PERSONNES ÂGÉES

Comment prévenir la perte d'autonomie ?

Dossier réalisé par Adrien Renaud, Karen Ramsay, Lucile Perreau et Cloé-Ava Meininger

En 2030, 1 Français sur 3 aura plus de 60 ans, et les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 15 ans. Face à ce défi démographique et social, la prise en compte de l'autonomie des seniors s'avère essentielle. Programme Icope, protocoles, parcours de soins adaptés… Comment les CPTS accompagnent-elles le bien-vieillir et aident-elles à prévenir la perte d'autonomie ?

© LOUIS-PAUL PHOTO/STOCK.ADOBE.COM



Repérage précoce, outils, parcours fléchés… les CPTS passent en mode prévention

▶ Repérer les premiers signes de fragilité, adresser au bon professionnel ou à la structure concernée, accompagner le maintien à domicile, prévenir la perte d'autonomie… En tant qu'outil de coordination territoriale, les CPTS créent du lien entre les différents acteurs et aident à assurer leur articulation.

Mieux vaut prévenir que guérir. Un vieil adage, ô combien d'actualité, qu'on oublie souvent face aux obstacles à la mise en place d'une véritable politique de prévention : difficulté à prendre en compte le temps long, financements en berne, évolutions sociétales poussant à la sédentarisation… Reste que s'il est un enjeu qui devrait mobiliser toutes les énergies autour de la prévention, c'est bien la perte d'autonomie des personnes âgées : face à l'augmentation de la part des seniors, l'inaction n'est pas une option. L'action, elle, requiert une fine connaissance des territoires et des populations, un regard transversal sur les ressources disponibles… Autant de caractéristiques propres aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et qui leur confèrent un rôle particulier face aux enjeux du vieillissement.

D'abord, rappelons quelques chiffres. Selon l'Insee, la France compte aujourd'hui environ 15,3 millions de personnes âgées de plus de 65 ans – soit 22 % de la population. Et ils seront 16,5 millions dès 2030 (+7 %), 18,6 millions en 2040 (+21 %) et 20,2 millions en 2060 (+32 %)[1]. Une évolution démographique d'une population vieillissante dont les besoins de santé sont particulièrement importants : fin 2023, 9 % des plus de 65 ans bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), précise l'Insee. Alors que l'Assurance maladie recensait, en 2024, 7,3 millions de personnes de plus de 65 ans en affection de longue durée (ALD), soit la moitié de cette tranche d'âge.

Que peut faire la CPTS pour diminuer le fardeau présent et futur que ces chiffres représentent pour la population comme pour les soignants ? Premier constat : la prévention de la perte d'autonomie n'apparaît pas en tant que telle dans les six missions officielles des CPTS reconnues depuis 2019 *[accès aux soins, organisation des parcours, actions de prévention, crises sanitaires exceptionnelles, qualité et pertinence des soins, et attractivité du territoire, NDLR]*. Mais le sujet a toute sa place dans au moins deux d'entre elles : la mise en place de parcours pluriprofessionnels, d'une part, et le développement d'actions de prévention, d'autre part. *« C'est un sujet qui n'a pas été positionné d'en haut comme relevant des CPTS, et si elles s'en saisissent, c'est que cela vient du terrain,* constate Jean-François Moreul, président de la Fédération des CPTS (FCPTS). *Et ce que nous constatons au travers des enquêtes que nous menons, c'est qu'elles sont très investies : il s'agit de l'un des premiers thèmes qu'elles abordent et elles s'y attèlent par toute une série d'actions très différentes. »*

> **« La perte d'autonomie, c'est l'un des premiers thèmes qu'abordent les CPTS »**

Par exemple, le travail sur le sport-santé – l'inactivité physique étant l'un des principaux facteurs favorisant la perte d'autonomie –, les multiples initiatives en lien avec la prévention des chutes *(voir p. 30)*… ou encore le programme Icope (*Integrated care for older people, voir p. 27*).

ICOPE, UN OUTIL PRIVILÉGIÉ

Et la CPTS est un acteur particulièrement bien indiqué pour mettre en œuvre ce programme de santé publique de l'OMS, assure Jean Cassard, chargé de mission au sein du consortium Icope Pays-de-la-Loire. *« Bien qu'elles soient pour certaines assez récentes, les CPTS sont bien ancrées, elles ont une connaissance du territoire, de la population, des professionnels de santé et peuvent mener un dialogue avec les différents acteurs,* argumente-t-il. *De*

plus, comme ce sont des dispositifs pluriprofessionnels, cela leur permet de s'appuyer sur un pool de professionnels de santé, qui pourront mettre en œuvre Icope chacun à leur manière : infirmières libérales, médecins, kinés… »

De fait, Icope est souvent le premier sujet abordé lorsqu'on demande aux CPTS de présenter leurs activités en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. *« Nous cherchons à dépister le plus de personnes possible, et surtout à aller chercher les populations qui sont relativement éloignées du soin,* explique ainsi Florian Voinot, chargé de mission Icope à la CPTS Strasbourg (Grand Est). *Nous faisons beaucoup d'aller-vers, nous mobilisons les professionnels de santé qui sont installés en QPV* [quartier prioritaire de la politique de la ville, NDLR], *nous agissons en collaboration avec la municipalité et notamment avec les structures sport-santé… »*

