

## AVIS

---

### sur l'évaluabilité du projet de Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie

23 avril 2015

---

#### Introduction

Afin de mieux relever le défi du vieillissement démographique et des impacts sur la société et sur la santé de la population en France, un projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement a été adopté par l'Assemblée nationale le 17 octobre 2014 et plus récemment par le Sénat le 19 mars 2015, assorti d'un rapport annexé donnant les grandes orientations d'une politique multisectorielle en la matière.

Pour mettre en œuvre ces orientations, ce projet de loi s'appuie sur l'élaboration et la mise en œuvre de plusieurs plans nationaux, dont un futur «Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie» (PNAPPA).

Le président du HCSP a été saisi, par lettre du 27 janvier 2015, d'une demande du Dr Jean-Pierre Aquino, président du Comité Avancée en Age et coordonnateur de la rédaction du PNAPPA, pour « procéder à une lecture critique du Plan sous l'angle de l'évaluation et d'en apprécier son évaluabilité » (cf. saisine en annexe), en vue de prévoir cette dimension dans le plan en instance de remise officielle à Mme la Secrétaire d'État chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie.

Pour répondre dans des délais brefs, il a été proposé de réunir quelques experts de plusieurs commissions spécialisées du HCSP pour procéder à une rapide analyse transversale pouvant donner lieu à un avis court. Le groupe a travaillé à partir du projet de plan transmis au HCSP le 28 février 2015, et de sa version finale actualisée et transmise le 1<sup>er</sup> avril 2015.

Le groupe s'est réuni quatre fois entre le 24 février et le 10 avril 2015. L'avis a fait l'objet d'une relecture par les présidents des deux commissions spécialisées concernées et a été adopté en séance plénière de la Commission spécialisée Evaluation, stratégie et prospective le 23 avril 2015 à l'unanimité des votants (6 personnalités qualifiées). Une personnalité qualifiée n'a pas participé au vote, en raison de liens d'intérêt déclarés avec le sujet.

## Conditions d'évaluabilité : état des lieux, structure et logique du plan

Les plans et les programmes organisent des processus d'adaptation d'un système à un ensemble de pressions. Dans le cas du plan autonomie il s'agit, selon les objectifs généraux détaillés dans son introduction, de mieux prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées en considérant non seulement l'adaptation du système de soins et médico-social, mais aussi l'ensemble des politiques susceptibles de créer un environnement et des comportements favorables à l'autonomie, ainsi que, de manière générale, de réduire les inégalités sociales en matière de dépendance.

L'évaluabilité d'un plan repose sur plusieurs conditions nécessaires incluant la présentation d'un état des lieux du problème de santé à traiter, d'un modèle logique pour l'analyse et l'action, d'un système d'information adapté, d'un tableau de bord de suivi<sup>1,2</sup>.

Tout d'abord, le plan doit reposer sur un état des lieux préalable, comprenant, au-delà d'une photographie de la situation épidémiologique, sociale, environnementale, un inventaire des sources de données disponibles, ainsi qu'un modèle explicatif des problèmes de santé auxquels il veut s'attaquer. Ce modèle explicite les hypothèses qui sous-tendent l'utilisation des leviers d'actions proposés dans différentes dimensions pour atteindre les objectifs.

Le modèle logique, ou cadre logique du plan, permet ensuite d'identifier le niveau d'action des mesures, en les mettant en lien avec les objectifs à atteindre et les résultats attendus, qu'ils soient intermédiaires ou finaux. Ceci permet d'identifier (et éventuellement construire) les indicateurs de résultats adéquats, ainsi que d'identifier des interférences potentielles ou des manques au sein des mesures envisagées.

Le HCSP propose d'explicitier le cadre logique d'un plan en plusieurs niveaux : objectifs généraux, déclinés en objectifs spécifiques, eux-mêmes déclinés en objectifs opérationnels correspondant à des mesures ou actions<sup>3</sup>. La lecture du plan doit en principe permettre de reconstituer aisément un cadre logique de ce type. Pour préciser ce cadre logique, l'explicitation du modèle d'intervention est également nécessaire. L'effet d'une intervention s'explique en effet par une succession d'effets souvent implicites : participation, réaction, apprentissage, changement et action sur le problème de santé visé ou un de ses déterminants. Pour une action démontrée comme « *evidence-based* », ce travail d'explicitation de l'effet d'une mesure n'est pas nécessaire. En revanche, dans le cas d'une intervention innovante ou expérimentale il peut être utile, voire indispensable, de préciser ces étapes pour estimer son effet potentiel.

Même si elle n'est pas précisément structurée selon ces différentes étapes, l'introduction du projet de plan s'attache bien à définir les enjeux et à préciser un cadre méthodologique adapté à l'analyse de la dépendance et de l'autonomie : le modèle de Wood. Elle précise clairement trois grands objectifs qui semblent en première approche être les objectifs généraux du plan, correspondant aux trois types de prévention primaire, secondaire et tertiaire : « préserver l'autonomie de chacun durant toute sa vie, prévenir les pertes d'autonomie évitables, éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité ». Elle ajoute un objectif transversal en matière d'inégalités sociales de santé. Elle cite certains concepts opérationnels comme celui (ou ceux) de la fragilité. **Le concept d'autonomie sera, pour sa part, davantage éclairé dans l'introduction de la première partie du plan (« La préservation de l'autonomie »), bien que sa définition ait eu sa place dans l'introduction générale.**

**D'autre part, dans le projet de plan autonomie, même si l'organisation est structurée en grands axes déclinés en fiches-actions, elles-mêmes comportant des mesures ou actions, ces différents niveaux ne se présentent pas toujours selon une logique structurée par les finalités de l'action.**

---

<sup>1</sup> Actes du Séminaire HCSP « De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques de santé publique », 11 décembre 2013.

<sup>2</sup> Demelemeester R., El Khoury M. Evaluabilité des plans et programmes de santé, Rapport d'étude réalisée pour le Haut Conseil de santé publique, 15 sept. 2011 [non publié].

<sup>3</sup> Actes du Séminaire HCSP « De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques de santé publique », 11 décembre 2013.

Par ailleurs, l'explicitation du modèle d'intervention n'est que très partielle à ce stade : l'introduction du plan fait apparaître dans un paragraphe spécifique une liste de « leviers du progrès » de nature variée, incluant la recherche et l'évaluation des actions qui ne sont pas de même nature que les autres leviers cités. D'autres éléments figurent ici ou là dans l'introduction : la nécessité d'une action intersectorielle, la nécessité d'organiser les actions dans une logique territoriale, le repérage et le traitement particulier des groupes les plus vulnérables, ... sans que l'ensemble de ces éléments soit présenté de manière systématique. La bibliographie des fiches est parfois hétérogène et peu liée au reste du texte.

Une présentation plus argumentée serait nécessaire pour clarifier l'ensemble et permettre de disposer de bases claires et assumées par les promoteurs pour plan pour définir les futures questions évaluatives.

### Assurer la clarté des concepts utilisés et leur traduction opérationnelle : définition et quantification de la fragilité

Certains cadres conceptuels mis en avant dans le projet de plan gagneraient à être mieux précisés, en particulier la question de la fragilité. La notion de fragilité est en effet largement utilisée tout au long du plan, avec des acceptions diverses mais sans toutefois être définie à chaque fois, ce qui ne facilite pas la compréhension d'ensemble par un lecteur non averti. A cet effet, l'introduction devrait *a minima* aborder le concept de fragilité dans ses diverses définitions :

- la fragilité clinique qui associe, selon Fried, dénutrition, fatigue, faiblesse musculaire, ralentissement, et bas niveau d'activité physique. D'autres échelles de fragilité existent, intégrant des dimensions supplémentaires (neuropsychique, cognitive, voire sociale avec l'isolement par exemple). De multiples outils ont été développés pour évaluer la fragilité clinique, mais il n'existe actuellement pas de consensus sur l'outil à utiliser, essentiellement en raison du caractère multidimensionnel de la fragilité.

