécie le travail avec les personnes âgées et cela lui permet de changer de son quotidien.

Le but des Check-up est de repérer les problèmes, et s'il n'y en a pas c'est toujours important de rappeler les bonnes pratiques, de donner des conseils. « Faire de la prévention c'est primordial car cela permet d'éviter des soins coûteux et de lutter contre les idées reçues – par exemple pas besoin de dentiste s'il n'y a pas de douleur. Cela permet aussi de créer du lien social ».

Globalement les bénéficiaires sont déjà suivis. Quelques personnes savent qu'elles ont un problème mais n'ont pas les moyens pour le traiter.

Anne Monsallier – diététicienne (CU Villejuif, à mettre dans les CU RS)



A déjà fait environ 10 Check-up dont 3 Coallia. A fait aussi 3 MBR.

En foyer Coallia les consultations se font en individuel, les échanges sont plus personnels, « on peut un peu plus insister. Le but est de faire comprendre qu'on peut manger équilibré avec peu de moyens »

En résidences sociales, elle fait le constat que beaucoup de personnes ont un seul repas par jour. La problématique du petit déjeuner est importante.

« Les personnes ayant participé au Check-up peuvent influencer positivement d'autres personnes du foyer »

Le fait d'avoir fait plusieurs check-up lui permet d'orienter sur certains sujets. Seul bémol : les bénéficiaires ont parfois l'impression que le Check-up remplace une consultation.

⁶ Juvenior est un programme novateur qui s'adresse aux personnes de plus de 70 ans et qui a pour objectif de favoriser une vieillesse active et relationnelle. Proposé par l'Institut des Hauts-de-Seine, ce projet est expérimenté à Fontenay-aux-Roses, ville pilote choisie par le Conseil départemental des Hauts-de-Seine. Destiné aux personnes de plus de 70 ans, ce

programme permet aux seniors de participer gratuitement à des sorties et activités (ateliers cuisine, marche, conférences...) et des dépistages chaque trimestre au Centre municipal de santé Simone Veil (cancer, cardio-vasculaire, perte de la mémoire...).

PARTIE 4

PERSPECTIVES

4.1. Les réponses aux questions évaluatives

Avant toute analyse en lien avec les objectifs spécifiques de cette étude, il nous semble important de rappeler le cadre conceptuel et les enseignements récents touchant à la fois les questions de fragilité des personnes âgées, les enjeux de renoncement aux soins et enfin les enseignements récents des travaux sur les inégalités sociales de santé.

Le plan national de la prévention de la perte d'autonomie définit 6 axes principaux et notamment un premier axe visant la préservation de l'autonomie et l'amélioration des grands déterminants de la santé et de l'autonomie.⁷

Enjeu 1 : garantir la santé des seniors

Mesure 1 : promouvoir une alimentation favorable à la santé

Mesure 2 : développer la pratique d'activités physiques et sportives

Mesure 3 et 4 : maintenir les seniors en activité dans le cadre de l'allongement des carrières et favoriser leur entrée en retraite sans inaptitude

Mesure 5 : adopter des mesures en faveur de la santé des aidants

Enjeu 2 : préparer le passage à la retraite

Mesure 6 : la préparation et le passage à la retraite : favoriser l'émergence d'un nouveau projet de vie par le biais de sessions de préparation à la retraite

Enjeu 3 : lutter contre l'isolement et favoriser le lien social, l'intergénération et les activités cognitives

Mesure 7 : Prévenir, repérer, prendre en charge les facteurs de risque de rupture du lien social et les effets de la situation d'isolement sur l'état de santé et la vie sociale de la personne âgée

Mesure 8 : Maintien du lien social et conseils en prévention : développer l'expérimentation de paniers de services, offre diversifiée à domicile

Enjeu 4 : favoriser le maintien à domicile en logement individuel ou collectif et adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement

Mesure 9 : promouvoir les résidences autonomes et favoriser la préservation de l'autonomie de leurs résidents et adapter leur environnement

