

Colloque Agirc-Arrco

8 février 2018

Bien vieillir : l'émergence de pratiques innovantes en prévention primaire

Les moments forts de la journée



Programme de la journée

8h30 Accueil des participants

9h00 Ouverture par

Brigitte PISA, présidente de la commission sociale Arrco et vice-présidente de la commission sociale Arrco et vice-présidente de la commission sociale Agirc.

9h10 **De l'importance de la prévention dans les politiques publiques de santé**

Depuis la Conférence internationale sur la promotion de la santé d'Ottawa (Canada), quels progrès ont été faits au niveau mondial ? Quelle place occupe la prévention dans les politiques publiques de santé en France ? La renforcer permettrait-elle de mieux atteindre les objectifs de santé publique tout en faisant des économies à terme ?

Pierre-Yves GEOFFARD, économiste, professeur à la Paris School of Economics, directeur de recherche au CNRS

9h40 **Panorama français des politiques publiques de prévention**

Comment ont évolué les politiques de prévention en France au cours des dernières décennies ? Qu'est-ce que la loi ASV a changé en matière de prévention primaire ? Aujourd'hui, comment le public visé par la prévention primaire évolue-t-il ?

Jean-Pierre AQUINO, gériatre, auteur du rapport « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société »

10h00 **Les difficultés à faire reculer les comportements à risque : causes et conséquences**

Pourquoi certains messages de prévention sont connus mais ne sont pas appliqués ? Pourquoi est-il plus facile de faire changer certains comportements que d'autres ?

Florence MARTIN, médecin coordinateur des Centres de prévention Agirc-Arrco
Florence SOYER, experte des comportements, directrice d'établissement

11h00 Pause et visite du parcours de prévention des partenaires

11h30 **L'évaluation de l'impact des actions de prévention : limites actuelles et nouvelles pratiques**

L'évaluation est devenue une pratique incontournable dans le champ de la santé publique, notamment pour développer et optimiser les actions de prévention et de promotion de la santé. Mais l'exercice d'évaluation n'est pas simple et se heurte à plusieurs contraintes méthodologiques. Quelles sont les difficultés rencontrées mais aussi les pratiques et les nouveaux outils qui permettent d'améliorer la fiabilité des évaluations ?

Julie MICHEAU, directrice scientifique à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
Christine MORONI, experte psychologue au sein du Centre de Prévention Santé Longévité
Institut Pasteur de Lille et CHU de Lille

Pr. Gregory NINOT, directeur de la Plateforme Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support, Université de Montpellier

12h30 Déjeuner et animation sur les stands

14h00 **Les nouvelles pratiques préventives : Vers un changement durable des comportements des usagers : quelles évolutions ? Quelles innovations ? Quelles perspectives ?**

Comment faire en sorte que la prévention soit totalement intégrée aux modes de vie, voire associée à la notion de plaisir et non de contrainte ? Comment amener le public à travailler par lui-même à changer durablement son comportement ?

Anne **SAINT-LAURENT**, directrice de l'action sociale de l'Agirc-Arrco

Frédérique **GARLAUD**, directrice de l'action sociale de la CNAV

Bruno **LACHESNAIE**, directeur du développement sanitaire et social de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

Zoom sur la littératie en matière de prévention

Quels apports de la littératie en santé ?

Emmanuelle **HAMEL**, responsable unité personnes âgées et populations vulnérables à Santé Publique France

Zoom sur les publics précaires

Diffusion d'un extrait du film « vieux migrants » du CPBVAA de Toulouse

Les problématiques de santé sont plus lourdes pour le public précaire. Sont-ils pour autant moins sensibles aux messages de prévention ? Comment ces messages peuvent-ils s'adapter à leur environnement, surtout lorsqu'ils vieillissent ?

Olivier **SMADJA**, chef de projet, Direction prévention-promotion de la santé, Santé Publique France

15h45 Conclusion par

Jean **TRAYNARD**, président de la commission sociale Agirc

De l'importance de la prévention dans les politiques publiques de santé



Pierre-Yves GEOFFARD, économiste, professeur à la Paris School of Economics, directeur de recherche au CNRS

On entend souvent dire qu'il vaut mieux prévenir que guérir, c'est dire que la prévention rapporte. Ce n'est pas vrai. Ce n'est pas faux non plus. C'est-à-dire qu'il n'y a rien de systématique. Certaines politiques de prévention vont effectivement être non seulement bonnes pour la santé, mais vont également, grâce aux soins et aux hospitalisations évités, être en quelque sorte autofinancées. À ceci près qu'il faut quand même dépenser maintenant pour des bénéfices futurs ce qui s'accorde mal avec les logiques budgétaires annuelles.