- Le fait que la vulnérabilité sociale et économique (isolement, faibles ressources,..) soit également un facteur aggravant le risque de perte d'autonomie a conduit à développer le concept de fragilité sociale et économique. Les outils de repérage développés initialement par la CNAM et la CNAV reposent sur les informations disponibles dans les bases médico-administratives des organismes de retraite ou d'assurance maladie. Ici aussi, les outils de mesure ne sont pas encore stabilisés et la recherche se poursuit sur ces outils dont certains combinent des informations sur les limitations fonctionnelles, cognitives ou sur la dépression (grille FRAGIRE ou PARI (RSI)). Pourtant ces grilles font parfois l'objet de mises en œuvre opérationnelles dans le plan (observatoires de la fragilité, mesure de la fragilité clinique, utilisation de la grille FRAGIRE).

Cette clarification des concepts dans l'introduction est nécessaire tout **comme il est nécessaire que chacune des fiches précise systématiquement de quel type de fragilité il est question.**

De plus, les différents concepts de fragilité sont utilisés, de façon implicite, à divers niveaux ou étapes qu'il conviendrait d'explicitier selon un schéma structurant : les actions proposées peuvent se situer en amont de la fragilité (prévention, recherche sur les déterminants ou les facteurs de risque), au même niveau (repérage), ou en aval (accompagnement, prise en charge, offre de services). Les différents concepts de fragilité devraient être replacés dans la structure logique du plan aux niveaux correspondants (résultats immédiats, impacts intermédiaire ou impact santé), suivant les actions. Dans tous les cas, il serait nécessaire de revoir les objectifs visés par les actions du plan afin de clarifier ce point et de replacer la réduction de la fragilité dans les objectifs si nécessaire.

Enfin, certaines fiches ne mentionnent nulle part la fragilité alors que la réduction de la fragilité est manifestement un des objectifs finaux visés par la fiche. Par exemple, la dénutrition est un des cinq facteurs de la fragilité clinique de Fried. La fiche Alimentation (1.3) dont l'objectif est de réduire la dénutrition et donc finalement de réduire la fragilité clinique ne le mentionne absolument pas. De même pour la fiche 1.4 sur l'activité physique.

Enfin, le plan pourrait utilement viser une coordination et une évaluation des différentes initiatives de mesure et de repérage en cours, sur lesquelles un système d'information spécifique pourrait être construit à terme. L'évaluation des actions destinées à améliorer l'autonomie des

personnes fragiles pourrait également faire l'objet d'une action dans l'axe recherche, de manière à asseoir les actions en la matière, et éventuellement à ajuster certaines d'entre elles en fonction des résultats de ces évaluations.

### Complémentarité et cohérence avec les autres plans

De manière générale, les actions incluses dans d'autres plans et programmes sont utilement rappelées dans le projet, mais de manière assez hétérogène selon les axes du plan. **Il serait souhaitable qu'elles apparaissent comme des éléments complémentaires, non inclus dans le plan mais présentées pour mémoire afin de ne pas conclure à tort que certains aspects de la politique à mener sont omis, ou bien comme des éléments plus généraux mais déclinés dans le cadre du plan afin de mieux apprécier la cohérence externe de celui-ci.** En l'absence de mesures spécifiques menées sous l'égide du plan autonomie, et sous réserve d'interactions parfois difficilement mesurables des effets, les résultats de telles actions ne devraient pas être à rapporter au plan dans le cadre de sa future évaluation.

### Proposition de reconstitution du cadre logique du projet de plan

*Cf. Tableau en annexe.*

Compte tenu du très court délai imparti pour analyser le projet de plan, nous avons tenté une reconstitution du cadre logique à partir des éléments figurant dans ce projet, tels qu'ils sont présentés actuellement, ce qui n'a permis qu'une approche assez superficielle des problèmes en particulier en l'absence d'explicitation suffisamment précise du rationnel des différentes mesures annoncées. Cette reconstitution a posteriori n'a pas permis de façon simple une structuration des mesures et actions selon des objectifs opérationnels et spécifiques venant s'articuler aux trois grands objectifs généraux annoncés dans l'introduction du plan. Ce constat pose diverses questions, notamment concernant la pertinence de l'organisation et la complétude des axes du plan. Dans le cadre d'un travail plus approfondi, une interaction avec les promoteurs et rédacteurs du plan pour préciser les logiques sous-jacentes aux différentes propositions aurait été profitable.

Cependant, il a été possible, en suivant le découpage par axe et par fiche, de proposer une trame de lecture de l'enchaînement des effets supposés des actions : résultats immédiats (ou directs), impacts intermédiaires, impact santé et objectifs généraux liés à la question de l'autonomie, en passant par plusieurs niveaux. **La population-cible a été spécifiée lorsqu'elle était précisée, mais en pratique cette précision figure rarement dans les fiches. Il serait souhaitable d'ajouter systématiquement cette précision, car le plan concerne fort justement des interventions diversifiées à tous les âges de la vie.**

La lecture détaillée des fiches du plan fait apparaître trois grands objectifs généraux correspondant peu ou prou à la plupart des fiches des trois premiers axes :

- l'amélioration des grands déterminants de la santé et de l'autonomie (prévention primaire)
- l'augmentation du maintien à domicile (prévention primaire et secondaire)
- le retardement de l'entrée dans la dépendance par des interventions préventives et coordonnées (prévention essentiellement secondaire).

Cette reconstitution du cadre logique apparent du plan pose un certain nombre de questions.

**Ainsi, la prévention tertiaire, qui constitue le troisième objectif annoncé dans l'introduction générale du plan, n'apparaît pas explicitement comme un axe spécifique mais c'est probablement un objectif commun à plusieurs des fiches de l'axe 3.** Ce constat reflète peut-être la difficulté pour ce plan d'énoncer des objectifs généraux ayant du sens en termes de finalités mais aussi en termes de capacités d'action.

D'autres objectifs généraux apparaissent pour certaines mesures, par exemple :

- les objectifs de la fiche sur la dépression et le suicide (3.4) ne sont pas clairs et amènent à s'interroger sur la pertinence de cette fiche dans un plan autonomie. En première approche, la réduction de la dépression (cette dernière étant aussi un effet de la perte d'autonomie) pourrait viser à prévenir le repli sur soi, qui contribuerait à accentuer les signes de fragilité clinique (par manque d'alimentation, de mobilité physique, d'échanges relationnels ...). Par contre, **on ne voit pas en quoi la réduction des suicides, qui est l'élément principal mis en avant dans cette fiche, peut être un objectif visant à l'amélioration de l'autonomie**. L'objectif de cette fiche serait à replacer dans une perspective opérationnelle de contribution au maintien de l'autonomie, et probablement à distinguer du plan suicide, qui est amplement cité.

Ainsi, si cette fiche actions vise à réduire les facteurs de fragilité liés à la santé mentale, elle pourrait a contrario faire mention par exemple du bon usage des psychotropes chez les personnes âgées, source de pertes de mémoires et de chutes, ou des questions préoccupantes posées par la comorbidité des problèmes de santé physique et de santé mentale.

**La lecture transversale par objectifs généraux permet également de proposer des reclassifications de fiches afin d'améliorer la lecture et la compréhension du plan.** Ainsi la fiche 1.7 « Préservation de l'autonomie en résidences autonomie » se rapporte à un objectif général plutôt commun à l'axe 2 « Adaptation de l'environnement » en termes de maintien à domicile. La fiche 1.6 « Santé des aidants » se rapproche plutôt du groupe des fiches ayant pour objectif la prévention secondaire (donc l'axe 3) que la prévention primaire de la perte d'autonomie.

D'autre part, l'axe 4 constitue un inventaire de dispositifs, qu'il est indispensable d'ordonner en vue de les articuler avec des objectifs spécifiques. Il n'est pour l'instant pas possible d'identifier l'objectif général visé par cet axe, qui rassemble indifféremment des dispositifs mobilisables ou en cours d'expérimentation. S'agit-il par exemple de procéder à l'évaluation de l'ensemble des dispositifs en cours d'expérimentation en vue de définir un cadre d'intervention dans les différents niveaux de perte d'autonomie ?

A ce stade et en fonction de précisions à apporter sur les objectifs opérationnels, on peut s'interroger sur une éventuelle articulation ou fusion /restructuration de cet axe 4 avec l'axe 6 sur la recherche.