Enjeu 5 : adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement

Mesure 10 : promouvoir la démarche globale « villes amies des aînés » en France

Mesure 11 : intégrer les enjeux du vieillissement dans les documents d'urbanisme

Mesure 12 : garantir la mobilité et l'accessibilité dans les quartiers

Enjeu 6 : soutenir les dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours et de repérage de la perte d'autonomie et des fragilités

Mesure 13 : assurer aux personnes âgées une information, une orientation, un accès aux droits et un accompagnement rapide et pertinent vers les aides, les professionnels, les services et dispositifs adaptés à leur situation

Mesure 14 : assurer le repérage et la prise en charge des facteurs de risque de la perte d'autonomie et des fragilités

⁷ Source : guide CNSA 2016)

4.1.1. Les facteurs de fragilité de la personne âgée:

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (Rolland 2011).

L'état de fragilité est réversible : on peut encore agir ! Elle se définit par une diminution des réserves physiologiques. Il existe un consensus fort pour définir la fragilité associée au vieillissement comme un syndrome clinique qui se traduit par une réduction des capacités physiologiques limitant l'adaptation au stress. Ce concept de fragilité permet d'appréhender les personnes en état de pré-dépendance et auprès desquelles il faut mettre en place des actions, individuelles ou collectives, qui vont permettre d'éviter ou de retarder l'entrée en dépendance.

Critères de Fragilité
proposés par Fried et al. J.Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci. 2001. 56: M146-M156

1 - Perte de poids >=5% par an	
2 - Fatigue subjective Epuisé ou fatigué en permanence ou fréquemment ?	
3 - Activité physique Aucune activité physique ou moins de 1 à 2 marches par semaine	
4 - Vitesse de marche Difficulté à marcher 100 mètres	
5 - Force «grip strength»	

3 ou plus = Fragile
1 ou 2 = Pre frail
0 = Non fragile

Ostéoporose et Fragilité NDEG de Bordeaux 2009

Le professeur Bruno Vellas⁹ indique que l'échelle de repérage des risques de fragilité permet à tout professionnel de santé ou tout travailleur social, que nous sensibilisons à cet outil, de se forger en quelques minutes une impression clinique : on regarde si un patient vit seul, s'il a une grande sédentarité, s'il présente une perte de poids, s'il se plaint d'une mémoire défaillante, s'il a une vitesse de marche lente inférieure à un mètre par seconde.

Par ailleurs, le niveau de fragilité peut aussi trouver son origine dans les déterminants sociaux et environnementaux de la personne. Une personne de 85 ans isolée présente plus de risque d'être fragile qu'une personne bien entourée.

La pauvreté est aussi un élément déterminant - facteur de fragilité -, notamment si la personne rencontre des difficultés à recevoir des aides pour bien se nourrir par exemple. Le vieillissement est également difficile en centre-ville : les personnes âgées sont tentées de moins sortir, parce qu'elles ont peur de traverser les rues, et elles se sédentarisent davantage. Qu'ils soient médicaux, sociaux ou environnementaux, il est important d'agir sur tous les déterminants de la fragilité.

4.1.2. Les enjeux du renoncement aux soins

Au-delà des facteurs individuels et sociaux, nous savons que les politiques de santé peuvent avoir un impact majeur sur la réduction ou l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Le déploiement des Check-up Santé portés par la Mutualité Française Île-de-France est un moyen de lutter contre un phénomène de plus en plus fréquent : le non-recours à la prévention et aux soins.

En vérité, cela revient à s'interroger sur un phénomène complexe et à s'intéresser à la notion de « besoins de santé non satisfaits ». Le renoncement ou le retard pris dans une démarche préventive ou de soins est bien entendu lié à une question de moyens (financiers, sociaux, organisationnels, etc.),

⁸ Source : note de cadrage Conférence des Financeurs 2019
⁹ Chef de service du département de médecine interne et de gériatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse,

membre de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale - Inserm (U1027), gériatre responsable du gérontopôle du CHU de Toulouse.

mais il est aussi étroitement lié aux représentations et aux expériences vécues concernant l'envie de recourir à un professionnel de santé qu'il soit dentiste ou médecin généraliste.

