



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Solidarités  
Ministère délégué à la Sécurité Sociale,  
aux Personnes âgées, aux Personnes  
handicapées et à la Famille

Ministère de la Jeunesse,  
des Sports et de la Vie associative

---

PLAN NATIONAL  
**“BIEN VIEILLIR”**  
2007 - 2009

---

# Sommaire

<b>I</b>	<b>PREAMBULE</b>	2
<b>II</b>	<b>CONTEXTE</b>	3
	II-1 Démographie	3
	II-2 Population Concernée	3
	II-3 Principe du vieillissement physiologique	4
	II-4 État de santé des seniors	4
	II-5 La retraite : impact sur la santé	4
<b>III</b>	<b>PRINCIPE DU BIEN VIEILLIR VERS UN VIEILLISSEMENT RÉUSSI</b>	5
	III-1 Le concept du "vieillissement réussi"	5
	III-2 Les clés du "bien vieillir"	6
<b>IV</b>	<b>MESURES</b>	7
	<b>AXE 1 : Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risque d'un vieillissement</b>	7
	1-1 Consultations médicales de prévention lors du départ en retraite ou de la cessation d'activité	7
	1-2 Favoriser les sessions de préparation à la retraite et créer des outils pour les animer	8
	1-3 Passeport pour une retraite active	9
	1-4 Transmission du dossier de la médecine du travail	9
	<b>AXE 2 : Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans</b>	10
	2-1 Guide nutrition à partir de 55 ans	10
	2-2 Campagne de communication	10
	2-3 Un livret pour les professionnels	10
	<b>AXE 3 : Promouvoir une activité physique et sportive</b>	11
	3-1 Annuaire des associations sportives proposant des activités pour les seniors	12
	3-2 Soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors	12
	3-3 Formation des professionnels	13
	3-4 Evaluer les aptitudes physiques des seniors	13
	3-5 Journée "portes ouvertes" pour les seniors des fédérations	14

<b>AXE 4 : Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie</b>	15
4-1 Accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre : promotion et diffusion du référentiel	15
4-2 Prévention de l'Ostéoporose	15
4-3 Déficit auditif : la presbyacousie	16
4-4 Déficit visuel	17
4-5 Prévention des cancers chez les Seniors	17
4-6 Soins buccodentaires	18
4-7 Campagne de communication et d'éducation multi-thématique	18
<b>AXE 5 : Promouvoir le bon usage des médicaments</b>	19
5-1 Réglementation des médicaments et substances anti-âge	19
5-2 Programmes de bonnes pratiques sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	19
<b>AXE 6 : Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le "vivre ensemble", creuset du "bien vieillir"</b>	20
6-1 Contribuer au développement de la semaine bleue	20
6-2 Favoriser les expériences d'habitat intergénérationnel	21
<b>AXE 7 : Développer le "bien vieillir" au niveau local</b>	22
7-1 Appels à projets annuels de la CNSA-DGAS-DGS	22
7-2 Création d'un label "bien vieillir - vivre ensemble"	23
<b>AXE 8 : Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du "bien vieillir"</b>	24
8-1 Identifier les innovations les plus pertinentes	24
8-2 Mieux connaître les interactions entre vieillesse et précarité	24
8-3 Mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées :	25
Les personnes sans domicile fixes vieillissantes	25
Les migrants âgés	26
<b>AXE 9 : Inscrire la démarche française dans la dimension européenne</b>	27
The "Healthy ageing" EU project pour 2004-2007	27

<b>GLOSSAIRE</b>	28
------------------	----

<b>ANNEXES</b>	29
----------------	----

## I PREAMBULE

---

La France va connaître, de 2005 à 2050, une profonde transformation de la structure de sa population par âge due à la conjonction de deux facteurs ; l’allongement de la durée de la vie due aux progrès sanitaires et à l’élévation du niveau de vie et l’arrivée à l’âge de la retraite des “ baby boomers” c’est à dire les personnes nées dans les années 1946-1960, alors que dans le même temps, les personnes nées dans les années 1975-1990 seront moins nombreuses .

Le poids relatif dans notre société des personnes âgées de plus de 60 ans va donc augmenter considérablement.

Si le rapport Laroque, publié en 1962, anticipait le phénomène du vieillissement démographique, il était difficile de prédire cette véritable onde de choc démographique, potentiellement porteuse de déséquilibres de tous ordres dans la structure économique et sociale, arrivant dans un environnement lui même fondamentalement modifié, générateur de vulnérabilités et de ruptures ou à tous le moins de réorganisations radicales (mondialisation, développement des technologies numériques, modification de la structure de production, faible croissance durable des pays du Nord, modification de la structure familiale...)

Les enjeux du vieillissement démographique constituent donc un formidable défi et selon le propos de Pierre MASSE, ancien commissaire général du Plan *“Il s’agit moins de décrire le futur que de le construire, moins de prédire l’avenir que de préparer le meilleur avenir souhaitable.”*

Dans ce cadre, le plan national “bien vieillir” présenté ici a pour ambition de proposer les étapes d’un chemin pour un “vieillissement réussi” tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant l’organisation et la mise en œuvre d’actions de prévention adaptées.

*“Quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d’aujourd’hui et, plus encore dans celle de demain ?”* demandait le rapport Laroque, cette question reste d’actualité et sa réponse qui était de refuser d’isoler les problèmes de la vieillesse de ceux des autres groupes d’âge et recommandait de maintenir les personnes âgées en relation avec les autres générations reste pertinente.

Une politique du “bien vieillir” résultera tant de la prise de conscience individuelle du cycle de vie de chaque citoyen que des choix solidaires que nous ferons collectivement pour “bien vivre ensemble”.

## II CONTEXTE

### II-1 Démographie

Les gains d'espérance de vie à la naissance sont irréguliers mais continus : ils ont été de près de 2,5 années en dix ans. Ce gain d'espérance de vie s'est accompagné d'un raccourcissement de durée la période d'incapacité.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, la France compte 20,7 % de personnes âgées de plus de 60 ans. Les personnes entre 55 et 75 ans sont environ 10 millions.

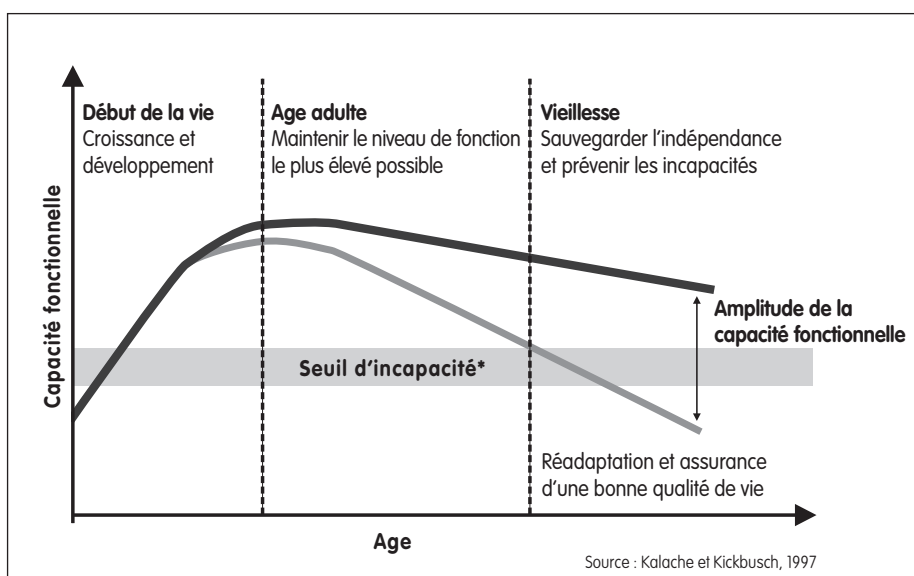
La santé physique des personnes de plus de 60 ans s'est améliorée. Cet accroissement de la durée de vie aux âges élevés pose la question majeure de la "qualité" des années de vie ainsi gagnées.

### II-2 Population Concernée

Entre 50 et 70 ans, il est possible pour cette population autour de l'âge de la retraite d'organiser une prévention ciblée et une vie active et adaptée pour maintenir au plus haut niveau ses performances et ainsi prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités .

La France se place aujourd'hui dans le peloton de tête des pays à faible mortalité aux âges élevés, avec le Japon, le Canada, l'Australie et la Suisse : l'augmentation spectaculaire du nombre de centenaires en France, de 200 en 1950 à 6 000 aujourd'hui et 150 000 prévus en 2050, illustre le vieillissement de la population.