Enfin, la fiche 3.7 et l'axe 5 se situent à un niveau différent du reste du plan ; ils se réfèrent à des catégories d'acteurs de la prévention et de la prise en charge.

Pour compléter cette brève analyse transversale de la structure du plan, nous proposons en fin d'avis une analyse complémentaire plus détaillée de deux exemples de fiches-actions.

## L'état des lieux : la référence indispensable pour l'évaluation

L'état des lieux constitue le fondement même du plan, dans le sens où il permet de mettre en évidence les situations et problèmes de santé, auxquels le plan doit apporter des réponses, en vue de les résoudre ou les améliorer. Ainsi, c'est la mesure de problèmes observés par diverses sources, avant la mise en place du plan, qui justifie la nécessité de celui-ci, et qui doit fournir la matière pour définir les objectifs généraux et spécifiques visés par le plan.

Le projet de PNAPPA ne comporte à ce stade, à quelques exceptions près, que des éléments relativement succincts de « diagnostic », et ne présente pas toujours de façon systématique les données objectives sur lesquelles il s'appuie. Or, tant pour affirmer la légitimité d'objectifs à atteindre et d'actions qui leur sont liées, que pour mesurer la marge de progression entre le début et la fin du plan, il est absolument nécessaire de connaître précisément la nature et le niveau des problèmes à traiter.

Il serait donc nécessaire de systématiser et de compléter, dans l'introduction, et au sein de chaque fiche, un chapitre précis caractérisant l'état des lieux quantifié des différents problèmes conduisant à la perte d'autonomie des personnes âgées.



## Quoi évaluer ? La clarté des différents niveaux d'objectifs oriente le choix des indicateurs

Dans un objectif d'efficacité autant que d'évaluation, il est nécessaire de fixer une cible précise pour chacun des objectifs opérationnels ainsi que, dans l'idéal, un ou plusieurs indicateurs de résultats chiffrés pour chacun des objectifs généraux ou intermédiaires. Ces cibles doivent être assorties d'une information précise sur les populations concernées par la mesure et sur la situation observée au début du plan. Certaines mesures interviennent à des niveaux différents, ce qui impose de les avoir définies précisément. Ainsi, des mesures très opérationnelles auront des objectifs spécifiques parfois très limités, alors que d'autres viseront directement un impact sur la santé de la population cible. Il est par conséquent nécessaire de clarifier dès la conception du plan la nature des besoins et les moyens utilisés pour y répondre. L'évaluation (objectif précis assorti d'une situation initiale et d'une cible en termes de résultat) devrait donc être incluse dans la programmation.

L'évaluation des objectifs opérationnels (les mesures) est bien l'ambition affichée dans l'introduction du plan (« mesurer les écarts entre la prévision des mesures à réaliser et la réalisation effective de ces mesures »), et traduite dans la structure de chaque fiche. Mais en réalité la lecture du plan montre qu'une très faible minorité de fiches, assez hétérogènes dans leur rédaction malgré une structure commune de présentation, précise un objectif clair en termes de résultat ciblé pour les mesures qu'elles décrivent. Lorsque des indicateurs sont mentionnés, il s'agit plus souvent d'indicateurs de processus (effectivement nécessaires aux opérateurs pour le suivi et le pilotage du plan) que de résultats (nécessaires pour en évaluer les effets). La classification des indicateurs proposés, lorsqu'il en figure dans les fiches, n'est pas toujours adéquate, certains indicateurs de résultats cités étant en réalité des indicateurs de processus. En l'absence d'objectifs précis et d'indicateurs de résultats, l'évaluation n'est guère envisageable.

L'évaluation des objectifs généraux du plan, évoquée également dans l'introduction, est à ce stade peu opérationnelle. Elle ne comporte qu'une liste d'indicateurs globaux, qui ne sont pas précisément rattachés aux trois objectifs généraux du plan et là encore, assortis ni de situation de référence au début du plan, ni de cible à atteindre en fin de plan. Certains de ces indicateurs ne sont pas adaptés : l'espérance de vie à la naissance ou l'indicateur de développement humain, par exemple, sont peu spécifiques à la question de l'autonomie, extrêmement inertes et donc peu susceptibles d'être impactés par le plan. Il conviendrait, sur la base du modèle logique complet du plan, d'identifier les grands résultats attendus (Diminution de la prévalence de la dépendance par sous-populations ? Stabilisation pour les plus âgés ? Retardement de l'entrée en établissement ? Diminution des écarts entre sexes et catégories sociales pour ces indicateurs ? ) et de sélectionner les indicateurs pertinents en conséquence, en indiquant leurs valeurs initiales et les valeurs attendues à la fin du plan.

## Avec quoi évaluer ? Des systèmes d'information nécessaires

Définir des objectifs quantifiés et des indicateurs de résultats suppose également que l'inventaire des données disponible ou à recueillir soit réalisé. Il est fréquent que l'ensemble du système d'information nécessaire pour le déroulement et l'évaluation d'un plan ne soit pas complet lors de son lancement ; dans ce cas **le plan doit comporter un axe ou une composante relative au système d'information**. Cette composante est presque inexistante ici, alors que visiblement les données sont incomplètes et les outils de mesure encore à conforter. Seule la mesure 3.2 relative aux observatoires de la fragilité pourrait s'apparenter à la construction d'un système d'information, mais elle semble s'appuyer sur la base d'une grille de recueil propre à certains intervenants, et sans qu'on puisse la comprendre dans une logique d'ensemble.

## L'objectif de réduction des inégalités sociales en santé

Par ailleurs, **l'objectif transversal concernant les inégalités sociales de santé n'est que peu décliné dans les objectifs opérationnels du plan**, même si certaines mesures font référence à des situations de fragilité socio-économique pour cibler leurs actions. Cependant, il est démontré qu'une meilleure diffusion d'informations sur les comportements favorables à la santé profite généralement davantage aux catégories les plus éduquées, plus à même de comprendre et d'avoir les moyens de mettre en œuvre les recommandations. Les conséquences de mesures d'information conduites sans distinction à destination de toutes les franges de la population peuvent être alors une aggravation des inégalités préexistantes. Or aucun indicateur général ou spécifique ne se réfère à la mesure des inégalités sociales ou territoriales de dépendance, ni dans les éléments de contexte ou d'état des lieux, ni dans ceux relatifs aux actions du plan. En conséquence, même si certaines actions avaient pour effet de réduire les inégalités, les futurs évaluateurs du plan ne seraient guère en mesure d'en identifier les résultats. **Il paraît indispensable de passer l'ensemble des actions du plan au crible de cet objectif transversal et de s'interroger sur la légitimité de définir des actions spécifiques ainsi que des indicateurs de résultats adaptés.** En ce sens, les indicateurs permettant l'évaluation des objectifs généraux du plan doivent pouvoir être déclinés par sexe, âge, catégorie sociale, mais aussi grands niveaux du territoire (notamment urbain/rural) afin de documenter et réduire les inégalités plus spécifiquement territoriales.

## Gouvernance et financement

**Enfin, deux aspects essentiels du plan, qui impactent pour une grande part la qualité et les résultats d'une évaluation, n'ont jusqu'ici pas ou peu été abordés dans les documents dont nous disposons : les budgets mis en œuvre et la gouvernance.**

Une bonne gouvernance du futur plan est particulièrement essentielle dans le cadre d'actions volontairement intersectorielles. La gouvernance doit pouvoir assurer plusieurs fonctions distinctes :

- suivi de l'avancement des actions accompagnées,
- selon les résultats constatés, propositions d'ajustements de calendrier ou de contenu de celles-ci,
- décisions sur ces propositions,
- coordination de l'ensemble des acteurs pour la mise en œuvre du plan.