Cette défiance ou cette distance face à un acte de soin ou une action préventive (un dépistage par exemple) peut s'expliquer par plusieurs facteurs rassemblés en trois catégories : acceptabilité, disponibilité et accessibilité.¹⁰

La notion d'**acceptabilité** correspond à un renoncement choisi. Elle renvoie à un renoncement de type personnel et culturel tel que la peur de se soigner ou la décision d'attendre avant de se soigner. Il s'agit d'un choix personnel, certes socialement contraint, mais qui ne relève pas des systèmes de santé.

Deux types de renoncement subi sont en revanche liés à l'organisation de notre système de santé : le renoncement pour cause de disponibilité et celui pour cause d'accessibilité.

La notion de disponibilité a été abordée ici à travers la conception de cartographie permettant à la fois de visualiser la localisation des actions et de confronter cette implantation territoriale avec le taux d'équipement et de services de santé. Cela vient interroger la présence d'infrastructures et de services de santé à l'échelle des territoires ou le temps d'attente pour y avoir accès. Dans notre étude, cette notion vient finalement illustrer les disparités franciliennes en matière de démographie médicale mais aussi d'accès à la prévention et aux services de santé.

Enfin, la dimension d'accessibilité est probablement plus inégalitaire puisqu'elle englobe le renoncement aux soins pour cause de transport ou de coût. De nouveau, cela interpelle la nature des recommandations issues de l'évaluation.

4.1.3. Les inégalités sociales de santé et ses répercussions sur la perception des besoins de santé

¹⁰ Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? Soc Sci Med. 2010

¹¹ Le « gradient social de santé » désigne cette association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. En d'autres

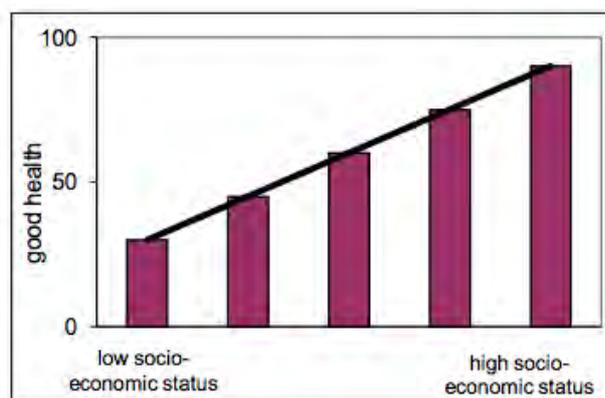
En dépit des progrès médicaux et de l'augmentation de l'offre de soins, des inégalités sociales de santé se développent sur notre territoire.

Pour les comprendre et tenter d'y faire face, de nombreux modèles ou études ont ainsi vu le jour pour améliorer l'état de santé des individus et plus largement de la population, et d'inciter les individus à adopter des comportements « sains », à acquérir des « compétences » et à s'impliquer dans la gestion de leur propre santé.

De nombreuses études ont mis en évidence des liens très forts entre les comportements individuels de santé (tabac, choix alimentaires, pratique d'activités physiques) et la morbi-mortalité. En revanche, les travaux de recherches en sciences sociales soulignent aussi l'impact de l'environnement (physique et social) sur la santé des populations. Ainsi, ces déterminants sociaux interagissent entre eux mais aussi avec des déterminants urbains. En définitive, il apparaît que les comportements individuels ne doivent pas être isolés pour interpréter un gradient social¹¹ mais que l'ensemble des paramètres environnementaux sont à prendre en compte. Ainsi, les disparités ne se limitent pas au fait de vivre en situation de grande précarité ou non, mais s'expriment tout au long de l'échelle sociale, pour générer un gradient social qui s'observe d'ailleurs dès la naissance.