La prévention des maladies liées à l'âge et la prévention du handicap entraîné par les maladies chroniques reposent sur des données scientifiques de plus en plus nombreuses. Il est possible actuellement de limiter cette dépendance ou de la retarder par des actions de prévention et d'éducation à la santé afin d'améliorer l'espérance vie sans incapacités.



### **II-3 Principe du vieillissement physiologique**

Le vieillissement est l'effet général du temps sur un organisme biologique. Ce processus diminue les réserves fonctionnelles au niveau de la plupart des systèmes physiologiques entraînant ainsi une vulnérabilité à de nombreuses maladies. Les processus de la sénescence sont encore largement mal connus et nécessitent un effort de recherche en biologie du vieillissement.

Le processus physiologique du vieillissement se déroule simultanément mais pas nécessairement parallèlement à l'âge chronologique.

Si la longévité paraît "héréditaire" dans une certaine mesure (20 - 30%), la recherche des gènes impliqués dans les processus du vieillissement n'en est encore qu'à ses débuts, on découvre progressivement l'importance d'un certain nombre de processus physico-chimiques de signification métabolique, et qui par conséquent dépendent de l'environnement pris au sens large du terme, écologique, climatique, alimentaire, hygiénique et socioculturel.

L'augmentation rapide de l'espérance de vie moyenne depuis le début du siècle met en évidence le rôle important des facteurs extrinsèques (conditions de vie et de travail, nutrition, amélioration de l'habitat, du chauffage, de l'habillement, de l'hygiène, et les progrès de la médecine).

### **II-4 Etat de santé des seniors**

Les affections les plus souvent déclarées par les personnes de 45 à 74 ans sont les problèmes dentaires, cités par près de neuf personnes sur dix, et les troubles de la vision (réfraction) (59 %). Puis, viennent les affections ostéo-articulaires qui atteignent plus d'une personne sur quatre. L'hypertension artérielle concerne, quant à elle, 11 % des hommes et des femmes. Les troubles du sommeil et les états dépressifs sont également fréquents.

### **II-5 La retraite : impact sur la santé**

Si l'âge légal de la retraite en France est fixé à 60 ans, l'âge moyen de départ à la retraite est actuellement de 57 ans. Entre 50 et 64 ans, on compte 43% de personnes qui travaillent et 7,3% qui sont au chômage<sup>1</sup>.

La retraite est une étape importante de la vie. Elle entraîne souvent un resserrement des activités, des relations sociales et un remaniement des priorités de vie.

La retraite peut être synonyme de temps libre, mais aussi d'un certain isolement, voire d'une perte de statut social liée au départ des enfants de la maison et à l'arrêt de l'activité professionnelle. Cela est particulièrement vrai pour les retraités des classes sociales modestes qui sortent peu ou pas du tout, sont moins investis dans la vie associative et ont moins d'activités de loisirs ; or l'ennui, l'inactivité physique et intellectuelle, la solitude peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé physique, mentale et sociale.

Pourtant selon une enquête de l'Insee, seuls 9% de la population considéraient en 2003, le passage à la retraite comme une mauvaise phase et l'hypothèse d'un impact négatif sur la santé du passage à la retraite, voire d'une surmortalité dans les années suivant la retraite a été réfutée<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Jani-Le Bris H., EUROFAMCARE. Services for supporting family carers of elderly people in Europe : characteristics, coverage and usage, National background report for France, juillet 2004, 82 p.

<sup>2</sup> Paillat P. (ed), Passages de la vie active à la retraite, Paris : PUF, 1989.

# III PRINCIPE DU BIEN VIEILLIR

## VERS UN VIEILLISSEMENT RÉUSSI

### III-1 Le concept du "vieillessement réussi"

Les travaux de recherche sur le "bien vieillir", qui ont émergé pour la plupart dans les années quatre-vingts ont pris diverses formes : on parle d'un vieillissement en bonne santé, d'un vieillissement habituel ou usuel, d'un vieillissement réussi.

Le "vieillessement habituel ou usuel" se caractérise par l'absence de maladie exprimée, mais inclut les troubles fonctionnels liés à l'avancée en âge, aux traumatismes physiques, aux facteurs de risque et au retentissement psychologique des pertes jalonnant le parcours de vie.

Le concept de "vieillessement réussi" apparaît en 1987, il concerne les individus qui gardent des fonctions physiologiques très satisfaisantes jusqu'à un âge avancé malgré l'existence de pathologies, ou bien les personnes qui disposent de fonctions physiologiques moins bonnes mais qui vont les améliorer au cours de l'avancée en âge, ou bien encore les personnes chez lesquelles, on remarque une bonne adaptation à ce qu'elles peuvent faire physiologiquement et à ce qu'elles ont envie de faire.

La prise en compte d'un état de "bien-être" subjectif se fonde sur différents critères :

- des possibilités comportementales (motrices, cognitives, sensibles) ;
- un état de satisfaction psychique (optimisme, conformité entre objectifs visés et situations atteintes) ;
- une qualité de vie appréhendée à travers une évaluation positive des relations familiales, amicales, des activités et entreprises menées, du logement, du voisinage, des revenus...

Si cette approche a le mérite d'introduire une dynamique dans le processus de vieillissement, une critique demeure cependant : qui dit "vieillessement réussi" sous-entend implicitement possibilité d'un vieillissement raté, de même, qui dit "bien vieillir" sous-entend la possibilité de "mal vieillir".

Cette terminologie, intellectuellement satisfaisante, peut en pratique se révéler réductrice parce qu'elle schématise, encore de façon abusive, une réalité fonctionnelle complexe, mais rares sont les approches qui évitent cet écueil.

On distingue donc trois types possibles de vieillissement <sup>3</sup> :

- le processus "réussi", sans pathologie, avec peu de risques d'en développer et une grande autonomie ;
- le processus "normal" sans pathologie mais avec des risques d'en développer ;
- le processus "pathologique" marqué par de nombreux facteurs de risques, des pathologies et/ou des incapacités installées très tôt.

On peut ajouter

- le concept de "vieillessement actif", qui pour l'OMS (2002) <sup>4</sup>, est défini comme "le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie et "vieillessement en santé" qui pour le programme européen "Healthy Aging" <sup>5</sup>, qui vise à établir des recommandations en matière de promotion de la santé et de prévention en direction des personnes âgées à partir d'une revue de littérature, est défini comme "le processus d'optimisation de la santé physique, mentale et sociale afin de permettre aux personnes âgées d'être actif socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie".

<sup>3</sup> Rowe JW. et Kahn RL. Successful aging. The Gerontologist, 1997, 37 : 433-440.

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS), Vieillir en restant actif : cadre d'orientation, Genève : OMS, 2002 : 60 p.

<sup>5</sup> Healthy aging - Draft report (2006).

Si à un âge avancé, les différents organes assurent à l'organisme une fonction satisfaisante, la survenue de facteurs déstabilisants (maladie, choc psychologique, agression, modification de l'environnement) peut induire une situation de rupture. Plus l'avance en âge est importante, plus l'équilibre de base est précaire et une agression de plus en plus minime peut suffire à bouleverser ce fonctionnement physiologique, d'autant plus si la personne est en situation de fragilité.

En outre, la survenue des incapacités est un processus multifactoriel qui met en jeu une multitude de paramètres, tant médicaux que socio-économiques et comportementaux. La prévention des facteurs de risque de certaines pathologies invalidantes et la promotion de facteurs favorisant le maintien ou la récupération de l'autonomie sont efficaces à tout âge et permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes.

### **III-2 Les clés du "bien vieillir"**

Il est important à tout âge et plus encore entre 55 et 75 ans d'adopter des conduites favorables au "bien-vieillir".

Les principales recommandations sont les suivantes <sup>6</sup> :

- continuer à entretenir, voire améliorer son capital intellectuel, physique, social et psychique (promotion de la santé) ;
- prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adaptée ;
- prendre en charge précocement les maladies ou les troubles qui sont susceptibles d'entraîner une incapacité ;
- avoir une activité physique ou sportive régulière ;
- adapter son alimentation selon les principes du Programme National Nutrition Santé (PNNS) ;
- adapter son environnement physique et social ;
- conserver une vie sociale riche et les liens intergénérationnels ;
- lutter contre l'isolement ;
- valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation au changement.

Ainsi le plan "bien vieillir" a pour objectifs généraux de favoriser :

- des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, de la marche, de l'équilibre...);
- des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition) ;
- l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne âgée: logement, aides techniques, aménagement de la cité ;
- le renforcement du rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens entre générations et en promouvant la solidarité intergénérationnelle.