Le plan doit pouvoir être piloté par une structure interministérielle adaptée, se réunissant régulièrement, en capacité de modifier certaines actions prévues si nécessaire, et disposant d'un tableau de suivi régulier des actions et des budgets mis en œuvre au regard d'un calendrier et d'un budget prévisionnel, identifiant précisément les opérateurs en charge des différentes actions. La nomination d'un coordonnateur chargé de mission par la structure de pilotage et lui rendant compte tout au long de la durée du plan, tout en étant le référent des opérateurs interministériels pour la mise en œuvre et le suivi des mesures était préconisée à l'issue de l'évaluation du plan « bien vieillir ». Elle nous paraît toujours une solution adaptée, de même que la recommandation d'entretenir un lien fort avec le niveau régional afin que la politique du plan soit déclinée sous la conduite des acteurs locaux, mais en assurant un suivi rapproché, coordonné et homogène des actions entre les régions.

La spécification des budgets attribués à chaque action du plan est indispensable à l'évaluation de leur mise en œuvre effective et de leur efficacité. Si certaines actions sont déjà financées dans le cadre d'autres programmes, l'information doit également être disponible pour les futurs évaluateurs, autant que pour les pilotes du plan. Un paragraphe systématique sur les enveloppes budgétaires nous paraît donc devoir être ajouté au modèle de fiche sur les actions du plan. L'introduction devrait également mentionner une évaluation globale des budgets directement affectés au plan, ainsi que de ceux concourant aux objectifs du plan mais inclus dans d'autres plans, programmes ou actions.

## Deux exemples de fiches commentées

- fiche 1.3 : Une alimentation favorable à la santé
- fiche 2.4 : Diagnostic habitat, aides techniques et adaptation du logement



### Fiche : 1.3. Une alimentation favorable à la santé

#### Remarques générales

- a. Cette fiche est essentiellement orientée sur la dénutrition. Or la dénutrition est un des cinq critères de la fragilité de Fried. De ce fait, elle trouverait davantage sa place dans la partie « prévention de la perte d'autonomie » dont la fragilité est un des déterminants essentiels.

Dimension	Mesure
Dénutrition	Perte de poids non intentionnelle de plus de 10 livres sur l'année précédente
Fatigue	A partir de deux questions incluses dans une échelle de mesure de la dépression <sup>1</sup>
Faiblesse musculaire	Force de préhension (grip strength) mesurée par dynamomètre, 20 <sup>e</sup> percentile inférieur selon le sexe et l'indice de masse corporelle <sup>2</sup>
Ralentissement	Vitesse de marche habituelle mesurée sur 15 pieds, 20 <sup>e</sup> percentile inférieur selon le sexe et la taille <sup>2</sup>
Bas niveau d'activité physique	Dépense énergétique estimée sur la base d'un questionnaire <sup>3</sup> , 20 <sup>e</sup> percentile inférieur <sup>2</sup>

<sup>1</sup> CES-D Depression Scale  
<sup>2</sup> Performance observée dans la CHS  
<sup>3</sup> Minnesota Leisure Time Activity questionnaire

Extrait de (1)

- b. L'obésité, bien que citée dans le paragraphe contexte et enjeux, n'est absolument pas déclinée en mesures et actions par la suite. La rédaction de la fiche ne suggère pas qu'elle puisse être considérée comme un facteur de risque de fragilité, mais la situe dans le cadre des déterminants des maladies chroniques et métaboliques, et marqueur d'inégalités sociales. Il est surprenant dans ce contexte de ne pas avoir spécifié d'objectifs et d'actions spécifiques à sa réduction.
- c. La structuration de la fiche pourrait être améliorée. Par exemple, la partie sur l'évaluation de l'état nutritionnel, la prise en charge et les causes de la dénutrition ne devrait pas figurer dans le paragraphe objectifs, mais plutôt, si elle est conservée, dans la partie contexte et enjeux.
- d. La dénutrition tient une place importante dans le PNNS 2011-2015 dont elle constitue l'ensemble de l'Axe 3, organisé en 4 mesures (cf ci-après).  
 Il serait souhaitable de pouvoir situer l'axe alimentation du Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (PNAPPA) par rapport au PNNS afin d'identifier ce qui est commun et ce qui est nouveau, en termes d'objectifs, mais aussi de mesures et d'actions.  
 Ainsi l'action (23.2) du PNNS « la sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition des résidents en EPHAD » se retrouve dans la sensibilisation et la formation des professionnels « poursuivre la sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition des résidents en EPHAD »  
 L'action (23.1) du PNNS « le développement des actions de communication, d'information à destination des familles, des aidants, des professionnels ; trouve sa traduction dans le PNAPPA pour ce qui concerne les personnes âgées elles-mêmes dans « information et éducation des personnes âgées : promouvoir une alimentation favorable à la santé en utilisant les derniers supports diffusés par l'INPES et les caisses de retraite ».

**Axe 3 → Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition :  
diminuer la prévalence de la dénutrition • 31**

<b>Mesure 1</b>	Organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la prise en charge du patient • 32
<b>Mesure 2</b>	Prévenir et dépister la dénutrition • 33
<b>Mesure 3</b>	Prendre en charge la dénutrition • 34
<b>Mesure 4</b>	Prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels des populations en situation de handicap • 35

- e. Une des causes de la dénutrition est le mauvais état de santé buccodentaire fréquent chez les personnes âgées. Ce problème est cité dans l'axe 1.3 et plus loin dans l'axe 3.5. En revanche aucune mesure visant à améliorer ce mauvais état de santé bucco-dentaire n'est envisagée dans ce plan en dehors des EHPAD (mesure 3.7).
- f. Les mesures envisagées sont assez peu liées aux objectifs. Les objectifs sont en effet assez individuels, par exemple dépistage précoce d'une perte de poids, ou proscription de régime alimentaires stricts ; en revanche les mesures sont beaucoup plus générales et ne s'évaluent pas à l'échelle individuelle.

#### Structure logique de la fiche Alimentation

Cf. tableau excel en annexe.

#### Appréciation de la faisabilité de l'évaluation de la fiche Alimentation

##### 1. Qualité du système d'information

- Il n'y a pas d'inventaire des sources de données susceptibles d'être utilisées pour l'évaluation de cet axe.
- Il n'y a pas de protocole envisagé pour le recueil des données de ces indicateurs
- Pas de mention d'un tableau de suivi

Les indicateurs sont les mêmes que ceux prévus dans le PNNS 2011-2015. Si ces informations sont disponibles dans le cadre du PNNS, il faudrait le spécifier en référence

##### 2. Etat des lieux initial

Il existe un état des lieux dans la partie contexte et enjeux. Toutefois cet état des lieux n'est pas suffisamment précis en particulier les âges ou classes d'âges concernées par les prévalences indiquées dans l'état des lieux ne sont pas précisées.

##### 3. Cohérence des objectifs/Clarté des objectifs

- Les objectifs annoncés s'apparentent plus à des actions qu'à des objectifs.
- Après l'état des lieux on aurait attendu des objectifs plus généraux du type de ceux que l'on retrouve dans l'axe 3 du PNNS (cf ci-dessous OS 4-2). Toutefois, ces objectifs sont retrouvés dans le paragraphe « Evaluation », sous la rubrique indicateurs du PNNS.

Les mesures prévues dans cet axe ont pour finalité de permettre l'atteinte des objectifs nutritionnels fixés par le **Haut conseil de santé publique** qui sont indiqués ci-dessous (avril 2010).

### Objectifs nutritionnels

#### Objectif général 4 • Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles

OS 4-1 : réduire la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents.

OS 4-2 : réduire, en population générale, en 5 ans, le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :

- de 15 % au moins pour les plus de 60 ans ;
- de 30 % au moins pour les plus de 80 ans.

OS 4-3 : réduire de 20 % au moins, en 5 ans, le pourcentage de malades hospitalisés dénutris.

- Deux sous-objectifs pourraient être distingués : « prévention de la dénutrition », englobant les deux premiers objectifs annoncés dans le texte :
  - Promouvoir l'accessibilité à une alimentation appétissante et satisfaisante pour la santé
  - Proscrire les régimes alimentaires restrictifs, sauf exception
- Et « dépistage de la dénutrition » réunissant les 3 suivants
  - Prêter attention très tôt et de façon proactive à toute modification de l'appétit et de l'alimentation chez un sujet âgé
  - Prendre en compte une anorexie qui passe trop souvent inaperçue, avant que la perte de poids soit constatée
  - Dépister précocement une perte de poids involontaire au cours de l'avancée en âge pour limiter la dénutrition des personnes âgées
- les populations concernées, l'importance des effets escomptés, le délai pour obtenir ces effets ne sont pas précisés

#### 4. Qualité des indicateurs

- Il y a un seul indicateur « le pourcentage de personnes dénutries » décliné en deux sous indicateurs « à domicile » ou en « institution »
- Des mesures semblent exister avant le programme (dans la partie contexte et enjeux)
- Pas de système d'information pérenne n'est mentionné, ni l'organisme producteur de cet indicateur.
- Cet indicateur permet d'évaluer la réalisation de l'objectif final (indicateur de résultat). Il n'y a pas d'indicateur de processus.