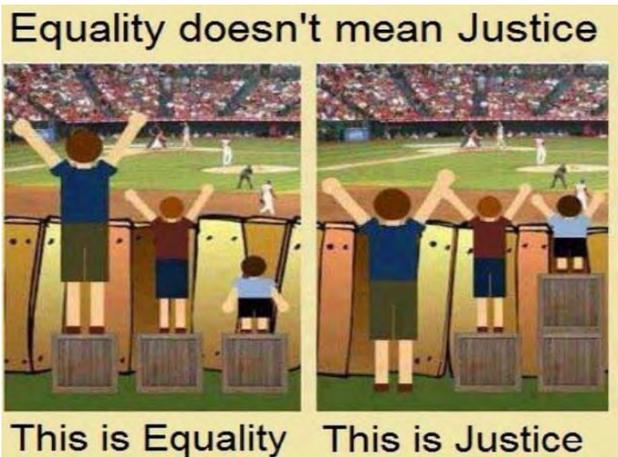
Le gradient social de santé

Relation entre l'état de santé et la position dans la hiérarchie sociale



Social gradient in health

mots, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. (Source : Centre de collaboration nationale des déterminants de santé)



Cela revient à dire que connaître certains facteurs de risque associés à différentes maladies ou avoir conscience du risque sanitaire de certains de ses comportements ne conduit pas mécaniquement à adopter des attitudes et des comportements « sains » ou en adéquation avec les normes de santé publique.

La perception des besoins de santé n'est pas perçue de la même manière par tous. Elle varie en fonction du contexte d'un individu à l'autre, mais également pour une personne donnée en fonction de son âge et des expériences de la vie. Pour ce qui concerne la perception des seniors, **on sait que l'intérêt porté à la santé ainsi que les problèmes de santé ressentis augmentent généralement avec l'avancée en âge.**

Dans le même temps, on sait que l'intérêt porté à sa santé varie en fonction de divers facteurs psychologiques et sociologiques. Ainsi, les conditions de vie ou les expériences antérieures personnelles et familiales de la maladie et des soins, mais aussi les capacités d'adaptation,

l'estime de soi, le degré de projection dans l'avenir, etc., participent à la construction du rapport au corps comme à la construction de préoccupations et de normes de santé différentes d'un individu (et/ou groupe social) à l'autre. L'analyse des résultats des différents Check-up vient alimenter cette réflexion.

Dans cette optique, les évolutions du système de santé et de protection sociale doivent aussi être considérées comme des déterminants de la santé importants – pouvant contribuer à aggraver ou au contraire réduire les inégalités sociales de santé.

Comment se sont concrétisés les objectifs opérationnels du programme ?

2 grands objectifs structurent le programme PPA de la MUFIF :

- Dépister et repérer les besoins en santé des seniors
- Promouvoir des réflexes nutritionnels favorables à la santé et un bien-être global

Le premier point que nous pouvons indiquer à l'issue de cette démarche, c'est que la formulation des objectifs initiaux apparaît trop large pour pouvoir être réellement évaluée. L'évaluation d'une politique ou d'un programme suppose de réunir les matériaux nécessaires pour « porter un jugement ».

Lors du lancement de ce programme, nous constatons une absence d'indicateurs de résultats mais plutôt la mise en place d'une activité de prévention dont l'objectif principal concerne la couverture territoriale des huit départements franciliens. Dans cette optique, une enveloppe budgétaire a été attribuée à la Mutualité Française Île-de-France par l'ensemble des Conférences des Financeurs.

4.2. Les perspectives de déploiement des actions PPA



ANNEXES

Annexe 1 : Liste des représentants mutualistes au sein des Conférences des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Département	Civilité	Nom Prénom	Poste
75	Madame	AUGEARD Michèle	TITULAIRE
75	Monsieur	JABIN Bernard	Suppléant
77	Madame	EYRIGNOUX Mireille	TITULAIRE
77	Madame	DUPART Stéphanie	Suppléante
78	Madame	HOISNARD Brigitte	TITULAIRE
78	Madame	FAU Nathalie	Suppléante
91	Madame	MURARIU Sandrine	TITULAIRE
91	Madame	THIERY Patricia	Suppléante
92	Madame	LEEUWENSTEIN Florence	TITULAIRE
92	Madame	DUPART Stéphanie	Suppléante
93	Monsieur	PINGAULT Florent	TITULAIRE
93	Madame	DUPART Stéphanie	Suppléante
94	Monsieur	CZAJA Alain	TITULAIRE
94	Madame	DUPART Stéphanie	Suppléante
95	Madame	BAYLE Annie	TITULAIRE
95	Monsieur	MAURICE Jean-Paul	Suppléante