Même son de cloche en Bretagne. *« Nous avons un groupe d'une dizaine de professionnels de santé (infirmières, kinés, sages-femmes…) qui viennent faire de la sensibilisation au dépistage Icope, par exemple sur les marchés, ce qui génère beaucoup d'auto-évaluations "step 1"*[2], explique Christophe Guyon, infirmier libéral à Ploudalmézeau et président de la CPTS Iroise. *Et nous avons quatre infirmières libérales qui gèrent les alertes générées par ces dépistages, qui rappellent les personnes et cherchent à les orienter vers un parcours adapté. »*

En matière de dépistage des fragilités, l'enjeu principal consiste à toucher des publics qui, par définition, ne sont pas encore entrés en dépendance et ne perçoivent donc pas l'urgence d'agir. *« Notre cible, ce sont de jeunes seniors, qui ne se sentent pas forcément concernés »,* souligne Florian Voinot. Et ce dépistage est une activité qui, par nature, incite les professionnels de santé à sortir de leur cabinet. *« Notre biais, en tant que soignants, c'est que nous avons tendance à tester les gens que nous voyons dans notre activité quotidienne,* constate Christophe Guyon. *C'est pourquoi nous devons aller chercher des gens qui ont l'air de n'avoir aucun problème de santé. »* Sans pour autant omettre, évidemment, de détecter d'éventuelles fragilités lors de l'activité quotidienne au cabinet. Un aspect essentiel pour Sophie Schreck, kinésithérapeute et présidente de la CPTS de l'Hautil (Île-de-France). *« Les kinésithérapeutes ont obtenu un acte conventionné sur le repérage depuis le 1er septembre »,* se félicite-t-elle, rappelant qu'ils peuvent désormais facturer un nouvel acte dédié au repérage de la fragilité chez les personnes âgées de 70 ans ou plus. *« Cela peut être fait pour des patients qui viennent nous voir pour une fracture d'épaule, par exemple, et qui ne sont donc pas forcément en perte d'autonomie »,* indique la soignante francilienne.



© KIROLLOS/STOCK.ADOBE.COM

DU DÉPISTAGE AU PARCOURS

Ce dépistage des fragilités n'est qu'une première étape dans la prévention de la perte d'autonomie. Car une fois les alertes identifiées, il s'agit de faire entrer la personne dans un parcours qui permettra de

Vous avez dit « Icope » ?

Icope est un programme de prévention de la dépendance mis au point par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui se fonde sur la surveillance régulière de neuf domaines définis comme *« essentiels au vieillissement en bonne santé »* : la mémoire, la nutrition, la vision, l'audition, la psychologie, le soutien social, le soutien aux aidants, la mobilité et la continence urinaire. Il cible des seniors autonomes, dès l'âge de 60 ans : ceux-ci sont invités à évaluer périodiquement ces neufs domaines *via* des outils numériques, seuls ou avec l'aide d'un tiers (« step 1 »). En fonction des fragilités éventuellement détectées lors de cette étape, une évaluation approfondie (« step 2 ») peut être réalisée par un professionnel de santé formé. Celle-ci aboutit à l'élaboration d'un plan personnalisé de soins et l'entrée dans un parcours de soins adapté (sport-santé, ateliers nutrition, etc.) visant à retarder l'entrée dans la dépendance.

QUESTIONS À



© A.-L.C.

À ANNE-LAURE CHAVIGNY

infirmière et coprésidente de la CPTS Sud 28

« En collaborant avec les pompiers, les demandes de relevage ont diminué sur notre territoire »

La CPTS Sud 28 (Centre-Val de Loire) collabore avec le Service départemental d'incendie et de secours (Sdis) d'Eure-et-Loir pour prendre en charge les personnes âgées victimes de chutes ayant fait appel aux pompiers. Comment est né ce partenariat ?

Je suis pompier volontaire au sein de la caserne de ma ville et j'ai constaté que nous étions appelés assez régulièrement pour aller relever des gens qui étaient tombés : on se rend chez la personne, on l'aide, on constate qu'elle va bien, on repart. Et je me disais qu'il n'était pas possible que rien ne soit fait derrière : bien des choses pourraient être mises en place si le médecin traitant ou les travailleurs sociaux étaient mis au courant de cette chute, ne serait-ce que la simple pose d'une barre de maintien dans les toilettes pour éviter la chute. C'était avant le Covid, mais j'étais déjà investie dans la CPTS, et avec notre médecin-chef, David Poubel, nous avons décidé de faire une petite expérience.

En quoi consistait cette expérience ?

On a sélectionné une dizaine de communes rattachées à un centre de secours : le service santé du Sdis nous envoyait chaque semaine, sur une plateforme sécurisée, la liste des gens qu'ils avaient relevés sur ce territoire. Une fois qu'on avait les noms, on informait le médecin traitant de la chute et on demandait de faire une consultation à ce sujet. On s'est vite rendu compte qu'une partie de ces chutes étaient dues à la mauvaise observance d'un traitement, ou à deux ordonnances de médecins différents qui se complétaient mal…
On a donc mis en place des pochettes, avec les traitements à jour, pour que les informations ne soient pas perdues lors d'hospitalisations, à l'entrée ou à la sortie. On a aussi systématiquement alerté le travailleur social du secteur, qui pouvait ainsi faire une visite de prévention si la personne n'était pas connue, ou une visite de mise à jour si elle l'était. On a aussi collaboré avec nos enseignants en activité physique adaptée. Au bout d'un an, on s'est rendu compte que les gens ne rechutaient plus.

