

Fiche 4 Prévention gérontologique

Objectif : Après avoir fait le point sur les définitions des notions et concepts – promotion de la santé, prévention – (Fiche 14 Géographie & santé & bien vieillir), il s'agit de voir que recoupent ces termes dans le champ de la gérontologie et comment il se caractérise. Quels dispositifs et quelle analyse géographique ? Quelles stratégies mises en œuvre ?

Table des matières

Définitions	1
Constats	2
La prévention gérontologique à différentes périodes (Aquino, 2013) à l'échelle individuelle	2
Quels acteurs de la Prévention ? Ou Prévention via l'animation territoriale : les Acteurs	4
Exemple de la lutte contre l'isolement par les CCAS.....	4
CCAS et CLS (HPST).....	4
Les centres de prévention AGIRC ARRCO.....	5
Actions de prévention Habitat (Anah & CNAV).....	5
Les territoires d'action de la prévention	8
Quelles actions de prévention à mettre en place et à quelle échelle ?	9
Loi ASV, Adaptation de la société au vieillissement	9
Bibliographie	10

Définitions

- Prévention
 - Primaire
 - Secondaire
 - tertiaire
- Promotion santé
- Éducation santé
- Déterminants en santé
- **Fragilité** : concept médical qui renvoie à un syndrome médical (développé plus loin) utilisé aussi par les professionnels de l'action sociale. On peut parler de facteurs de fragilité et/ou de vulnérabilité, qui repérés à temps permettent de promouvoir l'autonomie. Plusieurs critères ont été élaborés par les différents scientifiques, qui prennent en compte à la fois des données physiques (Laura FRIED) ou encore de capacités d'adaptation aux changements environnementaux (John Campbell, David Buchner) - Le CREDOC, centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie a défini aussi le fait que la fragilité était liée à la vulnérabilité sociale (sentiment de solitude, baisse des visites et interactions sociales, en plus des diminutions physiques). (Aquino, 2013 ; p.11).
- **Inégalités sociales de santé (ISS)** : « différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population, faisant parler de « gradient social de santé ». Elles vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies ». (Aquino, 2013)

Fiche 4 Prévention gérontologique

« Lors de mon propos liminaires, j'ai indiqué que je souhaitais qu'une des leçons que nous puissions tirer de cette pandémie soit la création d'une société résiliente. Une société résiliente c'est à dire une société où chaque citoyen s'empare de sa protection. Le problème est que nous avons une société qui sans doute pratique trop la gestion ascendante et descendante des crises qui aboutit à une certaine infantilisation et une certaine contestation. Nous devons tous nous emparer du risque pandémique. Des risques quels qu'ils soient, sanitaires, environnemental, technologique. J'ai été frappée par un certain nombre de choses. La première chose que j'ai fait avec les masques, c'est d'en équiper les EHPAD, quand j'ai eu à gérer la crise pandémique. Mais enfin dans les EHPAD, il y a des représentants des conseils généraux. Il faut sonner l'alerte. (...) conseils départementaux. Les Conseils régionaux sont les stimulateurs de l'activité économique, pourquoi n'ont-ils pas imaginé une filière de réactifs et de tests, ... enfin, ils attendent quoi ? Les conseils municipaux ils sont là, ils peuvent équiper un certain nombre d'administrations. J'ai entendu un représentant d'un syndicat de médecins dire « nous n'avons pas de masques dans nos cabinets ». Mais enfin ! des médecins qui n'ont pas de masques dans leur cabinet, qui ne se constituent pas un stock ! (...) Pourquoi les médecins ne portent plus de blouse ? (...) Dans le pays de Pasteur, qu'est-ce que c'est que cette médecine ? (...) Pourquoi est-ce qu'il n'y a plus de blouses avec une machine à laver à l'intérieur du cabinet médical ? Mais enfin, on attend que le préfet ou le directeur de l'ARS vienne avec une petite charrette apporter des masques ? Qu'est-ce que c'est que ce pays infantilisé ? Il faut se prendre en main dans ce pays ! C'est ça la leçon qu'il faut tirer ! (...) » Roselyne Bachelot, (Commission d'enquête Covid-19, Audition du 1^{er} juillet 2020).

Constats

En raison de l'évolution démographique de la France qui a effectué sa transition démographique et épidémiologique (Aquino, 2013 ; Fiche 49 Dct) et des conséquences territoriales du vieillissement, la prévention de la dépendance est indispensable.