1. David BS-ES. Evaluer la fragilité en pratique clinique: est-ce recommandable? Forum Medical Suisse. 2013;13(12):5.

## Fiche 2.4 : Diagnostic habitat, aides techniques et adaptation du logement

### Remarques générales

Le paragraphe « Contexte et enjeux » permet de comprendre les motivations de cet axe de mesures. Toutefois, alors qu'un objectif clair et quantifié énoncé dans la loi y est cité : « *réaliser l'adaptation de 80 000 logements aux contraintes de l'âge et du handicap sur la durée du quinquennat (15 000 logements adaptés par an)* », on ne retrouve pas cette clarté dans les objectifs énumérés plus loin dans la fiche.

### Structure logique de la fiche « Habitat »

Cf. tableau excel joint.

La reconstitution du schéma logique de cette fiche, à partir des éléments disponibles, vise à expliciter les différents niveaux de résultats des actions du plan, leur enchaînement devant logiquement conduire à répondre aux objectifs implicitement ou explicitement visés. Ce sont ces différents niveaux de résultats et d'objectifs, ainsi que les moyens prévus, puis mis en œuvre pour les atteindre, qui auront vocation à être explorés dans le cadre d'une évaluation.

Nous avons tenté de reconstituer la logique sous-jacente à cette fiche, en proposant, pour des groupes « d'activités » (qui sont classés soit en « objectifs » soit en « mesures » dans la fiche) qui paraissaient complémentaires, l'enchaînement supposé des effets attendus jusqu'aux impacts, et aux objectifs visés.

Pour les différents niveaux de résultats ou d'impacts, différents types d'évaluations peuvent être envisagés et sont indiqués à titre d'exemple en dernière ligne du tableau.

Dans la fiche "Diagnostic habitat, aides techniques et adaptation du logement", on constate globalement que :

1. l'objectif général prédominant lié aux questions d'autonomie est de favoriser le maintien à domicile, tant en logement individuel qu'en hébergement collectif, ce qui est l'objectif de l'ensemble des fiches de l'axe 2 ;
2. les différents types d'impacts liés à la santé se distinguent en un grand objectif générique correspondant à l'amélioration de la qualité de vie au sein du domicile privé, via un apport de confort et de sécurité du logement ; cette partie concerne 5 groupes d'objectifs/mesures sur un total de 11. Pour les autres groupes, les impacts liés à la santé visés sont soit plus spécifiques, soit difficiles à identifier à ce stade : ainsi :
  - a. l'objectif O4 concerne les besoins urgents en cas de risques de rupture et de basculement dans la dépendance, il vise plutôt à gérer les situations de crise aiguë
  - b. l'objectif O7, les mesures M9 et M10 ciblent plus le développement de la prévention et le maintien des capacités fonctionnelles et cognitives des personnes âgées à domicile
3. un objectif et une mesure visent le logement social, mais leur contenu est inexistant.
4. enfin, en l'absence de précision ou d'explicitation du contenu ou/et des effets attendus de certaines mesures, il n'est pas possible d'identifier une articulation cohérente de certaines mesures avec les objectifs et impacts tels que nous les avons compris. C'est le cas notamment des mesures M2 et M5, mais aussi de O2, O6, O8.

### Appréciation de la faisabilité de l'évaluation de la fiche « Habitat »

1. Qualité du système d'information
  - Il n'y a pas d'inventaire des sources de données susceptibles d'être utilisées pour l'évaluation de cet axe.
  - Il n'y a pas de protocole envisagé pour le recueil des données de ces indicateurs
  - Pas de mention d'un tableau de suivi.

## 2. Etat des lieux initial

Un état des lieux assez global est reporté, mais très incomplet et sans données concrètes, les problèmes à traiter sont évoqués mais peu explicités, aussi il est assez délicat de percevoir précisément à lecture de la fiche quels sont les axes d'amélioration attendus dans le domaine de l'adaptation du logement. En pratique, ce paragraphe évoque à la fois des types et niveaux de problèmes, globalement peu détaillés et non hiérarchisés, ainsi que des modalités de réponse à ces problèmes et des dispositions existantes en matière d'adaptation du logement :

- i. L'inadaptation de la quasi-totalité des logements du parc privé à l'avancée en âge, mais aucun état des lieux concernant le parc social (25% des personnes âgées)
- ii. La problématique de l'isolement du logement en milieu rural et le vieillissement des territoires périurbains, à prendre en compte dans les programmes locaux de l'habitat (PLH)<sup>4</sup>
- iii. L'existence de kits de prévention comportant un ensemble d'aides techniques destinées à améliorer le confort et la sécurité au domicile, financées par les caisses de retraite
- iv. Les mesures d'exonération fiscale prévues par la loi pour l'adaptation du logement
- v. La procédure « Aide habitat et cadre de vie » destinée aux bénéficiaires des caisses de retraite
- vi. La possibilité, prévue dans la loi, pour un locataire, de réaliser à sa charge les travaux d'adaptation du logement sans obligation de remise en état. Cette disposition suggère qu'un certain nombre de freins à la réalisation de travaux d'adaptation existent et sont à lever.
- vii. La probable complexité du traitement des demandes d'aides à l'adaptation du logement, ayant conduit la branche retraite et l'ANAH à proposer 3 axes stratégiques pour simplifier le parcours du demandeur, améliorer l'accompagnement et favoriser l'égalité de traitement
- viii. L'absence de référentiel d'adaptation du logement dans le parc social
- ix. La probable méconnaissance des acteurs publics vis-à-vis des aides techniques disponibles

## 3. Cohérence des objectifs/Clarté des objectifs

- Les objectifs et les actions sont souvent confondus, alors que les uns devraient découler de l'explication des autres dans une suite logique d'enchaînement des résultats attendus. La remise en forme des deux paragraphes « Objectifs » et « Mesures » dans une structure logique devrait aider à mieux articuler les différents items.

*En effet, cette fiche comporte un grand nombre d'items, répertoriés de façon parfois inappropriée entre les rubriques « Objectifs » ou « Mesures » : Pour alléger la lecture, les « objectifs » ont été numérotés O1 à O9 et les « mesures » M1 à M10 (cf codage en fin de document).*

*Par exemple, l'objectif O1<sup>5</sup> concerne manifestement la révision ou l'amélioration des modes de financement des adaptations de logements à la perte d'autonomie, ce qui est un objectif opérationnel, en rapport avec des mesures non explicites, mais qui sont semble-t-il conditionnées par le contenu d'une convention CNAV-ANAH.*

<sup>4</sup> A noter que ce problème n'est ensuite plus évoqué dans la suite de la fiche.

<sup>5</sup> « Développer un travail partenarial renforcé et étroitement coordonné entre la CNAV et l'ANAH et leurs outils respectifs pour structurer le financement de l'adaptation des logements au vieillissement et améliorer le ciblage des bénéficiaires ».

*La mesure M1<sup>6</sup> énonce à la fois :*

*- un objectif : 80 000 logements privés adaptés en 2017*

*- un moyen : des financements dédiés ( ? )*

*- une action : l'exécution et le suivi de la convention CNSA-ANAH (ou CNAV-ANAH ?)*

*Enfin, la mesure M7<sup>7</sup> évoque une modalité d'aide au financement.*

*Ces trois items devraient être constitutifs d'un seul ensemble, ayant un objectif final commun.*

- Les indicateurs de résultats proposés permettent d'orienter la compréhension des objectifs visés. Toutefois ils sont encore partiels, et doivent être précisés et complétés.