L'initiative a été généralisée ?

Oui, nous travaillons désormais à l'échelle de l'ensemble de la CPTS, ce qui représente dix fois plus de centres de secours, d'habitants et de professionnels de santé concernés. Cela fait deux ans et demi que nous suivons ce protocole en prévention secondaire. Nous avons ajouté de la prévention primaire, pour agir avant la chute, en demandant à tous les professionnels de santé de nous alerter sur les patients à risque. Et depuis un an, nous faisons de la prévention tertiaire : l'hôpital de Châteaudun nous alerte sur les patients entrés pour chute ou à risque de chute lors du retour à domicile.
Aujourd'hui, nous constatons que les relevages ont diminué sur notre territoire, alors qu'ils augmentent sur l'ensemble du département.



© IDEACENA/STOCK.ADOBE.COM

Quels sont les moyens mis en œuvre pour obtenir ces résultats ?

Ce sont essentiellement des outils de communication sécurisés, et l'embauche d'une chargée de mission pour la coordination du parcours, l'envoi des alertes aux médecins traitants, la gestion des pochettes et la communication. Pour le reste, chacun est dans son rôle propre.
Il faut également compter les enseignants en activité physique adaptée, qui travaillent essentiellement avec deux entrées : les patients à risque de chute et les malades chroniques.

Envisagez-vous une extension de cette expérience ?

Nous avons présenté ce parcours aux Journées nationales des CPTS en 2025, et beaucoup de CPTS nous ont contactés pour en savoir plus. Nous avons également pu le promouvoir lors des Journées santé des Sdis. Pour l'instant, notre objectif est de l'étendre à tout le département ainsi qu'à une partie du Loiret avec le Sdis 45, car notre CPTS inclut un canton situé dans ce département.

Que faudrait-il pour aller plus loin ?

C'est quelque chose qui pourrait être adapté au niveau national. Nous avons tenté d'écrire un « article 51 » pour obtenir un financement pérenne, notamment pour le financement des enseignants en activité physique adaptée, qui n'est pas évident : on ne sait jamais si on pourra les conserver d'une année sur l'autre, en fonction des appels à projet. Nous sommes convaincus que c'est un parcours qui est pertinent, car il est plein de bon sens.

+29,3 %

C'EST LA HAUSSE DU TAUX D'HOSPITALISATION DE PERSONNES ÂGÉES LIÉE À UNE CHUTE ENTRE 2019 ET 2024.
SOURCE : SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

prendre en charge sa problématique. Et c'est souvent là que commencent les difficultés. *« On se rend compte qu'il est assez difficile d'orienter ce type de personne,* constate Julien Boehringer, infirmier libéral, président de la CPTS Strasbourg et président de l'URPS infirmiers libéraux du Grand Est. *On a des parcours pour les personnes dépendantes, ou en voie de l'être, avec des prises en charge à domicile, etc. Mais pour les personnes qui commencent tout juste à avoir des pertes de mobilité ou des pertes de mémoire, il faut des dispositifs permettant d'accueillir sans pour autant que cela soit gériatrique. »*

L'orientation de ce public particulier est certes complexe, mais les organisations territoriales regorgent d'idées ! *« Au sein de la CPTS de l'Hautil, une commission se réunit régulièrement au sujet des patients sans médecin traitant,* explique Sophie Schreck. *Lors de ces réunions, on essaie de trouver rapidement une solution pour tous ceux qui ont eu des alertes. »*

De même, la CPTS dispose d'une liste de patients en recherche de soins de kinésithérapie, pour lesquels le même principe s'applique, poursuit la présidente de la CPTS, qui indique réfléchir à étendre ce dispositif aux orthophonistes et aux diététiciennes-nutritionnistes du territoire. Sans compter que la CPTS a également une liste d'ateliers vers lesquels orienter les personnes en fonction des besoins : activité physique adaptée, prévention des chutes, mémoire...

FACILE COMME FASSIL

À la CPTS du Sud toulousain, une approche particulièrement volontariste a été mise en place pour apporter aux personnes ayant une ou plusieurs fragilités les réponses dont elles ont besoin : le programme de prévention Fassil, pour prévention « financée par des assureurs santé solidaires et avec des interventions sur le long terme ». *« Tout commence par une conférence sur le dispositif Icope, à laquelle sont conviées des personnes orientées par un professionnel de santé ou* via *une communication au niveau de la commune,* précise Axel Loxq, enseignant en activité physique adaptée et chargé de mission au sein de la CPTS. *Lors de cette conférence, on accompagne les personnes à réaliser le "step 1" d'Icope et on les recontacte par la suite, si besoin, pour une série d'interventions en activité physique adaptée et en nutrition, à raison d'une séance hebdomadaire sur six mois pour des groupes de 8 à 12 personnes. »*