Une politique nationale de prévention a donc été proposée par le « Comité Avancée en âge » et présenté en 2013 par Mr Aquino.

La prévention gérontologique à différentes périodes (Aquino, 2013) à l'échelle individuelle

- **Prévention primaire** : pré-retraite, retraite, après la retraite
- **Prévention secondaire** : après une maladie et prise en charge adaptée des pathologies
- **Prévention tertiaire** : en institution, prise en charge de différents états pathologiques, dans une bientraitance.

Dans le rapport du Comité Avancée en âge (Aquino, 2013), la fragilité est développée comme étant 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'évènements 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. »



Fiche 4 Prévention gériatologique

(Frailty in older population : a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, de Decker L, Ferry M, Gonthier R, Hanon O, Jeandel C, Nourhashemi F, Perret-Guillaume C, Retornaz F, Bouvier H, Ruault G, Berrut G. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011 Dec 1;9(4):387-390.)

La fragilité comme concept reste encore flou, mais important dans le champ de la prévention et de la perte d'autonomie, agrégeant des déterminants médicaux, sociaux, environnementaux. Il permet d'infléchir sur le processus de dépendance. L'important est de sensibiliser les professionnels de santé et du secteur social, les patients, les familles sur l'importance du dépistage de la fragilité. Le gérontopôle de Toulouse, à la demande des ministres de la santé et des affaires sociales a développé un outil de dépistage des patients fragiles qui se révèle pertinent : 97 % des patients adressés par les médecins généralistes à l'hôpital de jour de la fragilité sont pré-fragiles ou fragiles. »

Les pistes identifiées par le Comité Avancée en âge pour réussir la Prévention de la perte d'autonomie (Aquino, 2013) :

- Susciter une prise de conscience de la part des personnes âgées elles-mêmes et des professionnels ;
- Former les acteurs du secteur sanitaire, médico-social et social au repérage de la fragilité
- Élaborer et diffuser de façon structurée des outils d'évaluation multidimensionnels et de suivi ;
- Harmoniser les pratiques ;
- Disposer d'un langage commun et de référentiels scientifiquement validés, mais surtout « appropriables » par les acteurs de première ligne, à tout niveau d'intervention : médecins généralistes, professionnels des coordinations et des réseaux, acteurs sociaux ;
- Définir des protocoles d'intervention ciblés au sein de plateformes d'évaluation et de prise en charge de la fragilité (hôpital de jour, soins de suite et réadaptation - SSR ou autres dispositifs adaptés). Dans ce cadre, l'expérimentation en cours au gérontopôle de Toulouse sera évaluée ;
- Suivre et évaluer les mesures mises en place.

Mais la fragilité reste identifiée par les acteurs qui eux aussi doivent être formés de façon régulière initiale et continue). La Fiche action 30 du rapport Aquino, 2013, du Comité Avancée en âge traite de la formation des acteurs, avec pour objectif de « *Disséminer une culture de la prévention prenant en compte l'ensemble des déterminants de l'avancée en âge auprès de la variété des professionnels* ». (...) *Le développement des compétences professionnelles autour des questions de maladies et d'accidents a été la priorité des institutions de santé et de protection sociale. L'enjeu actuel est de construire des référentiels de formation sur le développement de compétences collectives autour d'une vision globale, positive et par déterminants de l'avancée en âge. Il s'agit de développer des approches pluridisciplinaires prenant en compte l'ensemble des déterminants socio environnementaux de l'avancée en âge et intégrant l'interaction entre déterminants individuels et déterminants sociaux environnementaux.* »



Fiche 4 Prévention gérontologique

Quels acteurs de la Prévention ? Ou Prévention via l'animation territoriale : les Acteurs

« L'accompagnement des personnes âgées à domicile nécessite l'intervention de multiples acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social. Depuis 2001, divers dispositifs de coordination ont été mis en place, mais sur des champs limités (sanitaire ou social, rarement les deux à la fois), des territoires souvent différents, avec plusieurs financeurs (assurance maladie, conseils généraux, Etat) et décideurs intervenant à des niveaux territoriaux différents (conseils généraux, agences régionales de santé...). Expérimentées dans le cadre du plan Alzheimer et progressivement généralisées, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer ou MAIA sont des dispositifs (et non des structures) qui développent à travers une méthode de travail innovante, un réseau intégré de partenaires responsabilisés intervenant dans l'accompagnement et la prise en soin des personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile. L'objectif étant bien d'harmoniser les dispositifs d'accompagnement, de soins et d'aides des personnes âgées en perte d'autonomie autour d'une méthodologie et de territoires d'interventions communs. » (Aquino, 2013, Fiche action 22).