#### 4. Qualité des indicateurs

- Les indicateurs de processus sont inadaptés, ils s'apparentent à certaines actions du plan.
- Les indicateurs de résultats sont à préciser et développer en rapport avec les objectifs à reformuler (cf cadre logique reconstitué)

#### **NB : codage des objectifs et des mesures**

##### **« Objectifs » :**

- O1 : Développer un travail partenarial renforcé et étroitement coordonné entre la CNAV et l'ANAH et leurs outils respectifs pour structurer le financement de l'adaptation des logements au vieillissement et améliorer le ciblage des bénéficiaires ;
- O2 : Assigner aux CARSAT des objectifs ambitieux pour l'adaptation des logements ;
- O3 : Simplifier le parcours des demandeurs, rendre plus accessible l'information des personnes âgées, de leurs aidants et des professionnels et adapter les messages des caisses de retraite (site internet, outils de communication) ;
- O4 : Repérer les risques de rupture de parcours et mieux cibler les besoins urgents, par exemple lors des sorties d'hospitalisation, demandant une intervention rapide ;
- O5 : Agir en amont avec les collectivités qui s'engagent dans des opérations d'adaptation des logements comprenant un volet « adaptation du logement à l'autonomie » afin de réduire le temps d'instruction des dossiers de demande d'aide ;
- O6 : Sensibiliser les évaluateurs des CARSAT à la précarité énergétique, pour entretenir une dynamique d'entraînement entre les deux politiques (adaptation du logement, politique énergétique) et leurs outils respectifs ;
- O7 : Conditionner le financement de la construction ou la rénovation de lieux de vie collectifs à la mise en œuvre en leur sein d'actions de prévention inter-régimes ainsi qu'à l'ouverture de ces structures vers l'extérieur ;
- O8 : Développer un parc de logements adaptés en lien avec les bailleurs sociaux ;
- O9 : Elargir le panel des aides techniques proposées par la CNAV.

##### **« Mesures » :**

- M1 : Financer un plan d'adaptation à une vie autonome de 80 000 logements privés d'ici à 2017 (ANAH/CNAV/CNSA) et, à ce titre, conclure et suivre l'exécution de la convention de partenariat entre la CNSA et l'ANAH ;
- M2 : Organiser la fongibilité asymétrique de la ligne budgétaire « habitat & cadre de vie » des CARSAT avec les autres lignes des budgets d'action sociale ;

---

<sup>6</sup> « Financer un plan d'adaptation à une vie autonome de 80 000 logements privés d'ici à 2017 (ANAH/CNAV/CNSA) et, à ce titre, conclure et suivre l'exécution de la convention de partenariat entre la CNSA et l'ANAH ».

<sup>7</sup> « Faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements CNAV en lien avec la prorogation jusqu'en 2017 du crédit d'impôt pour l'adaptation du logement ».



- M3 : Adapter le site internet et les outils de communication de l'Assurance Retraite suite à des focus groupes réalisés sur les freins et les ressorts de l'adaptation du logement et de la mobilité résidentielle ;
- M4 : Expérimenter puis développer des dispositifs dont l'objectif serait de diminuer le temps d'instruction des demandes d'adaptation des logements : financement direct des OPAH, absence de GIRage, fléchage des sorties d'hospitalisation ;
- M5 : Mettre en œuvre un diagnostic habitat commun en lien avec l'ANAH, les prestataires habitat et les ergothérapeutes (référentiel commun permettant d'objectiver un diagnostic partagé des logements ainsi qu'un dossier d'aire unifié ANAH/CNAV) ;
- M6 : Participer pleinement à l'évaluation et à la diffusion des nouvelles aides techniques en intégrant le CNR Santé et en étant associé à ses travaux ;
- M7 : Faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements CNAV en lien avec la prorogation jusqu'en 2017 du crédit d'impôt pour l'adaptation du logement ;
- M8 : Accompagner les bailleurs sociaux dans leur stratégie d'adaptation des logements et dans le recensement des logements déjà adaptés, en lien avec l'Union sociale pour l'habitat ;
- M9 : Expérimenter de nouvelles conditions de financement des lieux de vie collectifs.
- M10 : Produire des préconisations avec l'INPES et l'inter-régimes pour permettre aux professionnels de développer et d'organiser des actions de vie sociale et de prévention de la santé dans les lieux de vie collectifs adaptés aux retraités, en lien avec les différents acteurs territoriaux.

## Conclusion et recommandations

A ce stade, le projet de plan n'est pas encore configuré de manière à assurer son évaluabilité. Pour améliorer son évaluabilité, le HCSP recommande :

- De reprendre l'introduction afin d'y présenter l'ensemble des concepts utilisés, notamment l'autonomie et les différentes facettes de la fragilité, d'y faire un état des lieux précis des grands problèmes identifiés et quantifiés en matière de perte d'autonomie des personnes âgées, d'y présenter la structure logique du plan de manière cohérente avec la structuration en fiches, d'y regrouper les explicitations des logiques d'intervention, de développer une partie présentant le système d'information disponible pour l'évaluation ainsi que les compléments à réaliser en la matière, de présenter la manière globale une évaluation des budgets consacrés à la mise en œuvre. Si la structuration par niveaux de prévention est retenue pour la présentation du plan, la manière dont est assurée la prévention tertiaire devrait alors être précisée plus explicitement dans une partie et des fiches spécifiques. L'organisation des fiches devrait en outre être revue afin de correspondre à des regroupements par grands objectifs généraux.
- Pour chaque fiche, de présenter de manière systématique les données disponibles constituant l'état des lieux initial des problèmes à résoudre et le cas échéant d'identifier les données manquantes. D'autre part, de préciser une cible précise (comportant si possible un indicateur de résultat chiffré) pour chacun des objectifs opérationnels ainsi que, dans l'idéal, un ou plusieurs résultats explicites (avec les indicateurs de résultats correspondants) pour chacun des objectifs généraux ou intermédiaires ; d'y adjoindre un calendrier précis et des indicateurs de processus ou des jalons qui permettront de réaliser un tableau de bord de suivi ainsi qu'un budget prévisionnel et un acteur, si possible unique, responsable de sa mise en œuvre. A défaut d'acteur unique, la coordination devra être assurée par l'instance de suivi. La rédaction des fiches devrait faire l'objet d'un travail éditorial global pour en homogénéiser la rédaction.
- D'opérationnaliser l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé (s'il est maintenu, ce qui paraît évidemment très souhaitable) dans l'ensemble des actions du plan en spécifiant à chaque fois en quoi ces actions concourent à cet objectif et en le dotant d'une déclinaison spécifique d'indicateurs.
- De spécifier précisément la gouvernance du plan, incluant une instance de suivi opérationnel dotée d'un tableau de bord et d'une instance de pilotage à même d'adapter les mesures du plan au vu des indications issues du suivi et d'organiser la coordination de la mise en œuvre sur tout le territoire.

Pour mener à bien ces recommandations, et pour ne pas retarder la publication du plan, il pourrait être bienvenu d'élaborer un document complémentaire au plan officiel, qui en constituerait la « feuille de route », reprenant dans le contenu les éléments du projet de plan actuel, mais répondant aux recommandations énoncées ci-dessus, qui permettraient de le rendre plus directement opérationnel et surtout évaluable.