Financé sur le principe du mécénat par une complémentaire santé, le programme Fassil vient de clôturer sa troisième année, et couvre désormais 7 des 47 communes de la CPTS du Sud toulousain. Et les résultats sont tangibles. *« Sur les 39 personnes qui l'ont suivi de bout en bout cette année, 87 % étaient hors des normes du Programme national nutrition santé lors de l'évaluation initiale, et une majorité déclarent désormais les respecter,* rapporte Axel Loxq. *Et plus des deux tiers disent avoir réduit leurs habitudes sédentaires... »*

Reste que pour pouvoir orienter les personnes identifiées comme fragiles vers le bon acteur, il est nécessaire de connaître de manière très fine l'offre disponible. C'est pour cela que les CPTS s'attachent à cartographier leur territoire. *« La CPTS Iroise a développé un annuaire interne numérique des ressources en santé – Piveo – qui offre une granularité très fine,* indique Christophe Guyon. *C'est un outil collaboratif et nous pouvons nous-mêmes entrer nos propres informations, si bien que si l'on fait une requête du type "Icope cognition" ou "Icope nutrition", on aura toutes les ressources disponibles. »*


© YULIIA/STOCK.ADOBE.COM

À Strasbourg, la démarche est la même. *« La CPTS Strasbourg est urbaine, ce qui est une richesse... »,* remarque Julien Boehringer. Mais la conséquence, *« c'est que les professionnels de santé ne connaissent pas l'ensemble des acteurs ».* C'est pourquoi

« Les CPTS ont dans leur ADN cette propension à travailler avec l'ensemble des acteurs de leur territoire, du DAC à la gériatrie hospitalière »

Une pluie d'initiatives et de rapports

Les pouvoirs publics et les parlementaires sont actifs en matière de prévention de la perte d'autonomie… du moins si l'on en juge par la production de plans, d'outils de communication et de rapports en tous genres. Notamment le Plan antichute lancé en 2022, qui visait à réduire de 20 % le nombre de décès et les hospitalisations liés à des chutes, et qui n'a malheureusement pas été évalué. Une consultation sur le thème du « bien-vieillir » a également été menée jusqu'au mois de septembre dernier sur la plateforme publique Agora. Le site « pourbienvieillir.fr », qui rassemble toute une série d'informations pratiques à destination des seniors, est quant à lui souvent mis en avant par les autorités sanitaires.



© INFINITEFLOW/STOCK.ADOBE.COM

Si les CPTS n'apparaissent, dans le meilleur des cas, qu'à la marge de ces différentes initiatives, elles se trouvent au premier plan du rapport réalisé, sur commande du ministère de la Santé, par six hospitaliers sur les parcours alternatifs aux urgences, et remis à Catherine Vautrin au mois de juillet dernier*. Ce document identifie le vieillissement comme *« la problématique principale à laquelle les urgences sont confrontées »*. Sa première recommandation consiste à confier aux CPTS *« le fonctionnement opérationnel »* d'un *« projet territorial pour la personne âgée »*. Mais aussi de *« missionner les CPTS sur la coordination des parcours des patients fragiles en y créant des cellules de coordination ville-hôpital-médico-social »*.

* « Alternatives et aval : ou comment le système de santé peut-il prendre le virage du vieillissement de la population et des polypathologies », Nabil El Beki, Laurence Laignel, Olivier Mimoz, Christophe Schmitt, Arnaud Vanneste, Jean-Marie Woehl, mai 2026

Quelle place dans l'« article 51 » ?

30 385, c'est le nombre de bénéficiaires concernés par une expérimentation « article 51 » portant sur les situations cliniques en lien avec le vieillissement, précise le dernier Rapport au Parlement du dispositif publié en août dernier. Une thématique qui figure dans les 12 principaux types de prise en charge en termes de bénéficiaires cibles. Zoom sur deux expérimentations qui – hormis le programme Icope développé au cours de ce dossier – portent sur la perte d'autonomie.


© R PHOTOGRAPHY/STOCK.ADOBE.COM

• Drad : lancé en 2020 et porté par la Croix-Rouge française, l'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve et la Mutualité française, le « dispositif renforcé d'accompagnement au domicile », a été généralisé en janvier 2025 avec le déploiement des centres de ressources territoriaux. Objectif : offrir aux personnes âgées dont l'état de santé ou la perte d'autonomie pourrait nécessiter une admission en Ehpad la possibilité de rester chez elles, grâce à une coordination des différents professionnels et structures intervenant à domicile.

• Vigie-Âge : expérimentée en Île-de-France et en Centre-Val de Loire, le dispositif propose un parcours de télésurveillance avec, si besoin, une intervention à domicile d'une équipe pluriprofessionnelle. Combinant télésurveillance et accompagnement gériatrique, il repose sur un parcours médical et médico-social collaboratif – proposé par une équipe de santé pluripro (hospitalier, Ssiad et infirmières) – visant à *« identifier et anticiper les épisodes de dégradation de l'état de santé du patient »*.