Annexe 2 : Liste des acteurs interrogés

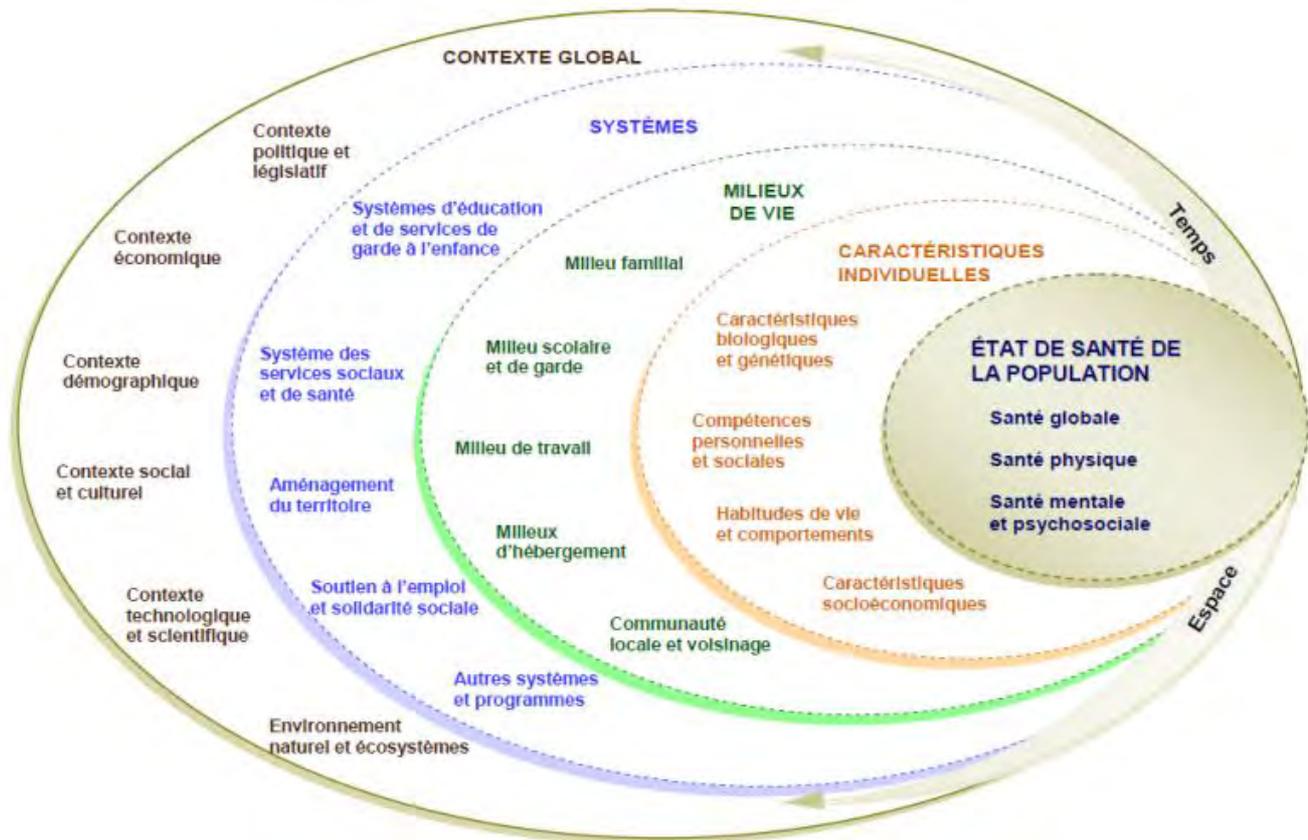
Titre	Prénom	Nom	Fonction	Structure
	Eric	SIRE	représentant mutualiste titulaire à la conférence des financeurs de l'Essonne	MGEN
	Michèle	AUGEARD	représentant mutualiste titulaire à la conférence des financeurs de Paris	HARMONIE MUTUELLE
	Florence	LEEUWENSTEIN	représentant mutualiste titulaire à la conférence des financeurs des Hauts de Seine	HARMONIE MUTUELLE
	Nathalie	ZOLLA	chef de projet prévention	FNMF
	Solenne	PROUX	Cheffe de projet prévention et conférences des financeurs	CONFERENCE DES FINANCEURS 94
	Stéphane	LEVEQUE	Directeur	RESEAU OSMOSE
	Thomas	UMIASTOWSKI	Chef de projet	Communauté d'agglomération Marne Gondoire
	Gérald	BRENON	Chef de service social UT Insertion logement et accompagnement social	COALLIA IDF
	Fanny	BEGUIN	Chargée de communication	
Dr	Philippe	MERRAT	Directeur du centre	CENTRE DE SANTE
	Olivier	DAILLY	Directeur de l'association	ADAL
	Lucette	BARTHELEMY	expert indépendant	anciennement INPES
Dr	Michel	SANSON	gériatre retraité	anciennement hôpital de Versailles
	Nadia	BERKANI	Déleguée fédérale centres sociaux 78	centres sociaux 78
	Anne	GUILBERTEAU	coordination	FEMASIF
	Olivier	DURAND	Chargé de projet	Futurage
Dr	Marie-Odile	FRATTINI	directrice	PROMOSANTE ILE DE France
	Christiane	FLOUQUET	Direction action sociale	CNAV IDF
	Philippe	HEDIN	Président de la Commission des SSAM, membre CA MUFIF et Harmonie Mutuelle	MUFIF
	Laurent	CLEMENT	Directeur	USSIF union soins et services Ile de France
	Manon	BONNET		CNSA
Dr	Mathilde	MARMIER	Chirurgien dentiste Service de la prévention et des actions sanitaires	Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis
Dr	Pascale	ECHARD-BEAULT	Directrice Direction intercommunale de santé publique	Mairie d'Evry
	Sandrine	LABARRERE	Chargée de mission santé/Plan local nutrition santé Direction de la santé publique	ville d'Aubervilliers
Dr	Jean-Philippe	DAVID	Géronte	HOPITAL EMILE ROUX
	Didier	MARTY	Directeur Adjoint à la Direction de l'Autonomie	ARS IDF
	Benjamin	BERTON	Directeur adjoint, direction de l'action sanitaire et sociale et de l'autonomie	CRAMIF
	Yann	DRAYE		MGEN
	FLORENCE	BONTE	Hôpital Ste Marie 14ème	Hôpital Ste Marie 14ème