Prévention au travers du maillage territorial et de la coordination des acteurs (Aquino, 2013)

- CCAS gèrent des réseaux de coordination gérontologique / guichet unique
- Développement de l'intercommunalité sociale
- UNCCAS : plaide pour un maintien des services de proximité

Exemple de la lutte contre l'isolement par les CCAS

Pour définition isolement :

CCAS : mènent des actions d'animation et de lutte contre l'isolement concourant au lien social sur leur territoire. Obligation législative est imposée aux maires de tenir un fichier nominatif des PA & PH volontaires. Certains CCAS : accompagnent un dispositif de réseaux de vigilance par des bénévoles, solidarités voisinage, visites régulières à domicile. Par exemple :

- activités intergénérationnelles
- clubs d'aînés
- services de restauration
- sorties culturelles
- séjours,
- voyages
- activités de création et d'expression
- ateliers artistiques
- ateliers de prévention de la dépendance : ateliers mémoire menés par des psychologues
- ateliers sportifs
- ateliers équilibre et prévention des chutes menés par des psychomotriciennes

CCAS et CLS (HPST)

Plusieurs cas de figure existent selon le rapport de l'UNCCAS (Aquino, 2013).



Fiche 4 Prévention gérontologique

Certains CCAS ne connaissent pas le dispositif CLS. Ceux qui les connaissent et sont engagés :

- partenaires du CLS (Marseille, La Rochelle),
- chargés du pilotage de certains axes
 - o analyse de la demande sociale sur le territoire
 - o mise en réseau d'acteurs pour l'accès aux droits en santé
 - o faciliter l'accès des habitants à une offre de base
 - o prendre en compte la mobilité et l'accès à la santé.

Les centres de prévention AGIRC ARRCO

« Dans le domaine de la prévention, conscients que la cessation d'activité professionnelle s'accompagne d'une rupture d'accompagnement préventif, les régimes de retraite AGIRC et ARRCO ont créé, il y a plus de 30 ans, les premiers centres de prévention (en « relais » de la médecine du travail). Aujourd'hui au nombre de 14, répartis dans 12 départements différents (17 centres en 2013), « les centres de prévention Bien Vieillir AGIRC et ARRCO » accueillent chaque année plus de 12 500 personnes, âgées en moyenne de 67 ans. Ils répondent à un cahier des charges précis et produisent des données épidémiologiques.

A ce jour, les centres ont tous un statut associatif et veillent à travailler en amont et en aval avec les acteurs locaux. Dépourvus aujourd'hui d'un véritable statut, les centres de prévention doivent nouer les partenariats nécessaires à la réalisation de leur mission en s'appuyant sur des initiatives personnelles. En l'absence de référencement (en particulier des ARS), les centres porteurs d'une action de « santé publique » ne peuvent être identifiés par les autres acteurs locaux.

Pour s'inscrire dans le schéma gérontologique régional et pouvoir articuler l'action des centres avec les filières (CMR, accueil de jour, CES...), il conviendrait de donner aux centres un statut, en soulignant qu'il n'y a pas de demande de financement. Dans une première étape, il s'agit de finaliser :

- Un accord cadre des centres AGIRC et ARRCO avec le secrétariat des Ministères sociaux ;
- Des conventions avec les ARS et les Conseils généraux des régions d'implantation des centres.

La concrétisation de cette première étape sera suivie, à terme, d'une évaluation permettant d'apprécier de nouvelles évolutions. »

En Martinique, Appel à projet Bien Vieillir 2019-2020.