---

<sup>6</sup>Healthy Aging, 2006 ; Health Evidence Network (HEN), What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented ?, WHO-Europe, 2003, 17 p.  
International Union for health Promotion and Education (IUHPE).  
The evidence of health promotion effectiveness. Part two : Evidence book. ECSC, 1999.  
University of Jyväskylä (Finlande), Disability in old age :final report, conclusions and recommendations. Burden of disease Network Project, 2004.



## IV MESURES

---

### Axe 1 DÉPISTER ET PRÉVENIR LORS DU DÉPART EN RETRAITE LES FACTEURS DE RISQUE LIÉ AU VIEILLISSEMENT

#### 1-1 Consultations médicales lors du départ en retraite ou de la cessation d'activité

##### **Contexte :**

le départ en retraite n'a pas en lui-même un impact négatif sur la santé mais il constitue une transition importante de la vie. Le maintien de la bonne santé requiert des bilans réguliers, à chaque étape de la vie. Pour rester en bonne santé, il est nécessaire d'être informé, aidé et encouragé pour maintenir cet équilibre. Savoir faire le deuil des aptitudes qui disparaissent progressivement, soigner ses maladies ou prendre en compte les petites affections qui s'accumulent s'apprend. Il faut être encouragé à stimuler ses capacités et à utiliser ses potentialités par un suivi régulier tout au long de son parcours dans un objectif de prévention.

##### **Objectif :**

La consultation médicale lors du départ en retraite a deux objectifs :

- dépister les facteurs de risque, notamment cardio-vasculaires. Ces événements ont une prévalence qui augmente avec l'âge. Ils représentent les facteurs les plus importants de diminution de la qualité de vie, de dépendance et de mortalité au grand âge. Il s'agit du tabagisme, de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie, mais également de la sédentarité, du surpoids, de l'isolement, et de pathologies comme le cancer, l'ostéoporose ou la dépression ;
- donner l'occasion d'une information sur les comportements favorables à un vieillissement réussi et si la personne le souhaite, d'un temps de parole pour faire le point sur les événements de sa vie.

##### **Mesures :**

Elaborer et mettre à disposition des professionnels des outils pratiques :

- mettre à disposition des médecins traitants les outils pour réaliser ces consultations.  
Opérateur : DGS- SFGG- SFMG.  
Echéance : début des travaux : septembre 2007.
- élaborations de recommandations pour le suivi des facteurs de risques d'un vieillissement pathologique.  
Modalités : Conférence de consensus  
Opérateurs : SFGG, Haute Autorité de Santé.  
Financement : DGS 20 000 euros  
Echéance : 2008

## **1-2 Favoriser les sessions de préparation à la retraite et créer des outils pour les animer.**

### **Contexte :**

La cessation d'activité est vécue très différemment selon les individus et selon la fin de leur parcours professionnel.

Traumatisme pour les uns, attendue avec impatience ou ressentie comme une délivrance par d'autres, elle sera vécue de façon sereine pour ceux qui partent avec le sentiment d'un travail accompli et d'une certaine transmission d'un savoir aux jeunes générations.

D'après des témoignages recueillis auprès des retraités, les 18 premiers mois de retraite sont souvent vécus par les intéressés comme une "lune de miel". Il succède souvent à cette période de relative euphorie, une phase de vide et d'ennui, qui correspond à la prise de conscience de la disparition du rôle social et de la perte du statut que conférait le travail. Cette période survient au moment où le corps exprime des signes de vieillissement, où les enfants s'éloignent, et où certains amis ou proches commencent à disparaître. Ces ruptures majeures de la vie peuvent engendrer des symptômes dépressifs.

### **Objectif :**

L'objectif est que chacun puisse se préparer pour aborder le plus sereinement possible le passage à cette nouvelle phase de vie par une préparation à la retraite adaptée et accessible à tous.

### **Des sessions de préparation à la retraite pour répondre aux attentes d'information des futurs retraités sur :**

- le calcul de leurs revenus à la retraite et les questions relatives au patrimoine ;
- les droits, les aides, et services auxquels ils pourraient avoir recours ;
- leur santé et les principes du "bien vieillir".

Cette préparation devra faciliter la prise de conscience sur les changements qui vont advenir dans la vie du futur retraité et si besoin, de proposer une aide pour construire un nouveau projet de vie après l'arrêt des activités professionnelles.

Certaines caisses de retraite ou certaines entreprises organisent déjà ces sessions, l'objectif est donc de faire connaître, de valoriser ce qui se fait et d'encourager le développement de ces sessions.

### **Mesure :**

#### **Elaborer des outils pour les formateurs, encourager la promotion des sessions de préparation à la retraite :**

- Elaboration d'un outil destiné aux formateurs et animateurs de ces sessions présentant toutes les facettes du "bien vieillir" ;
- cet outil comprend des conseils de prévention sur différentes thématiques de santé, les éléments du PNNS, un volet social et un volet relatif au projet de vie ;
- encourager la promotion des sessions de préparation à la retraite en utilisant ces outils auprès des entreprises, via notamment l'association des Directeurs des Ressources Humaines et des principales fédérations professionnelles (UPA-MEDEF-CGPME) .

Cette mesure prévoit une information sur les sessions de préparation à la retraite systématique aux salariés qui approche la cessation d'activité.

Modalités : Elaboration et financement de l'outil par l'INPES .

Opérateur : DGS-INPES

Financement : INPES - 100 000 euros

Echéance : décembre 2007

### **1-3 Passeport pour une retraite active**

#### **Contexte :**

La retraite est une nouvelle étape dans la vie. La plupart des retraités d'aujourd'hui sont en bonne santé et en pleine possession de leurs moyens. Ces "seniors actifs" sont de plus en plus nombreux à souhaiter s'engager dans un projet pour quelques années, après leur départ à la retraite. Mais les informations destinées à ceux qui souhaitent s'investir sont dispersées.

Chaque personne qui part à la retraite ou qui en fait la demande reçoit un document d'information, incitatif, afin de faciliter son engagement dans le cadre du bénévolat.

Ce document prévoit :

- des informations générales sur le bénévolat ;
- un volet d'information destiné à informer les jeunes retraités sur les bénéfices d'un recours à une alimentation saine et diversifiée (conseils nutritionnels), sur la nécessité de se maintenir en bonne santé physique, dans une perspective de prévention ;
- des informations générales sur les services à la personne (Plan de cohésion sociale) ;
- un encart local donnant des informations sur les principales associations et lieux d'information à contacter pour effectuer une démarche de bénévolat dans le département.

Ce passeport est disponible dans les caisses de retraite à compter de début février 2007.

#### **1-4 Transmission du dossier de la médecine du travail :**

Rendre systématique à la retraite ou lors de la cessation d'activité, la transmission au salarié de la fiche médicale établie par le médecin du travail, prévue par l'article R 241-57 du code du travail, retraçant le suivi par le service médical (examens cliniques, éventuels examens complémentaires) et portant notamment mention des diverses expositions aux risques professionnels rencontrés au cours de la carrière.

## **Axe 2 PROMOUVOIR UNE ALIMENTATION ÉQUILBRÉE POUR RESTER EN FORME APRÈS 55 ANS**

### **Contexte :**

L'alimentation équilibrée et l'activité physique sont des facteurs de protection contre les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les risques d'ostéoporose et de surpoids. À tous les âges de la vie, la nutrition est donc un enjeu majeur de prévention en santé.

### **Objectif :**

Promouvoir le guide élaboré dans le cadre du Programme National Nutrition Santé pour les seniors. Des repères utiles sur l'alimentation et l'activité physique :

Dans sa première partie, le guide décline les repères du PNNS adaptés aux plus de 55 ans et notamment le rythme des trois repas, la consommation de fruits, légumes et produits laitiers. Le guide apporte également des réponses à ceux qui n'apprécient pas les laitages ou qui ne mangent pas suffisamment de viande, poisson ou œufs. Il fait aussi le point sur les compléments alimentaires. Ce chapitre s'accompagne d'idées de menus et de fiches recettes pratiques.

Consacrée à l'activité physique et sportive, la deuxième partie du guide insiste sur l'intérêt de "bouger", quel que soit son âge. Basée sur les recommandations internationales ("*Au moins trente minutes de marche rapide chaque jour*") et ses équivalences pour d'autres activités physiques le guide encourage les seniors à poursuivre ou faire de l'activité physique.

Le guide apporte des réponses à des problèmes spécifiques aux plus de 55 ans ;

- "*Comment boire suffisamment même si on n'a jamais soif ?*"
- "*Que manger pour entretenir sa mémoire ?*"

### **Mesures :**

#### **2-1 Guide nutrition à partir de 55 ans**

Dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, la Direction générale de la Santé, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments édite le " Guide Nutrition à partir de 55 ans" et un livret pour les professionnels.