Annexe 3 : Ensemble des actions réalisées par la Mutualité Française IDF en 2018

	Localisation des actions	Nombre de jours d'intervention	Nombre de participants
Paris (75)	Résidence sociale Coallia David D'Angers (CU RS)	2	48
	Résidence sociale Coallia Vincent Auriol (CU RS)	2	34
	Centre de santé mutualiste René Laborie (CU)	3	50
	Centre de santé mutualiste Broca (CU)	3	57
	Centre médical et dentaire mutualiste (MGEN) (CU)	3	65
	Locaux Mutualité Française IdF (MBR)	6	25
Seine et Marne (77)	Centre culturel le Moustier - Thorigny sur Marne (CU)	3	67
	Espace Senior "Bouton" - Chelles (MBR)	3	12
	Centre social Montaigu (MBR)	3	13
Yvelines (78)	Centre municipal de santé Joseph Bellanger - Conflans-Ste-Honorine (CU)	3	47
	Espaces municipaux Georges Brassens & Paul Curien - Les Mureaux (MBR)	3	10
	Centre Socio-Culturel Les Merisiers - Trappes (MBR)	3	10
Essonne (91)	Centre Municipal de Santé – Corbeil-Essonnes (CU)	3	53
	Maison de quartier centre social des Champs-Élysées - Evry (MBR)	3	10
	Centre social APMV - Massy (MBR)	3	10
Hauts-de-Seine (92)	Centre municipal de Santé Simone Veil - Fontenay aux roses (CU)	3	57
Seine-Saint-Denis (93)	Résidence sociale Coallia Calmette et Guérin– Aulnay-sous-Bois (CU RS)	2	41
	Centre de santé municipal Elsa Rustin – Bagnolet (CU)	3	54
Val-de-Marne (94)	Centre Municipal de Santé Emile Roux -Fontenay-sous-Bois (CU)	3	61
	Centre Municipal de Santé Pierre Rouquès – Villejuif (CU)	3	57
	Résidence sociale Nelson Mandela - Alfortville (CU RS)	2	36
	Résidence sociale Jean-Jacques Rousseau - Ivry-sur-Seine (CU RS)	2	36
	Centre communal d'action sociale – Créteil (MBR)	3	11
Val-d'Oise (95)	Maison des associations - Villejuif (MBR)	3	9
	Centre Municipal de Santé P. Rouquès - Goussainville (CU)	3	55
	Espace Marianne - Centre social rural - Magny en Vexin (MBR)	3	9
	Maison de Quartier Les Vignes Blanches - Sarcelles (MBR)	3	12
	TOTAL		79