« le premier travail qui a été fait, c'est un annuaire gériatrique », ajoute Florian Voinot, son collègue. Ce qui permet de lister des partenaires auxquels on ne penserait pas forcément : France Victimes si l'on soupçonne, au détour d'une visite à domicile, qu'une personne peut subir des abus, France Alzheimer pour une expertise poussée, le dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour les situations complexes…

ÊTRE OU NE PAS ÊTRE… EFFECTEUR

Ce souci de cartographier les partenaires souligne le fait que, bien que centrales dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, les CPTS ne peuvent pas toujours opérer toutes seules. Parce qu'elles ne sont pas effectrices de soins mais sont là pour coordonner les actions. *« Ce sont les professionnels de santé qui sont effecteurs, les CPTS, elles, font une mise en relation, un adressage »*, rappelle Jean Cassard. Une situation qui ne posait pas de problème particulier lorsque Icope relevait du dispositif « article 51 » et était donc financé comme un projet. *« Avec l'entrée dans le droit commun, le "step 1" n'est plus indemnisé, et nous sommes dans l'attente d'une décision pour le "step 2" »*, précise le Ligérien, qui espère qu'au gré des négociations conventionnelles, certaines évaluations disposeront d'une cotation, à l'image de celle obtenue par les kinésithérapeutes pour le « step 1 ».

Un souhait partagé par Benjamin Le Fustec, chargé de mission Animation territoriale au gérontopôle des Pays-de-la-Loire, qui rassemble 250 structures de la région autour du grand âge. *« Nous sommes bloqués par l'absence de financement des "steps 2" au niveau de la médecine de ville »*, regrette-t-il, constatant que si la région *« cumule les alertes en "step 1" »* et dispose d'une *« filière hospitalière structurée pour les personnes de plus de 70 ans avec plus de trois fragilités »*, il y a, entre les deux, un hiatus avec *« de nombreuses personnes qui ne sont pas accompagnées »*.

En attendant une éventuelle évolution réglementaire, certaines CPTS



© UP/STOCK.ADOBE.COM

parviennent à financer leurs actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées sur leurs fonds propres. « *Quand un professionnel de santé participe à des actions de repérage, il n'est pas indemnisé au temps passé, ni au nombre de "steps 1" ou de "steps 2" réalisés, mais pour sa participation au projet,* justifie Sophie Schreck. *Certes, il s'agit de faire des repérages mais aussi de participer à des réunions, des actions de coordination… C'est beaucoup plus large.* »

Reste que la question de l'effection de soins par les CPTS, qui dépasse largement le cadre de la prévention de la perte d'autonomie, fait émerger une nécessité vitale : sur ce sujet, comme sur bien d'autres, le propre des CPTS réside dans le partenariat, le lien avec les autres acteurs, qu'il s'agisse de l'hôpital, des collectivités territoriales, des professionnels du médico-social… Les DAC, par exemple, ont l'habitude de travailler avec les CPTS. « *Elles font partie de notre gouvernance et nous avons des liens avec elles au quotidien,* explique Jean-François Conrad, médecin directeur d'Appui santé Bretagne et vice-président de la Fédération nationale des acteurs de la coordination en santé (Facs nationale), qui représente notamment les DAC. L'horizon, assure-t-il, est de parvenir à la construction de véritables filières. « *C'est ce que nous avons réussi à faire il y a maintenant plus de sept ans sur notre territoire,* se félicite-t-il. *Quand on parvient à intégrer l'ensemble des établissements sanitaires, des établissements médico-sociaux, des CPTS, cela change tout : on partage les informations, les bonnes pratiques. Si un atelier marche bien à tel endroit, on peut le répliquer ailleurs, par exemple…* »

Cette vision de filière est également celle que développe Benjamin Le Fustec. « *Les CPTS ont dans leur ADN cette propension à travailler avec l'ensemble des acteurs de leur territoire, du DAC à la gériatrie hospitalière* », constate-t-il. Reste un horizon, qui limite la capacité d'action des CPTS sur ce sujet comme sur tant d'autres : l'interopérabilité des systèmes d'information. « *Le lien partenarial est une mission bien saisie par les CPTS, l'interconnaissance se fait bien, mais les systèmes d'information ne permettent pas toujours de suivre un patient sur tout un épisode de soin, sur tout un parcours,* déplore Jean-François Moreul. *On a des outils, mais ils sont éclatés… Grâce aux CPTS, les acteurs se parlent mieux. Il faut désormais qu'ils travaillent mieux ensemble.* »

« Les systèmes d'information ne permettent pas toujours de suivre un patient sur tout un épisode de soins, sur tout un parcours »

1. « Projections de population à l'horizon 2070 : une population plus âgée qu'en 2026, et probablement moins nombreuse », Insee, juin 2026
2. Voir concourspluripro.fr, 24 juillet 2025

PAROLES D'ACTEURS



- **En Nouvelle-Aquitaine, la CPTS Côte Sud Landes propose un guide virtuel sur la perte d'autonomie aux professionnels du territoire.**
- **À Paris, Pari3S sécurise les retours à domicile des plus de 75 ans en renforçant la coordination entre la ville et l'hôpital.**
- **En Centre-Val de Loire, une chambre des erreurs mobile pour repérer et conseiller.**

NOUVELLE-AQUITAINE

« Le Padlet, un espace collaboratif autour de la perte d'autonomie »

Tout commence par un constat : sur le territoire de la CPTS Côte Sud Landes, *« plus d'un quart de la population a plus de 65 ans... dont 18 % ont entre 65 et 79 ans »*, soit 2 % de plus qu'au niveau régional. *« Et l'indice de vieillissement est particulièrement élevé »*, appuie Océane Vanweydeveld, chargée de communication au sein de la CPTS. Dès 2024, un groupe de travail se penche alors sur l'augmentation du vieillissement de la population combinée à la polypathologie. Une thématique qui engendre des préoccupations *« majeures »* concernant la perte d'autonomie, le risque de chute et ses conséquences.