Diffusion : 800 000 documents dans 209 000 points de diffusion.

#### **2-2 Campagne de communication**

Des spots télévisés sur les thèmes "boire, manger et bouger" ont permis de présenter le guide au grand public, qui peut se le procurer gratuitement en composant le 0 821 222 221. Cette campagne est complétée par l'insertion de communiqués dans la presse Télévisée et une campagne d'affichage dans les pharmacies.

Ce guide est diffusé auprès des réseaux de l'Assurance maladie, des DDASS, des réseaux associatifs et mutualistes. Il est également disponible et promu dans de nombreuses pharmacies dans le cadre d'un partenariat avec le Cespharm.

#### **2-3 Un livret pour les professionnels**

Un troisième document est diffusé aux professionnels de santé afin de les sensibiliser à leur rôle d'éducation du patient en matière de nutrition. Des articles dans la presse spécialisée accompagne ces parutions.

Modalités : Guide Nutrition à partir de 55 ans- Le tirage prévoit 1 million et demi d'exemplaires

Financement : INPES - 850 000 euros

**Contexte :**

On dispose depuis longtemps de données cliniques montrant les effets positifs et durables de l'activité physique sur la santé. L'activité physique améliore la santé et le bien-être. Elle doit être considérée comme une modalité thérapeutique à part entière et validée dans la prise en charge de nombreuses pathologies.

L'activité physique inclut tous les mouvements effectués dans la vie quotidienne, elle ne se réduit pas à la seule pratique sportive ou de loisirs intenses.

Pour les personnes âgées, les activités physiques préviennent la dépendance physique, les chutes et contribuent à une meilleure qualité de vie. Elles participent au recul du sentiment de diminution des capacités physiques.

Elles constituent également un support privilégié en terme d'intégration sociale et de solidarité. A la question :

- *"avez vous exercé une activité physique et sportive au moins une fois dans l'année ?"*,  
46% des seniors (55-75 ans) interrogés répondent positivement.

Parmi les personnes déclarant pratiquer une activité physique et sportive ;

- 80% pratiquent au moins une fois par semaine (pourcentage identique chez les hommes et les femmes),
- 19% adhèrent à un club (22% des hommes et 16% des femmes),
- 15% détiennent une licence (21% des hommes et 9% des femmes),
- et 9% participent à des compétitions (15% des hommes et 3% des femmes).

Quand ils pratiquent une activité physique et sportive, la proportion de seniors adhérant à un club sportif ou détenant une licence sportive est inférieure de l'ordre du tiers à celle enregistrée parmi les personnes de 15 à 54 ans.

Les problèmes de santé et le sentiment d'être trop âgé sont les raisons de la non-pratique les plus fréquemment évoquées, en particulier, dans les ménages les moins favorisés.

L'effet du sexe, de l'âge et du niveau d'études intervient fortement sur le fait de pratiquer une activité physique et sportive en club et sur la discipline choisie.

Plus le niveau de diplôme est faible, plus faible est le taux de pratique (56 % des seniors "sans diplôme" déclarent pratiquer une contre 84% des seniors ayant un diplôme supérieur à Bac").

## **LA PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE EST PROPOSÉ AU TRAVERS DE 5 MESURES :**

### **3-1 Création d'un annuaire des associations sportives proposant des activités spécifiques pour les seniors**

#### **Objectif :**

Recenser et améliorer la connaissance des offres et des pratiques adaptées aux seniors. Les informations relatives aux structures, associations et clubs sportifs qui proposent des pratiques adaptées au public senior seront répertoriées par département et par discipline.

Sur la base de ce recensement, un annuaire hébergé sur un site Internet permettra aux seniors, un accès à l'information actualisée et une meilleure orientation dans le choix d'une pratique physique ou sportive, adaptée à leurs situations, leurs besoins et à leurs envies sportives.

Les clubs et associations devront répondre aux enjeux de sécurité pour la pratique d'activités de loisirs et/ou sportives et proposer un encadrement adapté des activités.

#### **Mesure :**

Création d'un annuaire des associations et club sportifs proposant des activités pour les seniors et mise en ligne sur un site Internet.

Modalités : recensement puis création de l'annuaire et mise en ligne

Opérateurs : Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Financement : Ministère de la Jeunesse, des Sports - 100 000 euros

Echéance : début des travaux en mars 2007

### **3-2 Renforcer le soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors**

#### **Objectif :**

L'objectif est de développer l'offre des fédérations sportives à destination du public senior. Les fédérations feront l'objet d'une demande de la part du ministère des sports pour renforcer leurs offres d'activité sportive et physique accessibles, simples, agréables et bon marché, adaptées aux seniors. Elles seront encourager à proposer des programmes d'initiation à la pratique d'activités physiques et sportives dans le domaine "du sport-santé" et dans un but de prévention.

#### **Mesure :**

Accompagnement des fédérations sportives qui renforceront leur offre à destination des seniors, dans le cadre des conventions d'objectifs médicales soutenus par le ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

Modalités : Conventions d'objectifs médicales : 2007- 2008 - 2009

Opérateurs : Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

### **3-3 Agir sur la formation des professionnels.**

#### **Objectif :**

Adapter la formation initiale et développer le savoir-faire dans la coordination de projet en créant au niveau licence ou master une formation à l'intervention et/ou la coordination de projet en direction des seniors.

Créer des formations spécialisées, adaptées au public senior et aux personnes plus âgées, au sein des diplômes existants ou de diplômes spécialisés notamment les diplômes délivrés par le ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative

#### **Mesure :**

Mise en place d'un groupe de travail transversal afin de permettre la création de formations spécialisées, dans la filière du sport et de l'éducation physique piloté par le Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative : Les médecins conseillers, au sein des Directions Régionales et Départementales de la Jeunesse et des Sports (DRDJS) constitueront un appui à la fois dans la définition des contenus de formation, mais aussi dans l'organisation des modules de formation au niveau régional en lien avec les fédérations sportives.

Opérateur : Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Echéance : mise en place en 2007

### **3-4 Evaluer les aptitudes physiques des seniors**

#### **Objectif :**

Afin de mieux évaluer les aptitudes physiques des seniors il est indispensable de constituer des valeurs de références pour des tests de condition physique à partir d'expériences et d'outils validés facilement utilisables en pratique de ville. Ce travail permettra d'élaborer des recommandations pour définir le contenu médical de l'examen préalable à la rédaction d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport au public senior. Le but est de permettre aux médecins généralistes une aide pratique à sa rédaction.

#### **Mesure :**

Réalisation d'une conférence de consensus portant sur le contenu des examens médicaux préalables à la pratique sportive ou à la reprise d'une activité physique.

Opérateurs : ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative en partenariat avec les Société française de médecine du Sport/Société française de médecine générale/ Sociétés savantes/Haute Autorité de Santé

Opérateur : Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Echéance : 2007- 2008

Financement : Ministère de la Jeunesse, des Sports - 30 000 euros

### **3-5 Renforcer la communication par une journée "portes ouvertes" pour les seniors des fédérations sportives et de loisirs.**

**Objectif :**

Sensibiliser et informer le public et les professionnels afin de faire découvrir les activités existantes pour le public senior dans chaque département et au sein de chaque fédération sportive.

**Mesure :**

Création d'une journée nationale "Portes ouvertes" réalisée par les fédérations sportives, les clubs, en partenariat avec les collectivités territoriales (Départements, communes, communautés de communes, agglomérations...), les professionnels institutionnels, associatifs, sportifs et sociaux.

Opérateurs : Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Echéance : printemps 2007



#### **4-1 Accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre : promotion et diffusion du référentiel.**

**Contexte :**

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 prévoit la réduction de 25 % du nombre annuel de chutes chez les personnes âgées d'ici à 2008. Dans cette perspective, il est nécessaire de mettre en place une approche globale de prévention très en amont, afin de réduire le risque de perte d'autonomie et préserver la qualité de vie.

La prévention des chutes est un axe majeur du programme "personnes âgées" de l'INPES.

**Objectif :**

Favoriser l'adoption de stratégies de prévention des chutes chez les personnes âgées en diffusant l'information via des partenariats avec des émissions télé et augmenter la quantité et la qualité d'intervention sur le thème de la prévention des chutes par la diffusion nationale des recommandations de bonnes pratiques.

**Mesure :**

Diffusion du référentiel et du guide "Repère pour votre pratique" aux intervenants du secteur médical et social.