Actions de prévention Habitat (Anah & CNAV)

« L'avancée en âge interroge notre système de santé et la qualité de la prise en charge des personnes âgées. (...) Les enjeux du vieillissement concernent certes la question de la dépendance, ils nécessitent également le développement d'une culture de la prévention vis-à-vis de l'ensemble des personnes âgées. La dépendance n'est pas une fatalité et ne concerne qu'une partie des personnes âgées. L'enjeu est alors de proposer une prévention vis-à-vis de l'ensemble des retraités, c'est le sens des actions menées par l'Anah et la Cnav notamment, en



Fiche 4 Prévention gérontologique

lien avec les différents régimes de retraite et l'ensemble des acteurs de l'adaptation de l'habitat. L'avancée en âge interroge, au-delà de notre modèle social, l'adaptation de la société dans son ensemble. (p.5) Dans leur rapport publié en 2010 « Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la société française », C.Godot et V.Gimbert soulignent que l'ampleur avec laquelle le vieillissement impactera les territoires sera contrastée. D'un côté, des territoires qui, peu ou prou, accueillent une population âgée assez dense, comme le centre des villes moyennes qui demeure attractif, en raison de la quantité et de la diversité des services qu'on y trouve. De l'autre, des zones rurales où il existe déjà une population vieillissante, phénomène qui devrait s'accroître compte tenu de l'absence de renouvellement des générations. Entre les deux, des territoires qui ont déjà commencé ou qui s'apprêtent à être confrontés à l'avancée en âge plus ou moins rapide de la population. Ce sont, d'une part, les périphéries des grandes villes ou les grands ensembles, où le nombre de personnes âgées va croître du fait du vieillissement des habitants du parc social ou bien en raison des demandes d'entrée en HLM de plus en plus nombreuses des personnes âgées. Et, les zones périurbaines, d'autre part, qui quant à elles vont assister à l'arrivée en retraite et donc à l'avancée en âge des générations qui s'y sont installées dans les années 70 et pour lesquelles une stratégie d'anticipation et de prévention de la perte d'autonomie doit être tout particulièrement accentuée. (p.6) A l'intérieur des territoires, le logement constitue la clef de la vie quotidienne des personnes âgées et donc un levier d'action pour la préservation de leur autonomie. Dans son rapport relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, Luc Broussy souligne à quel point le logement, par sa localisation autant que par ses caractéristiques, détermine la qualité de vie au grand âge. Il conditionne à la fois la capacité des personnes à se mouvoir de façon autonome, et le maintien des relations sociales. Partenariat entre l'ANAH et la CNAV a identifié 3 axes d'action :

- (p.12) mieux sensibiliser, à l'échelle nationale, les PA, les aidants et les professionnels sur l'importance de la réalisation de travaux d'adaptation du logement,
- faciliter et améliorer le parcours du demandeur,
- (p.14) favoriser l'égalité de traitement sur le territoire »

L'ANAH avait publié en 2005 un guide : « Vieillir et bien vivre chez soi. » (ANAH, CNAV, Rapport 2013)

« (p.3) La France, comme d'autres pays, connaît une double transition : une transition démographique avec le vieillissement de sa population et une transition épidémiologique avec l'émergence de maladies chroniques. Dans ce contexte, il convient de conduire une politique adaptée, en réponse à ces besoins nouveaux, avec pour objectif la qualité de la vie de nos concitoyens. C'est dans cet esprit que Michèle DELAUNAY a installé le Comité « Avancée en Age », le 08 octobre 2012. Ce comité doit remplir trois missions : formuler des préconisations relatives à l'anticipation, c'est-à-dire la prévention, dans le cadre de la prochaine loi « Autonomie », élaborer un plan d'action et évaluer sa mise en œuvre, enfin coordonner les acteurs de la prévention.

Le vieillissement harmonieux ne résulte-t-il pas finalement d'un dialogue constructif entre la personne, son environnement et les pouvoirs publics ? Chaque personne est unique avec son état de santé, son comportement et les caractéristiques de son milieu. Mais quelle place la société réserve-t-elle aux personnes âgées ? Quelles sont les représentations sociales de la vieillesse ? Le rôle des pouvoirs publics est important pour tout ce qui concerne l'analyse des



Fiche 4 Prévention gérontologique

besoins et l'organisation des réponses. La prévention en général et la prévention de la perte d'autonomie en particulier représentent des mesures qui, parmi d'autres, s'imposent à notre système de santé – secteurs sanitaire, médico-social et social - afin de lui permettre de s'adapter aux transitions évoquées. Son développement doit aussi contribuer à la réduction des inégalités sociales en santé.