C'est dans cette lancée que la CPTS organise, en janvier 2025, une conférence présentée par une gériatre du centre hospitalier de Dax. *« L'objectif était d'informer les médecins des ressources à leur disposition,* contextualise Lise Haurieu, chargée de projet à la CPTS. *Six mois plus tard, le groupe de travail – composé d'infirmières, de gériatres, de kinés et de podologues – s'était un peu essoufflé, faute de temps. À mon arrivée, l'une de mes missions a été de mettre en forme ce sur quoi ils avaient travaillé. »* C'est ainsi que se dessine la première version du « Guide territorial de prévention de la perte d'autonomie et du risque de chutes des personnes âgées ».

UN FORMAT « ADAPTÉ » AUX PROFESSIONNELS

Dans ce guide figure *« la liste des professionnels de santé de premier et de second recours et leur rôle dans le parcours des patients»,* reprend Océane Vanweydeveld. Mais aussi les outils, les acteurs, les ateliers et les dispositifs de prise en charge sur le territoire. Très vite, les retours des professionnels de santé s'avèrent positifs. Seul bémol : la forme du guide. *« On nous a fait remarquer qu'un format interactif serait plus adapté pour mettre à jour les informations et ajouter de nouvelles ressources. »*

L'équipe se lance alors dans la création d'un Padlet, *« un espace numérique qui permet de télécharger, organiser et partager du contenu sur des tableaux d'affichage virtuels »*, explique Lise Haurieu. Une alternative qui permet aux ressources proposées par la CPTS d'être facilement et rapidement mises à jour. *« Pour le moment, on construit le guide pour qu'il soit lisible, ça nous prend un peu de temps, donc il n'est pas encore disponible pour les professionnels de santé »*, complète Océane Vanweydeveld. Objectif : juin 2027. *« Pour que ce soit au même moment que l'événement sur la perte d'autonomie que nous sommes en train d'organiser »*, sourit Lise Haurieu. ●



© L.H.

LISE HAURIEU,
chargée de projet



© O.V.

OCÉANE VANWEYDEVELD,
chargée de communication

ÎLE-DE-FRANCE

Avec Pari3S, « un triple lien CPTS-hôpital-DAC » pour réduire les réhospitalisations


CRÉDIT PHOTO

JEANNE GISPERT, médecin généraliste

Lancé en 2019, le Parcours intégré de santé et de soins des seniors (Pari3S) est un projet de prévention de l'autonomie et de la santé des personnes âgées, porté par les CPTS Paris 13 et Paris 14, ainsi que par leurs partenaires hospitaliers, associatifs, du médico-social : DAC Nexumea, un Ehpad... *« C'est le nom donné à notre projet "article 51" Incitation à une prise en charge partagée* [Ipep] *et qui nous permet d'innover sur les modalités de financement »,* révèle Jeanne Gispert, médecin généraliste et coprésidente de la CPTS Paris 13.

Pour bâtir ce projet, les professionnels du territoire ont fait le choix de se réunir en séminaire afin de déterminer les orientations et les modalités du projet. *« De là, deux grands axes se sont dégagés : développer, avec notre propre base de données, le programme Icope et mettre en place un parcours de prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans »,* précise la médecin installée à la MSP Maryse-Bastié.

ENTRÉE ET SORTIE !

Pari3S vise à sécuriser les retours à domicile, mais aussi l'adressage à l'hôpital. *« C'est une sorte de double sécurité entre l'entrée et la sortie pour essayer de limiter au minimum les ruptures de parcours et les pertes de chance »,* précise la médecin. *« Sur ce travail des parcours, nous* [les acteurs de ville et les hospitaliers de Cochin, Broca, La Pitié-Salpêtrière, Paris Saint-Joseph, NDLR] *nous connaissons très bien, cela fait longtemps que nous travaillons ensemble, entre autres* via *les filières gériatriques. »*

Une sécurisation des sorties des urgences – par le service d'accueil (SAU) ou l'hospitalisation de courte durée (UHCD) – a été mise en place dans les hôpitaux de La Pitié-Salpêtrière et Cochin *« pour tout patient de plus de 75 ans vivant dans le XIIIe ou le XIVe arrondissement »,* précise Jeanne Gispert.

Après presque trois ans de fonctionnement, le dispositif a permis de prendre en charge plus de 350 patients. Le parcours consiste à repérer le patient de plus de 75 ans dans les SAU et UHCD. Ensuite, la personne référente de la coordination de l'équipe mobile de gériatrie envoie une demande *via* un outil informatique sécurisé (messagerie sécurisée) à la Passerelle 13-14*. *« Le coordinateur de la Passerelle va pouvoir créer sur Santélien (outil de coordination de l'ARS Île-de-France) le dossier du patient, y mettre le cercle de soins (recherché systématiquement), les acteurs de coordination de la Passerelle et de Pari3S et tous les documents adressés par l'hôpital. »*

Une fois la demande reçue, le dossier créé et les documents déposés, la Passerelle recherche – après avoir vérifié auprès du patient qu'il n'en avait pas – une infirmière sur le territoire proche du domicile du patient disponible pour réaliser une consultation de coordination à domicile.