Opérateurs : INPES

Financement : INPES - 75 000 euros

Echéance : 2007 et 2008

#### **4-2 Prévention de l'Ostéoporose.**

**Contexte :**

Chaque année, on dénombre 35 000 fractures du poignet, 40 000 à 70 000 fractures vertébrales, 50 000 fractures du col du fémur (avec 20 % de mortalité chez les femmes de plus de 50 ans). Longtemps le diagnostic d'ostéoporose n'a pu être porté qu'après une première fracture. En regard du caractère tardif de la fracture et de la co-morbidité importante qu'elle entraîne, la validation des techniques de densité minérale osseuse, a démontré qu'une diminution de contenu minéral osseux mis en évidence ostéodensitométrie permettait de porter le diagnostic d'ostéoporose avant la première fracture.

**Objectif :**

L'objectif est de favoriser la prévention des fractures et le dépistage des ostéopénies.

**Mesure :**

Remboursement de l'ostéodensitométrie chez toute femme ménopausée qui présente des facteurs de risque d'ostéoporose à dater du 1er juillet 2006.

Financement : ONDAM - Le montant prévisionnel du remboursement annuel pour l'ostéodensitométrie est de 35 M d'euros.

### **4-3 Déficit auditif : la presbyacousie.**

#### **Contexte :**

La presbyacousie est une altération des facultés d'audition liées à l'âge. La prévalence est très élevée dans les pays industrialisés, puisque 45% des personnes de plus de 50 ans rapportent de réelles difficultés de compréhension dans les conversations. Seuls, 40 % des "mal-entendants" âgés portent une audioprothèse.

Malgré les progrès réalisés par les nouvelles audioprothèses dans la reproduction des sons grâce aux techniques dites numériques, le sujet doit s'adapter à l'audition particulière induite par la prothèse et par l'audiophonie due au port de l'embout dans l'oreille externe. La mise en place précoce de l'audioprothèse reste un élément déterminant de son utilisation effective au grand âge.

Le dépistage, doit se faire dans la tranche d'âge des 55-65 ans, si l'on veut augmenter la proportion de personnes de plus de 70 ans qui portent régulièrement leur appareil auditif.

Enfin, il existe actuellement une prise en charge forfaitaire par la sécurité sociale des prothèses auditives. Mais celle-ci ne couvre que très partiellement le coût de l'appareillage.

#### **Objectifs :**

Améliorer la prise en charge de la surdité en tenant compte des progrès technologiques et poursuivre les campagnes de prévention contre le bruit.

#### **Mesure :**

Création d'un groupe de travail mené par la DGS et la DSS avec les audioprothésistes afin d'améliorer la prise en charge des audioprothèse et d'accompagner le progrès technique.

Opérateur : DGS et DSS et CNSA

Echéance : mise en place septembre 2007

#### **4-4 Déficit visuel**

##### **Contexte :**

On estime à 1,2 % la proportion de patients présentant une déficience visuelle dans la population générale. Dans l'enquête "basse vision" réalisée auprès des ophtalmologistes français, la malvoyance concerne 7,14 % patients qui consultent. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est la première cause de cécité, suivie de la rétinopathie diabétique (entre 7 et 17%), et le glaucome (entre 5 et 16%).

La DMLA est une maladie dégénérative rétinienne invalidante, d'évolution chronique, qui débute après l'âge de 50 ans. Sa prévalence serait estimée comprise entre 1 et 2 % entre 50 et 60 ans, et supérieure à 50 % après 80 ans. En France il a été estimé que la DMLA provoquerait une atteinte visuelle chez 800 000 à 1 million de personnes, et serait responsable de 3 000 nouveaux cas par an.

##### **Objectif :**

Améliorer la précocité du dépistage des déficits visuels en créant des outils adaptés capables d'évaluer les répercussions au niveau fonctionnel et adaptés à la pratique de ville.

##### **Mesure :**

Réalisation d'une série de tests d'évaluation de la fonction visuelle permettant un dépistage précoce.

Opérateur : La Fondation Rothschild.

Financement : DGS - 30 000 euros

Echéance : juin 2007

#### **4-5 Prévention des cancers chez les seniors.**

##### **Contexte :**

Le plan cancer (mesures 21 à 28), repris par la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004, prévoit le renforcement ou l'extension des programmes de dépistage organisés ou non notamment pour les cancers du sein, colo-rectal et du col de l'utérus.

##### **Objectif :**

Dépister et prendre en charge précocement les cancers survenant chez les personnes âgées de 50 à 74 ans.

##### **Mesures :**

Mettre en œuvre le plan cancer.

Développer le dépistage organisé des cancers (sein, colo-rectal, utérus).

Le dépistage organisé du cancer du sein est déjà proposé à toutes les femmes de 50 à 74 ans.

Le dépistage organisé du cancer colorectal par test de détection de saignement occulte dans les selles (test au gaiac), ayant fait la preuve de son efficacité en population générale, est proposé aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans. Il repose sur la réalisation d'un test tous les 2 ans.

Les personnes du sexe et de la tranche d'âge concernées sont invitées par les structures régionales chargée de la mise en œuvre des programmes de dépistage.

Le dépistage organisé du cancer colorectal est actuellement déployé sur 23 départements ou régions pilotes. L'objectif est de couvrir 75% des départements.

Opérateur : DGS, INCA

Financement : PLF - 24 M d'euros pour la première année.

#### **4-6 Soins buccodentaires :**

##### **Contexte :**

Même si l'état buccodentaire des personnes s'est amélioré ces dernières années, les données épidémiologiques montrent que 37 % des personnes de 65 ans présentent des caries et nécessitent des soins conservateurs, 35 % présentent à la fois du tartre et de la plaque dentaire et 37 % nécessitent des soins prothétiques. Les personnes âgées ont un état bucco-dentaire d'autant plus dégradé qu'elles appartiennent à un milieu plus défavorisé.

Il existe un risque accru de retentissement négatif sur la santé, la nutrition et la qualité de vie.

##### **Objectifs :**

Améliorer la santé bucco dentaire des seniors.

##### **Mesure :**

Création d'une consultation gratuite de prévention à 60 ans comprenant un bilan, des conseils sur le lien entre l'état bucco-dentaire et la santé et une sensibilisation à l'utilisation des fluorures.

Modalités : Expérimentation par convention entre les professionnels et l'UNCAM

Financement : FNPEIS - 190 000 euros

Echéance : début d'expérimentation en 2007

#### **4-7 Campagne de communication et d'éducation multi-thématique**

##### **Contexte :**

Le "bien vieillir" est un sujet de préoccupation largement répandu. Les informations dont disposent les personnes retraitées âgées de 60 à 75 ans, valides, actives et en bonne santé ne sont pas toujours validées ni réellement favorables à leur santé. Il est important qu'elles puissent disposer d'une information précise et des conseils pratiques sur un ensemble de problématiques inhérentes au vieillissement : nutrition, activité physique, sommeil, moral, prise de médicaments, etc.)

##### **Objectif :**

Inciter les personnes âgées de plus de 60 ans, nouvellement retraitées, à adopter des réflexes au quotidien pour bien vieillir et rester en bonne santé.

##### **Mesures :**

- Une campagne de communication sous forme de programme courts les principes du "Bien vieillir" sur France 5 .

Opérateurs : INPES

Financement : INPES - 700 000 euros

Echéance : début en 2007

- Expérimentation d'un programme national d'éducation à la santé au bénéfice des seniors. Ce programme multi-thématiques de groupe propose un cycle de six ateliers qui abordent les thématiques suivantes : mémoire, dépression, nutrition, activité physique, risque osseux, prévention des chutes, organe des sens, sexualité, sommeil et médicaments dans un programme dénommé "les ateliers du bien vieillir". Cette action fera l'objet d'une évaluation en lien avec l'appui scientifique du laboratoire "santé et vieillissement " EA 2506, université Versailles –saint-Quentin

Opérateurs : Mutualité Sociale Agricole en partenariat.

Financement : MSA - 400 000 euros sur la période 2007 - 2009

### **5-1 Réglementation des médicaments et substances anti-âge.**

**Contexte :**

Le désir de "bien vieillir", s'il a stimulé une recherche scientifique et médicale de qualité, s'accompagne également d'une prolifération anarchique sur le thème des "médecines" "anti-vieillessement".

Ainsi, il est nécessaire de disposer de données et de recommandations concernant l'utilisation de médicaments, compléments alimentaires ou substances "anti-vieillessement". Ces méthodes "anti-vieillessement" incluent des thérapies de substitution hormonale, des suppléments de vitamines et minéraux, des régimes, et de l'exercice. Si les régimes, l'exercice, et quelques vitamines et suppléments minéraux sont bien reconnus en tant que mesures préventives du vieillissement, il n'en est pas de même pour les traitements hormonaux sans démonstration scientifique solide, les cocktails vitaminiques ou les thérapies à base de plantes très controversées. Par ailleurs, un certain nombre de ces produits sont en vente directement sur internet et échappent à tout contrôle.