## ANNEXES

Annexe 1 : Proposition de reconstitution du cadre logique global

Annexe 2 : Proposition de schéma logique pour la fiche 1.3 « Alimentation »

Annexe 3 : Proposition de schéma logique pour la fiche 2.4 « Habitat »

Annexe 4 : Lettre de saisine

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)

Axe / Orientation du plan	Fiches du plan	Résultats immédiats	Impacts intermédiaires	Impact santé	Objectifs généraux	Population cible
"Préservation" de l'autonomie	1.1 Santé des seniors en emploi ET maintien dans l'emploi	Réduction des effets délétères du travail sur la santé des seniors (à partir de 50 ans ?) : pénibilité, risque psychosociaux	Amélioration durée temps de travail et qualité de vie des travailleurs âgés	Réduction des limitations fonctionnelles et pathologies chroniques à l'entrée en retraite	Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie des PA (prévention primaire)	55-64 ans actifs
	1.2 Préparation et passage à la retraite	Meilleure connaissance des droits et des dispositifs (santé et retraite). Sensibilisation à la préservation de l'autonomie	Augmentation des capacités à se prendre en charge ??			55-65 ans actifs
	1.3 Alimentation favorable à la santé	Meilleures connaissances et pratiques des PA et des professionnels de santé / social	Maintien ou amélioration d'une alimentation correcte Repérage précoce et prise en charge dénutrition	Diminution dénutrition (Et pas diminution obésité/surpoids évoqué ds le contexte)	Améliorer la prise en charge et le soutien social (prévention secondaire)	>60 ans ? >80 ans ? À domicile / en institution
	1.4 Développement de pratique d'activités physiques et sportives		augmentation activité physique préventive >50 ans augmentation activité physique et sportive des PA	Réduction sédentarité		>50 ans PA à domicile PA en EHPA/EHPAD
	1.5 Lien social, lutte contre l'isolement, intergénération, activation cognitive	Repérage PA isolées Aide de proximité aux PA isolées Participation sociale des PA Activités intergénérationnelles	Réduction isolement social Accroissement sentiment d'utilité sociale	Réduction fragilité sociale		PA isolées
	1.6 Santé des aidants		Repérage et prise en charge épuisement des aidants Accompagnement et suivi des aidants	Réduction de l'épuisement des aidants		PA dépendantes
	1.7 Préservation de l'autonomie en résidences autonomie		Réhabilitation et augmentation du parc adapté de logements en résidence autonomie Offre de prévention ouverte au territoire	Augmentation des offres d'hébergement et de prévention à domicile	Favoriser le maintien à domicile	PA = ?
Adaptation de l'environnement	2.1 Promouvoir la démarche globale OMS "Villes amies des aînés" en France	Prise en compte par les villes des difficultés / des limites de l'environnement urbain pour les PA	Adaptation espaces extérieurs, bâtiments, transports-mobilité, habitat. Développement lien social-solidarité, culture-loisirs, participation citoyenne-emploi, actions autonomie, offre services et soins.	Amélioration qualité de vie : mobilité, accès aux services Amélioration lien social		PA = ?
	2.2 Intégrer les enjeux du vieillissement dans les docts d'urbanisme	Développement de programmes urbains spécifiques ("zones favorables au vieillissement")	Parcs de logements adaptés en proximité de services et transports Relogement des PA au centre			PA = ?
	2.3 Mobilité et accessibilité ds les quartiers	Souplesse et confort des transports et voirie	Facilitation de l'utilisation des transports en commun, des déplacements en ville			PA = ?
	2.4 Diagnostic habitat, aides techniques et adaptation du logement		Simplification et accélération des procédures de traitement des demandes de réhabilitation (logt privé/social), accessibilité financière des travaux Implication des caisses de retraite	Amélioration qualité de vie : confort et équipement des logements		PA = ?
Prévention de la perte d'autonomie	3.1 Repérage et prise en charge des fragilités	Repérage précoce des PA présentant des signes de fragilité clinique	Prise en charge précoce coordonnée des PA en situation de fragilité clinique	Réduction des conséquences morbides de la perte d'autonomie : chutes, hospitalisation, institutionnalisation ...	Prise en charge coordonnée pour une prévention secondaire de la perte d'autonomie	?
	3.2 Observatoire des situations de fragilité	Repérage des PA à risque de situation de fragilité sociale ?	Interventions de réduction de la fragilité sociale ??????	Réduction des difficultés d'accès aux soins Facilitation accès aux dispositifs de prévention	Réduction des inégalités sociales d'accès aux soins ??	?
	3.3 Maintien de la mobilité : équilibre, marche, prévention des chutes		Augmentation offre et pratique d'une "activité physique adaptée" et de prévention des chutes	Réduction chutes, fractures, hospitalisations	Eviter l'aggravation des incapacités (prévention tertiaire)	PA fragiles cliniquement et en perte d'autonomie
	3.4 Dépression et prévention du suicide	améliorer diagnostic et prise en charge de la dépression	Réduire la fréquence du suicide Diminuer la dépression et la souffrance psychique	Réduire le risque d'augmenter les facteurs de fragilité en cas de dépression ???	Retarder l'entrée dans la dépendance par une intervention précoce (prévention secondaire)	
	3.5 Prévention et accompagnement des troubles sensoriels	Amélioration sensibilisation et dépistage des déficits visuels et auditifs	Augmentation appareillage	Amélioration de la qualité de vie : réduction des limitations fonctionnelles, maintien du lien social	Retarder l'entrée dans la dépendance par une intervention précoce (prévention secondaire)	
	3.6 Plan national pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées		Amélioration qualité des prescriptions Amélioration formation professionnels Réduction des prescriptions médicamenteuses	Réduction de iatrogénie médicamenteuse Amélioration de l'observance		
	3.7 Accompagnement préventif en EHPAD			Effets de toutes les bonnes pratiques précédentes déclinées en EHPAD	Retarder l'entrée dans la dépendance par une intervention précoce (prévention secondaire) ET Eviter l'aggravation des incapacités (prévention tertiaire)	
	3.8 Prévention de la perte d'autonomie en établissement de santé			Maintien de l'autonomie lors des épisodes d'hospitalisation	Retarder l'entrée dans la dépendance par une intervention précoce (prévention secondaire)	PA >75 ans
Les dispositifs	4.1 Les paniers de service				Catalogue de dispositifs mobilisables ou en expérimentation, non hiérarchisés ni articulés Objectif sous-jacent : développement d'une offre de dispositifs adaptés au parcours et au profil des PA fragiles et dépendantes	
	4.2 Les projets pilotes PAERPA					
	4.3 Les dispositifs d'accompagnement de la sortie d'hospitalisation					
	4.4 Les dispositifs d'accompagnement et la coordination des parcours : MAIA, CLIC, réseaux de santé					
La formation des professionnels	5		Renforcement des compétences professionnelles sur l'approche préventive	Amélioration de l'accompagnement préventif et de la capacité de prise en charge des PA		
La recherche	6.1 La recherche en gériatrie sur le vieillissement et la prévention de la perte d'autonomie (fiche vide)					
	6.2 Le groupement de recherche longévité vieillissement					

## Reconstitution du Schéma logique de la fiche 1.3 compte tenu des données disponibles dans le projet de PNPPA

Activités	Résultats immédiats	Impacts intermédiaires	Impacts intermédiaires	Impacts intermédiaires	Impact santé	Objectifs généraux en rapport avec autonomie
?? Actions spécifiques pour réduire l'obésité / le surpoids ??					Réduction de la prévalence de l'obésité chez les personnes âgées ??	Réduction des facteurs de fragilité clinique ??
Information : diffusion de brochures, actions collectives des caisses de retraites	Amélioration des connaissances des PA			Meilleure alimentation des PA		
Info et sensibilisation des prof	Amélioration des connaissances des professionnels santé et social	Changement de pratiques des professionnels	Délivrance de conseils diététiques au PA		Réduction de la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées	Réduction des facteurs de fragilité clinique
Formation des professionnels			Surveillance de l'état nutritionnel et dentaire	Amélioration de l'appareillage dentaire		
			Repérage précoce de la dénutrition	Prise en charge précoce de la dénutrition		
Actualisation des connaissances	développement de recherches sur les moyens d'actions les plus appropriés pour répondre aux différents objectifs de l'axe ...	Définition d'actions probantes pour réduire les ISS en matière de nutrition et d'activités physique ??? (par ex, cf 1er tiret de la mesure concernée)			?????	
<b>Exemples d'évaluations en rapport avec les différents niveaux de résultats</b>	Niveau de connaissance des PA sur la nutrition et le vieillissement / l'hygiène dentaire Niveau de connaissance des professionnels de santé et du social sur ...)	Evaluation des pratiques des professionnels (enquêtes)	Enquêtes sur les pratiques.	Baromètre santé élargi aux +75 ? ESPS ? ENNS ?	Prévalence obésité / dénutrition.	Fréquence de la fragilité clinique