D'ailleurs, un groupe d'infirmières s'est volontairement inscrit au dispositif : *« L'infirmière se déplace pour évaluer le patient et le domicile, s'assurer de la compréhension des recommandations des collègues hospitaliers (prochains rendez-vous, nouveau traitement, nécessité de prise de sang...). L'idée est de vérifier que la situation semble pérenne et comprise, mais aussi d'aider en cas de besoin et de déclencher une aide médico-sociale si nécessaire. En effet, si la situation n'est pas connue du DAC et que l'hôpital ne l'a pas signalée, nous effectuons le signalement vers le dispositif d'appui à la coordination, au travers d'un formulaire pour l'accueil et l'orientation des personnes âgées (Famo),* indique Jeanne Gispert. *Cela nous permet de considérer le patient dans sa globalité médicale et médico-sociale, de travailler ensemble, de ne pas faire de doublon, de s'assurer qu'il y a un médecin traitant et qu'il est inclus dans le suivi. »*

Une fois que l'infirmière s'est rendue au domicile pour l'évaluation, elle réadresse la fiche à la Passerelle, qui la transmet à l'hôpital, qui l'ajoute à son dossier hospitalier pour assurer le suivi. *« Avec nos collègues de l'équipe mobile de gériatrie de la Pitié-Salpêtrière, nous appelons conjointement les patients à J15 et à J30 pour s'assurer de la bonne mise en place de la coordination, de l'absence de réhospitalisation et d'autres événements. »* Et *« cela fonctionne bien »,* ajoute la médecin. *« Le dispositif permet un triple lien : CPTS-hôpital-DAC... qui a, entre autres, pour objectif une réduction des réhospitalisations et qui a permis une interconnaissance précieuse et une capacité de réactivité en période de crise sanitaire dans les sorties de patients de plus de 75 ans des SAU de notre territoire. »* ●

* Voir concourspluripro.fr, 6 octobre 2026

CENTRE-VAL DE LOIRE

La chambre des erreurs, « un outil immersif » pour prévenir les chutes

Du concept des chambres des erreurs installées en milieu hospitalier, l'URPS masseurs-kinésithérapeutes libéraux Centre-Val de Loire en a fait une initiative libérale. L'idée, que Mickaël Duveau Hoarau, kiné à Orléans, soumet en 2023 à l'URPS, est de recréer des espaces de vie *« pour montrer tout ce qu'il ne faut pas faire, mais aussi de les rendre transportables pour pouvoir intervenir au plus près des personnes concernées »*, explique Morgan Colas, président de l'URPS. La Maison de Maurice était née.

En pratique, cette chambre des erreurs mobile – composée de trois pans qui reproduisent les espaces de vie de la personne âgée (salon, chambre et salle de bains) – permet de sensibiliser aux risques de chutes au quotidien. Chaque pièce comporte des *« erreurs »* qui peuvent provoquer des chutes. Charge ensuite à la personne âgée ou au futur senior, au professionnel de santé ou à l'étudiant en santé de repérer à la fois les facteurs de risque mais aussi ceux qui favorisent un bon vieillissement. *« Il y a plus d'une cinquantaine d'erreurs,* sourit Morgan Colas. *L'outil est immersif, donc on "entre" dans la Maison de Maurice et on navigue de pièce en pièce. Et l'idée, c'est de pouvoir discuter, en groupe, des différents éléments. Une étude* a montré que chacun repère les éléments en fonction de son propre domaine d'expertise ou de son vécu. Par exemple, en voyant le chat allongé sur le tapis, certains vont estimer que c'est un facteur de risque alors que d'autres évoqueront plutôt un lien social... »*

Ces facteurs de risque sont répartis en cinq grandes catégories : troubles cognitifs, troubles sensoriels, iatrogénie, nutrition, activité physique et sédentarité.

307 KINÉS FORMÉS

En lien avec l'axe 1 du plan antichute ministériel présenté en 2022, « Savoir repérer les risques de chutes et alerter », et fruit d'une convention entre l'Équipe régionale Vieillissement et de maintien de l'autonomie (ERVMA), la fédération régionale des associations en promotion sociale (Fraps) et l'URPS, cet outil de simulation est mis à disposition gratuitement de toute structure professionnelle, association, mairie... *« L'idée, c'est que chaque département de la région ait son propre exemplaire »*, précise celui qui est également membre de la CPTS Ouest Loiret. Un projet financé initialement sur les fonds propres de l'URPS Centre-Val de Loire avant de bénéficier d'un financement de l'ARS *via* le plan antichute, qui a permis de dupliquer le dispositif. Aujourd'hui, l'outil a dépassé les frontières de la région : l'URPS kinés Auvergne-Rhône-Alpes l'a déjà dupliqué et la Normandie devrait bientôt suivre...