**Objectif :**

Définir l'intérêt réel des produits et substances vendus sous l'étiquette "anti-âge ou anti-vieillessement" et en préciser les risques éventuels.

**Mesure :**

Modalités : Saisine de l'AFSSA et l'AFSSAPS afin de classer les différents produits et substances selon leur intérêt et d'élaborer des recommandations.

Ces recommandations seront diffusées au grand public et aux professionnels via la presse spécialisée.

Echéance : fin 2007

### **5-2 Programmes de Bonnes pratiques sur la Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé**

**Contexte :**

La poly médication est habituelle chez les sujets poly-pathologiques et âgés. Cela implique pour le prescripteur de gérer au mieux le risque iatrogénique. Les coûts humains et financiers font de l'amélioration de la prescription médicamenteuse du sujet âgé un enjeu de santé publique.

Plusieurs modalités de prescription chez le sujet âgé sont aujourd'hui rapportées comme l'excès de traitements, la prescription inappropriée ou l'insuffisance de traitement. Plusieurs études récentes montrent qu'une partie non négligeable de cette iatrogénie grave est évitable. La Haute Autorité de Santé a élaboré, avec les professionnels, des programmes d'évaluation et d'amélioration des pratiques sur ce sujet.

**Objectif :**

Aider les médecins à gérer au mieux le risque iatrogénique chez le sujet âgé, à favoriser l'observance des traitements et à éviter toute prescription inutile.

**Mesure :**

La diffusion des programmes informatiques d'aide à la "Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé", en ligne et téléchargeables gratuitement sur le site de la HAS. La valorisation de l'utilisation de ces outils auprès des professionnels médicaux est prévue au travers du dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles.

Opérateurs : DGS - HAS - Sociétés savantes, Caisses Assurance Maladie

Echéance : 2007

## **Axe 6 PROMOUVOIR LA SOLIDARITÉ ENTRE LES GÉNÉRATIONS : L'INTERGÉNÉRATION ET LE "VIVRE ENSEMBLE", CREUSET DU "BIEN VIEILLIR"**

### **Contexte :**

En 1900, l'espérance de vie à la naissance était de 46 ans ; aujourd'hui, elle atteint 83 ans pour les femmes et 77 ans pour les hommes. A leur soixantième anniversaire, les femmes vivront encore en moyenne 26 ans et les hommes 21 ans. Autrefois, les générations se suivaient sans se croiser ; aujourd'hui les générations se chevauchent de plus en plus : il n'est pas rare d'avoir simultanément grands parents, parents, enfants, petits enfants voire arrière petits enfants. Avoir 60 ans, ce n'est plus être au bout de la chaîne, mais à une place cruciale, intermédiaire entre deux générations. Tout au long de sa vie, chacun est désormais à la fois "le jeune" et "l'aîné" de quelqu'un. La vieillesse n'est plus désormais une tranche d'âge unitaire, mais une succession de phases qui forment un continuum. *"Il y avait autrefois un âge pour s'éduquer, un âge pour travailler, un âge pour jouir de sa retraite. Ce système n'est plus valable"*.

Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, quatre voir cinq générations viennent de s'engager ensemble dans le nouveau millénaire. C'est une révolution inédite, en profondeur, celle de la longévité.

L'épanouissement individuel et la cohésion sociale reposent sur la découverte de la valeur de chacun des âges de la vie et sur l'apprivoisement du vieillissement, individuel et collectif.

Auprès des aînés, les générations plus jeunes peuvent trouver un soutien affectif, une référence au passé et à un vécu, un apprentissage fondé sur l'expérience et l'expertise. Auprès des générations plus jeunes, les aînés retrouvent un sentiment d'utilité, une valorisation personnelle.

### **Objectifs :**

Inciter les seniors à la participation active dans la société et faire de la solidarité entre les générations un élément structurant du lien social..

Valoriser leurs réalisations (toutes formes de participation à la vie de la cité : bénévolat, tutorat, créations d'associations ou d'entreprises, œuvres artistiques, transmission de savoir faire de patrimoine ou de mémoire ...)

Promotion de toutes les actions intergénérationnelles qui permettent de vivre ensemble ,de se voir et de se comprendre, en les enracinant dans le contexte local et l'animation des territoires.

### **Mesures :**

**6-1 Contribuer au développement de la semaine bleue**, moment privilégié de la vie associative qui vise à informer et sensibiliser l'opinion sur la contribution des retraités et personnes âgées à la vie économique, sociale et culturelle au travers d'animations intergénérationnelles, et à son retentissement local en valorisant le prix intergénération offert par le ministre chargé des personnes âgées.

Modalités : campagne d'information sur la semaine bleue largement relayée par les DDASS et les CODERPA.

Opérateur : Comité d'entente/DGAS-DDASS/ CNRPA-CODERPA

Financement : DGAS 4 000

Echéance : 2007-2009

**6-2 Favoriser les expériences d’habitat intergénérationnel** – offre d’un logement par la personne âgée en contrepartie d’une aide bénévole à l’occupant du logement et de relations amicales et de solidarité - sur le mode du projet “un toit, deux générations”

Modalités : diffusion de la charte « un toit deux générations » élaborée conjointement par la Fondation nationale de gérontologie (FNG) et Sciences-Po Paris.

Opérateur : DGAS – Fondation de France

Financement : CNSA – section V

Echéance : 2007- 2009

La perte d'autonomie correspond à la difficulté d'assumer seul la satisfaction des besoins élémentaires de la vie (manger, boire, se vêtir, se laver...), mais aussi d'entretenir sa maison, de gérer ses comptes, de faire ses courses ou de rencontrer d'autres humains. C'est l'ensemble de ces incapacités qui fait craindre la vieillesse.

Si les problèmes de santé sont souvent la première cause de perte d'autonomie, les facteurs environnementaux peuvent être aggravants ou au contraire peuvent atténuer, voire gommer, leur incidence sur la vie quotidienne. L'aménagement du cadre de vie, du logement individuel aux espaces collectifs dans les quartiers, villes ou villages, apporte un bénéfice important.

Les environnements dans lesquels évoluent les personnes âgées sont multiples, chacun causant certains types de contraintes et donc nécessitant des aménagements différents en terme d'urbanisme, d'architecture, de transport, d'équipements de proximité (santé, loisirs, commerces, services publics).

Il faut favoriser la mixité des âges et le lien social en créant des espaces de vie communs et en utilisant les technologies qui permettent de relier les hommes, que ce soit en matière de transports ou de communication (courrier, téléphonie, radio, TV, internet..).

Il faut également susciter le désir de mobilité en sécurisant les déplacements urbains et rendant accessibles les services, les transports et les espaces publics.

Ainsi le développement de l'initiative locale a un avantage décisif en matière de promotion de la santé et de mise en place de mesures de prévention et également en matière de socialisation et de bien être.

### **Mesures :**

#### **7-1 Appels à projets annuels de la CNSA-DGAS-DGS**

Le programme national "bien vieillir" vise à inciter les seniors à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de la vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie et le risque de désocialisation.

L'appel à projets conjoint CNSA-DGAS-DGS identifie et soutient des programmes d'actions coordonnés, développés sur des territoires ciblés (départements, communes, communautés de communes, agglomérations...), visant à promouvoir chez les seniors la prévention des maladies pouvant entraîner une perte d'autonomie ou son aggravation, l'amélioration de la qualité de vie, ou à encourager des comportements favorables à un vieillissement réussi .

L'objectif est de faciliter l'appropriation et la déclinaison du plan national "bien vieillir" par les acteurs territoriaux, dans la continuité de l'expérimentation menée par les premiers 17 sites pilotes retenus en 2003 et dans l'objectif d'une intégration dans le cadre des plans régionaux de santé publique (PRSP).



Les projets doivent comporter au moins trois actions de promotion dans les thématiques suivantes :

- la prévention des maladies et des situations pouvant induire ou aggraver une perte d'autonomie et toutes actions pour en réduire les incidences physiques et sociales ;
- la promotion de la nutrition et de l'activité physique, selon les repères du Programme National Nutrition Santé (ces repères seront précisés sous la forme d'un guide senior PNNS dont la sortie est prévue en octobre 2006) ;
- l'aménagement d'un environnement individuel (ex. : visites à domicile pour l'adaptation du logement) et collectif adapté aux besoins de cette population (ex. : conception de la cité, architecture, transports...);
- l'affirmation et la valorisation du rôle des seniors et leur participation à la vie sociale au travers d'actions collectives ;
- Le développement d'action intergénérationnelles.