En effet, la prévention en gérontologie ne peut être conçue que dans une approche globale, médicale, psychologique, sociale, mais aussi environnementale, s'appuyant sur la pluridisciplinarité des acteurs et impliquant une démarche interministérielle compte tenu des différents domaines concernés.

(p.6) La France connaît une profonde transformation structurelle de sa population par classes d'âge, avec dans les années à venir, un accroissement du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus. Cette transition démographique doit être considérée comme une chance. Mais on note aussi une transition épidémiologique. En effet, les maladies ont changé de visage avec la transformation de maladies létales en maladies chroniques (cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...), sources d'incapacités. De plus, le vieillissement des personnes handicapées, l'émergence de maladies invalidantes et de la maladie d'Alzheimer nécessitent la mise en place de réponses sanitaires, sociales et médico-sociales adaptées.

Comment concevoir une prévention de la perte d'autonomie ? Dans un tel contexte la prévention en gérontologie doit prendre une place plus importante dans les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, mais aussi s'intéresser à l'environnement et au cadre de vie, en incluant l'urbanisme, l'habitat, les transports, la culture, la lutte contre la précarité ou l'isolement... On conçoit aisément la nécessaire intégration du vieillissement dans les politiques publiques au sein desquelles la prévention appliquée à l'avancée en âge doit occuper une place prépondérante. » (AQUINO, Rapport 2013)

« En France, les services de santé sont, comme dans les autres pays développés, confrontés à des enjeux importants comme le vieillissement démographique, l'augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies, la répartition inégale de l'offre sur les territoires, les inégalités sociales d'accès aux soins, de nouvelles attentes des usagers [...]. Depuis plus de 10 ans, l'offre de soins a fait l'objet d'un repositionnement d'ensemble, à l'initiative des pouvoirs publics comme des professionnels de santé » (IRESF, 2020) :

- développer et structurer l'offre de premier recours, et plus largement des soins de ville
- concentrer l'offre hospitalière publique et privée sur son « cœur de métier », soins complexes et lourds,

On parle alors de « virage ambulatoire », comme concept marquant le passage d'un système de santé hospitalo-centré à un système qui fait des professionnels de soins primaires les coordonnateurs des parcours de soins entre la ville et l'hôpital, et du patient un acteur clé pour réussir son parcours de soins.

Dans ce contexte en forte évolution, -> innovations organisationnelles se mettent en place :

- nouvelles formes de coordination, d'intégration, de coopération entre acteurs



Fiche 4 Prévention gérontologique

- changements de représentations, places, rôle et pratiques des différents professionnels, des patients, de leurs proches,
- transformation des relations qu'ils entretiennent entre eux
- nouveaux métiers, nouvelles compétences,
- nouveaux outils autour de la coordination entre
 - o secteurs hospitalier et ambulatoire,
 - o soins primaires et spécialisés,
 - o secteur médical, médico-social, social

Nouvelles formes de coordinations qui se développent :

- équipes de soins primaires,
- maison de santé,
- groupements hospitaliers de territoires,
- communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),

Les territoires d'action de la prévention

Jean-Louis Sanchez (2010) « *Le lien entre l'observation et l'action est donc important. Mais à condition d'approcher la question en partant de la problématique des valeurs, de l'éthique. Au fond, quel type de société veut-on ? Et si on ne se pose pas cette question préalablement, les réponses peuvent être extrêmement contradictoires.* »

Distingue le niveau national qui est le niveau des droits, du niveau local, « *la construction de l'offre de service ne peut se faire qu'en se référant au niveau local. Car l'offre de service, c'est le vivre ensemble, c'est le lien social. C'est donc nécessairement une affaire qui se jardine tous les jours, non pas avec des normes mais avec des actions, des convictions. Et là, c'est bien le niveau local qui constitue le territoire d'action pour l'offre de service. Avec la question sous-jacente : le Département ou la Ville. Et là, j'introduirais une distinction qui jalonne les travaux de l'Odas sur la protection de l'enfance mais qui pourrait jalonner ses travaux sur les politiques gérontologiques. Est-ce qu'il ne faudrait pas introduire dans la problématique de soutien au vieillissement le même type de distinction que pour l'enfance, c'est-à-dire une distinction entre prévenance, prévention et protection.* »

Jean-Louis Sanchez (2010) distingue donc :