En France, un tiers des personnes âgées chutent chaque année, note l'URPS sur son site. Et le Plan national antichute vise à les réduire de 20 % en trois ans. Notamment en misant sur la formation au repérage des fragilités. À travers la plateforme de la Fraps, les kinés volontaires peuvent se former, pendant deux heures, pour assurer l'animation d'ateliers de sensibilisation sur le lieu d'exercice du professionnel de santé, dans les lieux de vie des personnes âgées, au sein des collectivités territoriales, sur des stands d'exposition grand public... À ce jour, 307 kinés ont pris la casquette d'animateurs pédagogiques. En un an, les 40 ateliers organisés dans le cadre de la Maison de Maurice ont permis de toucher près de 1 200 personnes. ●



© URPS MKL CVL

Morgan Colas et Laurie Gillet, président et cheffe de projet à l'URPS MKL CVL

* « La maison de Maurice : une chambre des erreurs mobile pilote pour sensibiliser sur la chute de la personne âgée », Mickaël Duveau Hoarau, et al., *La Revue de gériatrie*, février 2024

EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

Le défi de la perte d'autonomie

PAR JEAN-MICHEL CHABOT, professeur de santé publique

► Au-delà du cadre biomédical, des aspects sociaux, psychologiques et environnementaux doivent être pris en compte pour appréhender, dans sa globalité, la question de la perte d'autonomie.

Voilà plus de trente ans, l'OMS alertait sur le défi qu'allait devenir pour les pays développés la prise en charge des maladies chroniques. C'est aujourd'hui devenu un truisme. Mais ce premier défi – qui reste de pleine actualité – s'est doublé d'un corollaire, trop longtemps négligé et qui justifie une individualisation. C'est le défi de la perte d'autonomie des sujets vieillissants et des conséquences que cela entraîne. En France, la question est abordée sous l'aspect démographique, soutenue par l'image assez parlante, et largement reprise dans les médias, d'une inversion de la pyramide des âges (les sujets âgés étant désormais plus nombreux que les jeunes). Une image initiée par une baisse régulière du nombre des naissances, en dépit de l'immigration de populations jeunes et par la prolongation de la vie aux âges les plus avancés.

Ce phénomène n'est pas propre à la France. Il concerne prioritairement l'ensemble des pays de la vieille Europe et plus généralement la quasi-totalité des pays développés. Et justement, alors que le vieillissement des populations et les conséquences délétères qui en découlent pourraient avoir des impacts sociétaux encore méconnus, les résultats d'une étude[1] menée à l'échelle de six pays européens ont été publiés en août dernier. Près de 12000 sujets adultes de 18 ans et plus ont été interrogés en Allemagne, France, Italie, Espagne, Belgique et Pays-Bas et constituaient des échantillons représentatifs en termes d'âge, de sexe, de catégorie socioprofessionnelle, de région de résidence et de revenus.

UN SUJET TABOU

L'étude confirme la perception largement répandue d'une marginalisation sociale des personnes âgées, avec une dévalorisation dénoncée par plus de deux tiers des personnes interrogées et le constat fait par près de la moitié des échantillons que le vieillissement reste une sorte de sujet tabou insuffisamment abordé. Les contraintes liées au mode de vie et l'isolement social constituent des préoccupations majeures, soulignant que l'anxiété liée au vieillissement dépasse le seul cadre biomédical. Et pour faire face à l'isolement ou à la perte d'autonomie, 70 % des personnes interrogées prévoient de compter principalement sur le soutien de leur famille, ce qui doit alerter sur l'impréparation actuelle des dispositifs sociaux et des pouvoirs publics.

L'étude révèle aussi une aspiration importante aux approches préventives. Ainsi, plus de 8 sur 10 des personnes interrogées étaient disposées à se soumettre à des examens de santé préventifs pour anticiper les maladies liées à l'âge, 74 % seraient prêtes à modifier sensiblement leur mode de vie et 60 % seraient ouvertes à l'utilisation d'objets connectés pour un suivi continu de leur état de santé. Cette aspiration massive n'est guère surprenante, le vieillissement étant le principal facteur de risque de la plupart des maladies chroniques (et cibler ses mécanismes biologiques fondamentaux offre la perspective d'allonger l'espérance de vie en bonne santé et de réduire la morbidité).

Pour finir, deux « pépites » issues de la presse médicale internationale. D'abord, une publication[2] dans *The BMJ,* qui appelle à une refonte du National Health Service (NHS) britannique, en s'appuyant et en s'inspirant précisément du vieillissement de la population : prévention au quotidien, bien sûr, et réorganisation des équipes soignantes et sociales... En quelques lignes, tout est dit !



© MANASSANANT/STOCK.ADOBE.COM

Ensuite, une publication par une équipe de Duke University, « Aging Game », dans le *Jama* de 1989, avait marqué à l'époque… mais reste de pleine actualité. Il s'agissait d'un programme de simulation qui permettait aux étudiants de mieux éprouver (eux-mêmes) les conséquences du vieillissement dans la vie quotidienne. Par divers appareillages qui provoquaient différents déficits sensoriels (vision, audition, etc.) ou sensitifs ou bien moteurs (enraidissement des articulations...). Les étudiants passés par ce programme montraient par la suite une compétence améliorée pour prendre en charge les personnes âgées en souffrance. CQFD. ●

1. « Healthy aging and geroscience : aligning European public expectations with prevention-first policy », Antoine Piau et Bruno Vellas, *The Journal of Nutrition, Health and Aging,* août 2026
2. « Scarlett McNally: Rethinking ageing can help the NHS recover », *The BMJ,* 2023
3. « The 'Aging Game': An Approach to Education in Geriatrics», Laura J. McVey, Donald E. Davis et Harvey Jay Cohen, *Journal of the American medical association,* 1989