Vaut-il mieux cibler ? Sans doute, il faut d'abord identifier, d'un point de vue statistique, d'un point de vue empirique, les populations qui vont réagir le mieux à tel ou tel type d'information. En ciblant davantage on va, avec un budget moindre, avoir un impact plus important.

Faut-il enfin dépenser plus pour prévenir mieux ? Là encore Pierre Yves Geoffard a mis en lumière la très grande variété des rapports coût/efficacité et la très grande variété d'impact des actions de prévention.

Panorama français des politiques publiques de prévention



Jean-Pierre **AQUINO**, gériatre, auteur du rapport « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société »

Eléments de contexte

Les politiques publiques se sont emparées du sujet de la prévention au fil de ces dernières années, avec de notables évolutions. Depuis 2000, de grandes étapes ont été franchies :

- Programme OMS « vieillir en restant actif » (2002),
- Programme national Bien Vieillir, avec 17 villes françaises sélectionnées pour développer l'activité physique et promouvoir une alimentation équilibrée (2004),
- Plan national Bien vieillir, avec la prise en compte du lien social (2007-2009),
- Guide des villes amies des aînés de l'OMS (2007),
- Monalisa développant la lutte contre l'isolement (2012),
- Programme OMS : « vieillir en bonne santé » (2015),
- la loi d'adaptation au vieillissement et le plan national de prévention de la perte d'autonomie s'intéressent à l'environnement et au cadre de vie au-delà des stratégies habituelles (2015),
- la mise en place des conférences départementales des financeurs représente un levier important de la loi ASV (2016).

De plus, la loi de modernisation du système de santé (2016) et la Stratégie nationale de santé soulignent l'importance de la prévention (2017).

Dans ce contexte, il faut signaler la publication du rapport du Haut conseil de santé publique sur la prévention de la maladie d'Alzheimer (2018).

Quand s'impliquer ?

La promotion de la santé est une dynamique qui doit être promue et entretenue par les pouvoirs publics. A titre individuel, il est important de s'impliquer, le plus tôt possible, dans une démarche préventive, qu'elle tende à assurer « le bien vieillir », mais aussi « la prévention de la perte d'autonomie ».

Certains moments de la vie sont propices à une implication :

- dès que l'on commence à vieillir ...« lorsque le fantasme d'éternité, qui nous anime, rencontre une limite jusqu'alors ignorée... »,
- lors de la prise de la retraite,
- lorsque surviennent quelques alertes de santé.

Cette stratégie pose la question du comportement individuel et l'implication de la personne dans une démarche préventive, d'où l'importance de l'apport des sciences psycho-comportementales, mais aussi du marketing social.

Comment s'impliquer ?

Plusieurs exemples fournissent des pistes d'intervention.

La fragilité : son repérage et la mise en place d'actions adaptées doivent permettre de promouvoir l'autonomie et de réduire le risque de dépendance.

La santé des aidants : quelles sont les mesures d'accompagnement des aidants impliqués auprès d'un parent âgé pour réduire l'impact sur leur santé ? Le projet de loi pour expérimenter le baluchonnage en France (relayage) vient d'être validé en première lecture par les députés. Un début...

Afin de vieillir en bonne santé cognitive, neuf facteurs de risque modifiables sont référencés : faible niveau d'éducation, tabagisme, inactivité physique, dépression, hypertension artérielle, obésité, diabète, baisse de l'audition et isolement social.

Prévention de la perte d'autonomie pendant l'hospitalisation avec le risque de survenue d'une iatrogénie hospitalière : il est fait référence aux recommandations de la Haute Autorité de Santé sur ce sujet. D'autres mesures pourraient être envisagées : évaluation systématique du niveau d'autonomie à l'admission et à la sortie, mais aussi la mise en place de cet item dans la démarche de certification.

Exemples d'actions à développer

- actions relatives aux pertes d'autonomie évitables : la fragilité, la perte d'autonomie induite pendant l'hospitalisation,
- le repérage et la compensation des troubles sensoriels,
- la lutte contre l'isolement,
- le développement de la prévention dans les résidences autonomie, mais aussi en EHPAD,
- la prévention des problèmes de santé des aidants impliqués dans une relation d'aide,
- la prévention de la maltraitance.

La liste de ces actions souligne la nécessité d'une approche globale qui va bien au-delà des aspects médicaux traditionnels.