Annexe 4 : Les déterminants de santé

« À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé. » [Santé publique France]



Source : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2010

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

- Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie – Mission d'appui de la Direction générale de la cohésion sociale – Comité Avancée en âge – Septembre 2015.
- Accès aux études et livrets blancs parus sur la fragilité : <http://www.pourbienvieillir.fr/la-fragilite>
- Guide technique CNSA – 2016 et 2017 – Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie : https://www.cnsa.fr/documentation/conference_des_financeurs_guide-technique_v1.pdf
- Interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile : une synthèse des connaissances – Résultats saillants - - INPES - Novembre 2012
- Actions collectives « Bien vieillir » - Repères théoriques, méthodologiques et pratiques – INPES. Santé en action, 2014 :108p.
- La santé de l'homme - N° 411, Janvier-février 2011, Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés. INPES.
- La santé de l'homme - N° 401, Mai-juin 2009, Promouvoir la santé des personnes âgées. INPES.
- La santé en action - N° 443, Mars 2018, Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. Santé publique France
- Richard L., Barthélémy L., Tremblay M.-C., Pin S., Gauvin L., dir. Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois. Saint-Denis : Inpes.
- Guillemard A.-M. La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite. Paris : éditions du Mouton, 1972 : 404 p.
- Finielz É., Piotet F. La problématique de la notion de « fragilité » au coeur d'une politique de prévention de la dépendance. Lien social et politiques, 2009, n° 62 : p. 149-161.
- Puijalon B., Trincaz J. Le droit de vieillir. Paris : Fayard, coll. Documents, 2000 : 281 p.
- Trincaz J., Puijalon B. Vieillir en terre hostile. In : Carbonnelle S., dir. Penser les vieillesse. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge. Paris : Seli Arslan, 2010 : p. 21-36.
- Lalive d'Épinay C., Pin S., Spini D., Guilley E. Impact des relations sociales sur le maintien de l'indépendance durant la grande vieillesse : Résultats d'une étude longitudinale suisse. L'Année gérontologique, 2003, vol. 17.
- Lalive d'Épinay C., Spini D. Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans. Québec : Presses de l'Université de Laval, coll. Sociologie contemporaine, 2007 : 378 p.
- Guinchard-Kunstler P., Renaud M-T. Mieux vivre la vieillesse. 100 réponses aux questions des personnes âgées et de leur entourage. Paris : éditions de l'Atelier, 2006 : 255 p.

- Le rapport sur le renforcement de l'accès aux soins en Ile-de-France :
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/renforcer-lacces-aux-soins-en-ile-de-france-point-detape-fin-2018>
- Le point de la Mutualité Française sur la réforme du reste à charge zéro :
<https://www.mutualite.fr/presse/reste-a-charge-zero-la-mise-au-point-de-la-mutualite-francaise/>
- La Charte d'Ottawa :
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

NOVASCOPIA

Accompagne les territoires et leurs acteurs

24 rue de l'Est, 75020 Paris

01 42 54 42 18

contact@novascopia.fr

<http://novascopia.fr>