## Reconstitution du Schéma logique de la fiche 2.4 compte tenu des données disponibles dans le projet de PNPPA

Activités de la fiche "Diagnostic habitat, aides techniques et adaptation du logement" (Issues des paragraphes "Objectifs" O1 à O9 et "Mesures" M1 à M10)	Résultats directs souhaités	Impacts intermédiaires	Impacts intermédiaires	Impacts intermédiaires	Impact santé	Objectifs généraux en rapport avec l'autonomie
O5 : Agir en amont avec les collectivités qui s'engagent dans des opérations d'adaptation des logements comprenant un volet « adaptation du logement à l'autonomie » afin de réduire le temps d'instruction des dossiers de demande d'aide M4 : Expérimenter puis développer des dispositifs visant à diminuer le temps d'instruction des demandes d'adaptation des logements : financement direct des OPAH, absence de GIRage, fléchage des sorties d'hospitalisation		réduction du temps d'instruction des dossiers de demande d'aide	Augmentation quantitative / amélioration de la qualité des actions pour l'adaptation des logts par les CARSAT	Augmentation du nb de logements adaptés : - bâti aux normes - équipements techniques - dispositifs de prévention (kits ?) Objectif 80 000 logts adaptés en 2017		
O2 : Assigner aux CARSAT des objectifs ambitieux pour l'adaptation des logements	dépendent du détail des mesures : ???	dépendent du détail des mesures : ???				
M9 : Elargir le panel des aides techniques proposées par la CNAV M6 ?? Participer à l'évaluation et à la diffusion des nouvelles aides techniques en intégrant le CNR Santé et en étant associé à ses travaux	Augmentation du spectre des adaptations possibles pour les bénéficiaires	??	Incitation des personnes âgées à réaliser les travaux d'adaptation du logement privé	Augmentation des demandes d'adaptation des logements privés (Aux caisses ??)	Amélioration qualité de vie : confort et sécurité des logements privés	
O1 : Travail partenarial renforcé et étroitement coordonné entre la CNAV et l'ANAH (ou la CNSA et l'ANAH ?) M1 : Convention de partenariat entre la CNSA et l'ANAH ??? M7 : Faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements CNAV en lien avec la prorogation jusqu'en 2017 du crédit d'impôt pour l'adaptation du logement ??	"Structuration" du financement de l'adaptation des logements au vieillissement Meilleur ciblage des bénéficiaires	??? Amélioration accessibilité au financement de l'adaptation des logements ?? ??				
O3 : Site internet et outils de communication : M3 Adapter site internet et outils de communication de l'Assurance retraite suite à analyse des freins et ressorts de l'adaptation au logt et à la mobilité résidentielle (focus groups)	Accès simplifié aux procédures de demande par internet ??? Accessibilité et lisibilité de l'information	Meilleure prise de conscience et connaissance des offres par les PA et les professionnels				
O4 : "Repérer les risques de rupture de parcours et mieux cibler les besoins urgents, par exemple lors des sorties d'hospitalisation, demandant une intervention rapide" Reformulation : repérage des situations de rupture (par qui ???) et prise en compte de ce signal (par les caisses ???)	Augmentation des signaux d'urgence (par qui ?) en direction (des caisses de retraite ?)	Gestion au cas par cas des situations de dégradations soudaines des capacités fonctionnelles ??? Meilleure connaissance par les caisses des situations de rupture les plus fréquentes	Mise en œuvre transitoire d'aides techniques en urgence au domicile ??? Programmation d'interventions d'urgence à un niveau territorial ???	Réduction des risques d'accidents en situation de transition Prévention en amont des situations de rupture les plus fréquentes ???	Allègement du fardeau des aidants Réduction de l'institutionnalisation en urgence	Favoriser le maintien à domicile en logement individuel ou en hébergement collectif
O6 : Actions de sensibilisation des évaluateurs des CARSAT à la précarité énergétique	dynamique d'entraînement entre les deux politiques (adaptation du logement, politique énergétique) et leurs outils respectifs	dépendent du détail des mesures : ???	??	??	??	
O7 : Conditionner le financement de la construction / rénovation de lieux de vie collectifs à la mise en œuvre en leur sein d'actions de prévention inter-régimes et à l'ouverture de ces structures vers l'extérieur M9 : Expérimenter de nouvelles conditions de financement des lieux de vie collectifs ??? M10 : Produire des préconisations avec l'INPES et l'inter-régimes pour permettre aux professionnels de développer et d'organiser des actions de vie sociale et de prévention de la santé dans les lieux de vie collectifs adaptés aux retraités, en lien avec les différents acteurs territoriaux	Incitation ??? vis-à-vis de la construction et la rénovation de lieux de vie collectifs ??? Incitation au développement d'actions de prévention ouvertes à l'extérieur lors de la rénovation des lieux de vie collectifs	???	Augmentation de la part du parc de logements en résidence autonomie ayant des activités de prévention Ouverture offre d'activités de prévention pour les personnes hors collectivité	Augmentation des activités de prévention dans les résidences autonomie Augmentation des activités de prévention pour les PA en domicile individuel	Augmentation ??? de l'offre de places en résidences autonomie adaptée ou réhabilitée ??? Stimulation et maintien des capacités cognitives et fonctionnelles des PA à domicile	
O8 : Développer un parc de logements adaptés en lien avec les bailleurs sociaux M8 : Accompagner les bailleurs sociaux dans leur stratégie d'adaptation des logements et dans le recensement des logements déjà adaptés, en lien avec l'Union sociale pour l'habitat	dépendent du détail des mesures : ???	??			Amélioration qualité de vie : confort et sécurité des logements sociaux prise en compte d'objectifs de résultats ???	
M2 : Organiser la fongibilité asymétrique de la ligne budgétaire « habitat & cadre de vie » des CARSAT avec les autres lignes des budgets d'action sociale ;	??	??			??	??
M5 : Mettre en œuvre un diagnostic habitat commun en lien avec l'ANAH, les prestataires habitat et les ergothérapeutes (référentiel commun permettant d'objectiver un diagnostic partagé des logements ainsi qu'un dossier d'aire unifié ANAH/CNAV) ;	???	??			??	??
<b>Exemples d'évaluations en rapport avec les différents niveaux de résultats</b>	. Evolution du temps moyen d'instruction des dossiers de demande d'aide dans les CARSAT . Evolution des différents temps de traitement	Evolution de la fréquentation du site internet Evolution de la part de PA en résidence autonomie + activités de prévention	Evolution du nombre de demandes d'adaptation soumises par internet . Evolution des interventions en urgence	% de logements adaptés (bâti, équipt, prévention) Evol nb de demandes d'adaptation % de PA inscrites aux activités de prévention "ouvertes" des résid auton		% de PA vivant à domicile individuel ou collectif



**Dr Jean-Pierre AQUINO**  
**Président du Comité Avancée en Age**  
Adresse professionnelle :  
Hôpital La Porte Verte  
6, avenue Franchet d'Esperey  
78000 Versailles

Versailles, le 27 janvier 2015

**Professeur Roger SALAMON**  
**Président**  
**du Haut Conseil de Santé Publique**

Monsieur le Président,

Suite à plusieurs contacts avec Régine LEFAIT-ROBIN et plus particulièrement à la réunion qui s'est tenue ce matin au HCSP, je me permets de vous solliciter au sujet du « Plan de prévention de la perte d'autonomie ».

Missionné, dès 2012, par les Ministres Mesdames Marisol TOURAINE et Michèle DELAUNAY pour présider le comité « Avancée en Age », j'ai remis, au Premier Ministre, Monsieur Jean-Marc AYRAULT, en mars 2013, un premier rapport « Anticiper pour une autonomie préservée ».

Actuellement, cette mission se poursuit et je dois remettre prochainement, à Madame Laurence ROSSIGNOL, un « Plan national de prévention de la perte d'autonomie ».

Ce Plan est destiné aux Conférences départementales des financeurs, prévues dans le cadre de la loi Autonomie. Aussi, je vous serais reconnaissant si vous acceptiez de procéder à une lecture critique du Plan sous l'angle de l'évaluation et d'en apprécier son évaluabilité.

En vous remerciant de l'attention que vous voudrez bien porter à ma demande,

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération.