Cet appel à projet vise à favoriser l'émergence de programme d'action, de soutenir ou faire connaître des projets dans le domaine du bien vieillir qui soient coordonnés et développés sur des quartiers, communes, communautés de communes, départements.

Modalités : circulaire d'appel à projet

Opérateurs : DGS-DGAS-CNSA

Financement : 2006 : 3 millions d'euros (CNSA)

2007 : Nouvel appel d'offre (cofinancement par la CNSA, le Ministère de santé, et des organismes de protection sociale) : 3 millions d'euros (CNSA)

2008 : Cofinancement dans le cadre des PRSP

## **7-2 - Création d'un label intitulé "BIEN VIEILLIR - VIVRE ENSEMBLE"**

La création de ce label qui sera décerné par le ministère de la santé et des solidarités doit permettre de promouvoir les initiatives des collectivités locales dans le domaine du bien vieillir.

Modalités : mise en place d'un groupe de travail pour élaborer le cahier des charges et le processus de labellisation (DGS-DGAS).

Echéances : mise en place début 2008

### **8-1 Identifier les innovations les plus pertinentes**

#### **Contexte :**

En 2005 et 2006, la DGAS, la DGS et la CNSA se sont associées pour réaliser des appels à projets visant à promouvoir des actions innovantes s'inscrivant dans les objectifs du plan "bien vieillir", qui comporte un volet régional doté d'un crédit global de 2,5 millions d'euros par an, et un volet national visant :

- à évaluer et promouvoir les actions ainsi conduites ;
- à recenser des actions innovantes dans le domaine du "bien vieillir".

#### **Objectif :**

Il s'agit de recenser les actions conduites dans le cadre des appels à projets 2005 et 2006, de sélectionner les plus pertinentes et de les évaluer, en partenariat avec les acteurs locaux.

Ainsi, l'évaluation devra :

- recenser et émettre un avis sur les actions entrant dans le cadre du programme "bien vieillir" ;
- prioriser les actions ayant un impact sur la santé (indicateurs) ;
- procéder au recensement des actions particulièrement innovantes et reproductibles et devant être valorisées ;
- proposer des pistes d'amélioration au regard des priorités de santé et dans le cadre de l'intégration territoriale des politiques (programmes régionaux de santé publique...);
- émettre des propositions d'amélioration du dispositif, des besoins de recherche, d'évaluation complémentaire et de valorisation exprimée par les acteurs professionnels et sociaux.

#### **Mesure :**

Réaliser un appel d'offre national pour sélectionner une équipe de recherche et d'évaluation susceptible d'évaluer et de diffuser les actions pertinentes et reproductibles concourant à un "vieillesse réussie".

Opérateurs : DGS - CNSA

Financement : CNSA - 500 000 euros

Echéance : appel d'offre 1<sup>er</sup> trimestre 2007

### **8-2 Mieux connaître les interactions entre vieillesse et précarité**

**Contexte :** Si sur le long terme, la pauvreté des personnes âgées a beaucoup diminué (en témoigne la baisse continue du nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse depuis les années 60), celle-ci n'a pas pour autant disparu, et un certain nombre d'évolutions récentes semblent conduire à une ré-émergence de la précarité chez les personnes âgées sur laquelle le secteur caritatif a récemment appelé l'attention des pouvoirs publics .

De nombreux rapports et études montrent que l'isolement et la solitude sont des facteurs de précarisation importants que ce soit pour les jeunes ou les moins jeunes.

Parmi les nouveaux visages de la pauvreté figurent les personnes sans domicile fixe vieillissantes, les immigrés âgés, ou les femmes n'ayant souvent pas acquis assez de droits pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

Le thème de la pauvreté des personnes âgées reste un sujet relativement peu documenté, qui devrait être développé dans les programmes de recherche.

**Objectif :**

Etudier le lien entre vieillissement et précarisation.

**Mesure :**

Mise en place d'une étude nationale sur cette thématique.

Modalités : cahier des charges DGAS et DRESS

Opérateurs : DRESS 2007

Financement : DGS/DRESS - 140 000 euros

Echéance : 1<sup>er</sup> semestre 2007

**8-3 Mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées :****Les personnes sans domicile fixe vieillissantes :****Contexte :**

Les maisons relais ont été créées pour loger des personnes rencontrant des difficultés économiques et sociales auxquelles s'ajoutent l'isolement et la grande exclusion. La moyenne d'âge de la population prise en charge par ce dispositif se situe autour de 50 ans.

Le vieillissement et la perte d'autonomie de ces personnes demandent l'adaptation du dispositif des maisons relais pour permettre d'y maintenir aussi longtemps que possible les résidents en titre, dont l'âge et l'état de santé ne leur permettent plus de vivre de façon autonome, en prévoyant des liens organisés avec le réseau gérontologique.

**Objectif :**

Dans le cadre des mesures décidées lors du comité interministériel de lutte contre l'exclusion du 12 mai 2006, il a été décidé de créer des places pour l'accueil des personnes vieillissantes sans domicile fixe dans les maisons relais (expérimentation sur 100 places).

**Mesure :**

Mise en place fin janvier 2007 par la DGAS d'un comité de rédaction du cahier des charges relatif aux règles de fonctionnement et à l'organisation de ces maisons relais dédiées aux personnes sans domicile fixes vieillissantes.

Financement : le financement du fonctionnement est assuré par la DGAS à hauteur de 16 euros par jour et par place. Le ministère du logement est compétent sur l'investissement.

## **Les migrants âgés :**

### **Contexte :**

Le vieillissement de la population étrangère en France est surtout marqué pour les personnes originaires du Maghreb, notamment pour celles résidant dans les foyers de travailleurs migrants (FTM) pour lesquelles on dispose de plus de données que pour les personnes isolées en habitat diffus. Souvent de santé précaire, du fait de la pénibilité du travail exercé, la perte d'autonomie peut survenir précocement or les "immigrés vieillissants sont peu présents dans les institutions pour personnes âgées.

### **Objectif :**

Dans le cadre des mesures décidées, lors du CILE du 12 mai 2006, il s'agit d'améliorer les réponses apportées au logement des migrants âgés et isolés par l'adaptation du bâti pour permettre l'intégration des résidents des foyers de travailleurs migrants dans les dispositifs de droit commun pour les personnes âgées.

### **Mesure :**

Expérimentation sur trois sites (Bobigny, Colombes et Marseille), à l'occasion de la réhabilitation de foyers de travailleurs migrants (FTM) d'établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont une partie sera réservée à l'accueil des migrants âgés.

Opérateurs : les gestionnaires des FTM : SONACOTRA et AFTAM , recherche de cofinancements notamment dans le cadre des conventions tripartites entre les conseils généraux , les caisses d'assurance maladie et l'Etat.

Calendrier : 2009

**The “Healthy ageing” EU project pour 2004-2007.****Contexte :**

La démographie de la population européenne est un facteur principal des perspectives évolutives des pays de l'Union. La population de l'Union Européenne (UE) vieillie du fait de la baisse de la natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie dans l'Union Européenne qui atteint 74.8 ans pour les hommes et de 81.1 pour les femmes.

En 2014, il y aura une augmentation de 33% des plus de 80 ans par rapport à 2004 dans l'Union Européenne d'après les chiffres publiés par Eurostat (Office statistique des communautés européennes).

La nécessité d'améliorer et renforcer l'échange de la connaissance sur le vieillissement est un défi pour les pays européens. En 2004, le programme de santé publique de l'UE a approuvé le projet multinational de trois ans intitulé “vieillesse saine”.

The “Healthy ageing” EU project pour 2004-2007 repose sur le principe suivant :

“Le vieillissement saine est un processus qui vise à optimiser l'égalité des chances pour que la santé permette à des personnes plus âgées de prendre une partie active dans la société et d'apprécier une qualité de la vie indépendante et bonne”.

L'objectif de ce projet est de favoriser le vieillissement réussi pour les personnes de plus de 50 ans.

Les Etats Membres sont chargés d'établir des recommandations pour la politique dans l'UE en matière de “Bien vieillir” basée sur la littérature et les expériences des Etats membres orientées sur les problèmes liés à l'âge de cessation d'activité comme le “capital” social, la santé mentale, l'environnement, la nutrition, l'activité physique, la lutte contre “l'ageisme” ou bien encore l'égalité d'accès à la promotion de la santé ou le bon usage du médicaments.