Prévenance ou prévention	Protection
« La prévenance, c'est le vivre ensemble, c'est le développement social, c'est le lien, c'est le goût de l'autre et c'est véritablement du ressort de l'action municipale car elle	« Et puis, la protection, c'est aussi l'affaire des départements, avec bien évidemment le concours de l'État et de la protection sociale. »

Fiche 4 Prévention gérontologique

<p>nécessite la mobilisation de toutes les politiques publiques. »</p> <p>→ les départements ont beaucoup de responsabilités en matière de soutien à l'autonomie ;</p> <p>→ les villes et agglomérations sont les plus concernées : politiques d'habitat, d'urbanisme, de transport, de culture, de sport = sur le vivre ensemble.</p>	
« La prévention, secondaire et tertiaire, ciblée sur des populations, c'est l'affaire des départements, avec le concours de l'État et de la protection sociale. »	
→ couple ville-département	→ couple département-Etat

« Le territoire d'observation doit coïncider avec le bassin de vie & avec un territoire d'action » (Sanchez, 2010).

Quelles actions de prévention à mettre en place et à quelle échelle ?

L'une des pistes identifiées par le Comité Avancée en âge pour réussir la Prévention de la perte d'autonomie (Aquino, 2013) était de **susciter une prise de conscience de la part des personnes âgées elles-mêmes et des professionnels.**

Au cours du colloque « Territoires gérontologiques » de 2010, Patrick Warin a exposé le problème du non-recours à l'APA, identifiant la non-correspondance de l'offre et de la demande comme possible explication. Il pose aussi la question de la prévention de la population, comme pouvant être mise en place auprès d'une population **au même titre que les campagnes d'information de dépistage de certaines maladies.** Mais cette question reste éthique : « La question qui se pose alors est de type éthique : faut-il passer au crible une population donnée pour connaître son éventuelle dépendance ? Deux grands spécialistes du principe de prévention, Patrick Peretti-Wattel et Jean-Paul Moatti, s'interrogent sur les critiques qui accusent la prévention de porter atteinte aux libertés individuelles et de préparer ainsi un totalitarisme insidieux (Peretti-Wattel & Moatti, 2009). Le débat est trop important pour ne pas être posé ; c'est l'affaire des comités éthiques, mais aussi des citoyens, que de le conduire. »

Loi ASV, Adaptation de la société au vieillissement

→ Quelles actions menées ? Quelles stratégies retenues par le CG de Guadeloupe et la CTM de Martinique pour la politique publique de prévention ?

La loi ASV de décembre 2015, a reconnu le rôle des caisses de retraite dans la prévention de la perte d'autonomie.









Fiche 4 Prévention gérontologique

La prévention dans le cadre de la perte d'autonomie a pour objectif de la retarder le plus possible, et « éviter une entrée dans une situation de dépendance ». C'est ainsi la démarche de prévention primaire, en « améliorant les grands déterminants de la santé et de l'autonomie ». (Rapport SS, MSA, RSI, p.8).

La prévention secondaire « agit à un stade précis de l'évolution d'une maladie. Les actes de dépistage permettent d'agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie. L'objectif est bien de s'opposer à l'évolution de la maladie ou de faire disparaître les facteurs de risque. » (Rapport SS, MSA, RSI, p.8).

La prévention tertiaire, « dont l'objectif est d'éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité, elle relève des orientations d'action sociale conduites par les Conseils départementaux avec la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie. » (Rapport SS, MSA, RSI, p.8).

Bibliographie

-  ANAH, CNAV, 2013, *Adaptation du logement à l'autonomie des personnes âgées*, Rapport de l'Anah et de la Cnav, Paris.
-  Aquino J.-P., 2013, *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, Comité Avancée en âge Prévention et Qualité de vie, s.l.
-  Gimbert V., Godot C., 2010, *Vivre ensemble plus longtemps*, La documentation française, Rapports et documents n°28, Paris, consultable en ligne <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000662.pdf>.
-  IRESP, 2020, *Appel à projets de recherche en santé publique 2020 – Interventions, services et politiques favorables à la santé*.
-  Sanchez J.-L., 2010, « Territoires, observation et performance », in *Gérontologie et société*, vol. 33 n°132, Caisse nationale d'Assurance Vieillesse, consulté en ligne le 17 mai 2019 <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-1-page-79.htm>.
-  Sécurité Sociale, MSA, RSI, « Les programmes de prévention des caisses de retraite », s.d.n.l.