**Mesure :**

Permettre à des experts français de participer à l'élaboration de ces recommandations européennes, en inscrivant le principe du “bien vieillir” dans le programme européen The “Healthy ageing” EU project pour 2004-2007 et de participer aux groupes de travail sur ce thème.

## ■ GLOSSAIRE

**AFTAM** : Association pour la Formation des Travailleurs Africains et Malgaches

**AFSSA** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

**AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

**CESPHARM** : Comité d'Éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française

**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

**CLIC** : Centre Locaux d'Information et de Coordination

**CNRPA** : le Comité National des Retraités et Personnes Âgées

**CNSA** : Caisse Nationale Solidarité pour l'Autonomie

**CODERPA** : Les Comités Départementaux des Retraités et Personnes Âgées

**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaire et Sociale

**DGAS** : Direction Générale de l'Action Sociale

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**DRDJS** : Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports

**FNPEIS** : Fond National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

**MJSVA** : Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**PNNS** : Plan National Nutrition Santé

**SFGG** : Société Française de Gériatrie et Gériologie

**SFMG** : Société Française de Médecine Générale

**SFMS** : Société Française de Médecine du Sport

J.O n° 187 du 12 août 2005 page 13145  
texte n° 40

**Décrets, arrêtés, circulaires**  
**Textes généraux**  
**Ministère de la santé et des solidarités**  
**Sécurité sociale, personnes âgées, personnes handicapées et famille**

**Arrêté du 29 juillet 2005 portant nomination au comité de pilotage du plan "Bien vieillir"**

NOR : SSHA0522894A

Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées prévoyant le financement des dépenses d'animation et de prévention ;

Vu l'article 32 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;

Vu le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés,

**Arrête :**

**Article 1**

---

Pour la mise en oeuvre du plan "Bien vieillir", il est créé un comité de pilotage chargé de valider les orientations générales du plan proposées par le comité technique défini à l'article 4 et de suivre la mise en oeuvre de ses différentes mesures.

**Article 2**

---

Sont nommés en qualité de membres du comité de pilotage :

Le docteur Jean-Pierre Aquino, représentant la Société française de gériatrie et gérontologie ;

Le président de l'Association nationale des directeurs de l'action sanitaire et sociale ou son représentant ;

Le président de la conférence des directions départementales des affaires sanitaires et sociales ou son représentant ;

Le président de la conférence des directions régionales des affaires sanitaires et sociales ou son représentant ;

Le président de l'Assemblée des départements de France ou son représentant ;

Le président de l'Association des régions de France ou son représentant ;

Le président de l'Association des maires de France ou son représentant ;

Le président du Comité national des retraités et personnes âgées ou son représentant ;

Le président de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;

Le président de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ou son représentant ;

Le président de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes ou son représentant ;

Le président de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ou son représentant ;

Le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ou son représentant ;

La présidente de la Fondation nationale de gérontologie ou son représentant ;

Le directeur de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ou son représentant ;

Le président de la Fédération des aînés ruraux ou son représentant ;

Le président de la Mutualité française ou son représentant ;

Le directeur général de la santé ou son représentant ;

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant ;

Le directeur général de l'action sociale ou son représentant.

---

### **Article 3**

La présidence de ce comité est assurée par M. le docteur Jean-Pierre Aquino, le secrétariat par la direction générale de l'action sociale en lien avec la direction générale de la santé.

---

### **Article 4**

Il est créé un comité technique comprenant les représentants respectifs du directeur général de la santé, du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, du directeur général de l'action sociale et du directeur de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et M. le docteur Jean-Pierre Aquino, président du comité de pilotage.

Ce comité technique pourra faire participer à ses travaux, en tant que de besoin, les experts scientifiques suivants : le président du comité de pilotage du programme national Nutrition Santé ou son représentant, M. le professeur Gilles Berrut, gériatre au CHU d'Angers, Mme Bernadette Puijalon, anthropologue à l'université Paris-XII, M. le docteur Christian Benezis, médecin rééducateur et médecin du sport, praticien attaché au CHU de Montpellier, et les représentants des ministères concernés.

---

### **Article 5**

Ces comités sont mis en place pour une durée de trois ans à compter de la publication du présent arrêté.

---

### **Article 6**

Le directeur général de l'action sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 29 juillet 2005.

Philippe Bas



## ■ ANNEXE 2

### **Groupes de travail**

#### **Groupe n° 1 : Prévention des pathologies liées aux vieillissement , pilote DGS**

M. le Pr. Bernard CASSOU, AP-HP

Mme le Dr. Marie-Agnès de GALBERT, Grenoble

M. le Pr. Jacques TRETON, SFGG

M. le Dr Michel BENOIT, Hôpital Pasteur Nice

M. le Pr. Gilles BERRUT, Angers

#### **Groupe n° 2 : Activités physiques et sportives, pilote DGS**

M. Ruddy RICHARD, Société française de médecine du sport

Mme Anne CHEIPE, Médecin conseiller, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports du Limousin

M. Thierry FAUCHARD, Conseiller technique national, Fédération française EPMM Sports pour Tous

M. François DANTOINE, Chargé de mission, Direction des sports, Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative

#### **Groupe n° 3 : Rôle social et environnement des seniors, pilote DGAS**

M. Jean-Pierre AQUINO, Président du Comité de pilotage du programme national "Bien vieillir"

M. Philippe AZIZ, Directeur de l'action sociale - AG2R

Mme Geneviève ARFEUX-VAUCHER, Directeur de recherche Fondation Nationale de Gérontologie

Mme Monique BAUDOUIIN, Coordinatrice pédagogique - association IAE (Insertion Action Emploi)

Mme Chantal BELLOT, Secrétaire Générale du CNRPA (Comité National des Retraités et Personnes âgées)

Mme Isabelle CHARLES, Déléguée générale de l'Association «Les Compagnons du voyage"

M. Henri COLOMBANI, Délégué Général adjoint de la fédération des centres sociaux et socio-culturels de France (FCSF)

M. Cyril de MONTGOLFIER, DRH chez AXA France

M. Rémi DELATTE, Maire de Saint Apollinaire

M. Jean-Paul DEREMBLE, Président de l'association ADAL (à la découverte de l'âge libre) et enseignant en histoire de l'art à l'université de Lille III

M. Pierre Julien DUBOST, Secrétaire général du MDCI (Mouvement pour le développement de la coopération intergénérationnelle)

Mme Angélique FEREC-THOMASSIN, Responsable des Services de VOYAGEURS FRANCE EUROPE

M. Dominique FOLLIOU, Coordonnateur des médecins du travail à EDF -GDF

Mme Jacqueline GAUSSENS, FNG (Fondation nationale de gérontologie)

M. Etienne HERVIEUX, Directeur du Centre de rencontre des générations de Mont-Evray (Association des Petits Frères)

M. Jean-Pierre JOUDRIER, Directeur de l'action sociale - AGIRC - ARCCO

Mme Michelle JOYAUX, Présidente de l'association "grands parrains"

M. Jacques LAMBROZO, Directeur du service des études médicales à EDF-GDF

M. Patrice LECLERC Responsable du programme Personnes âgées - Fondation de France

M. Pierre-Olivier LEFEBVRE, Responsable du service animation et vie sociale CCAS de la Ville d'Angers

M. Xavier LIONET, Délégué Général adjoint de la Fédération des centres sociaux et socio-culturels de France (FCSF)

M. Paul MALOISEL, Représentant du CNRPA

M. Jean MATHIOT, Ex directeur de l'INRAC

M. Didier MONNERIE, Directeur de l'action sociale - AG2R

M. Alain PARANT, Démographe à l'INED (Institut National des études démographiques)

Mme Bernadette PUIJALON, Anthropologue, Maître de conférences, Université Paris XII

M. Luc ROUSSEL, Fédération des centres sociaux du Nord et du Pas de Calais FCSF

M. Jean-Yves RUJULT, Rédacteur en chef du site internet Seniorscopie

M. Hugues de SAINT-HILAIRE, Sous-Directeur de l'action sociale - Groupe Malakoff

Mme Anne SAINT-LAURENT, Responsable de l'unité de l'action sociale - ARCCO

M. Jean-Paul TREGUER, Directeur de Senior Agency

M. Vincent VAN BOECKSTAEL, Médecin conseiller technique national à la Mutualité Sociale Agricole caisse Centrale

M. Luc VASSEUR, Représentant du CNRPA

---

PLAN NATIONAL  
**“BIEN VIEILLIR”**  
2007 - 2009

---



Ministère de la Santé et des Solidarités  
Ministère délégué à la Sécurité Sociale,  
aux Personnes âgées, aux Personnes  
handicapées et à la Famille

Ministère de la Jeunesse,  
des Sports et de la Vie associative