La formation

La formation doit prendre en compte cette nouvelle donne. Ainsi, plusieurs mesures sont à envisager :

- la formation des professionnels de santé à la prévention : inclure cette formation dans le développement personnel continu,
- pour développer la prévention, organiser des formations professionnelles plus ciblées et, à terme, créer de nouveaux métiers «coachs en prévention »,
- une orientation de l'éducation thérapeutique vers la prévention,
- la nécessité de campagnes grand public, type PNNS, sur les enjeux du bien vieillir.

Et demain ?

Il conviendrait de faire de la prévention une priorité de la recherche. Plusieurs pistes sont proposées par la Société française de gériatrie et gérontologie :

- améliorer la connaissance des déterminants de la perte d'autonomie liée à l'avance en âge dans le contexte français,
- identifier de nouveaux profils de sujets ayant des trajectoires particulières de déclin et étant susceptibles de bénéficier plus particulièrement de certaines mesures de prévention,
- concevoir des stratégies de prévention personnalisées, adaptatives et innovantes susceptibles de retarder le déclin des fonctions (cognitives et fonctionnelles), avec un niveau de preuve élevé et un ratio coût-efficacité performant,
- développer une recherche en sciences cognitivo-comportementales afin de permettre une adhésion la plus large possible des usagers aux actions de prévention proposées : quelles techniques, quelle communication ?

A terme, faciliter la diffusion des modèles de prévention efficaces qui retardent le vieillissement pathologique et la perte d'autonomie.

Les difficultés à faire reculer les comportements à risque : causes et conséquences



Florence MARTIN, médecin coordinateur des Centres de prévention Agirc-Arrco

Comment faire adhérer à des comportements positifs en santé : une action de Prévention primaire des Centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco

Les causes des mauvais comportements en santé sont multiples : manque de connaissances, manque de compréhension, manque de motivation, manque de moyens financiers ou de locomotion, méfiance vis-à-vis de la médecine Pour être en capacité d'adopter un comportement positif, il faut allier savoir et connaissances en santé, compétences et capacités à agir.

Les Centres de prévention Agirc-Arrco ont été créés il y a près de 40 ans pour améliorer le niveau des connaissances des retraités et personnes de plus de 50 ans en situation de vulnérabilité, tout en créant un environnement favorable à la diffusion des messages de prévention. Des professionnels de santé spécialisés en gériatrie ou en gérontologie (médecins, psychologues, animateurs, ...) y aident les bénéficiaires dans leurs prises de décision et dans leurs choix d'adoption de stratégies positives pour un mieux vieillir. Les centres participent aussi activement à une meilleure connaissance des populations vieillissantes à travers des études annuelles sur des thèmes liés à la santé.

16 centres sont répartis sur le territoire français, accueillant près de 25 000 bénéficiaires par an au cours d'un parcours de prévention qui associe un temps individuel, bilan médico psycho social, pouvant être complété par des accompagnements médicaux et/ou psychologiques et des bilans spécifiques et, éventuellement, un temps collectif composé de conférences, tables rondes ou ateliers.

Le bilan, qui fait intervenir médecin et psychologue, donne lieu à une ordonnance de prévention, composée exclusivement de conseils et d'incitation à adopter des comportements positifs, s'appuyant sur les capacités et les goûts du retraité.

Les études annuelles des centres dont l'un des objectifs est de montrer l'impact des programmes de prévention, sont regroupées dans la collection « Bien vieillir ». Elles ont débuté par des études généralistes publiées en 2005, 2009 et 2013, portant respectivement sur plus de 12 000, 4 000 et 1 000 bénéficiaires. Il a ainsi pu être mis en évidence l'importance statistiquement significative des activités pratiquées et du réseau relationnel sur l'état de santé, la relation entre l'état de santé ressenti et l'implication sociale, l'état psychologique et le niveau de vie, indépendamment de l'état de santé réel. Enfin, une tendance positive sur le plan psycho-social lors d'une visite à 5 ans et ce, malgré l'avancée en âge et l'augmentation des pathologies déclarées, sans pour autant de

diminution du sentiment de bien vieillir. Par ailleurs, il a pu être montré que le ciblage des personnes orientées vers les ateliers collectifs était bien les personnes les plus vulnérables (personnes seules, avec de faibles ressources, pratiquant peu d'activités...).

A partir de 2010, des thèmes plus ciblés, reprenant les préoccupations des bénéficiaires ont été abordés.

49% se plaignent de leur mémoire. L'étude sur la mémoire, dont l'un des objectifs était de montrer l'intérêt d'une démarche de prévention par les actions collectives de type atelier de stimulation cognitive, a mis en évidence une attitude positive de reprise du lien social, de réassurance, de meilleure estime de soi, de meilleure utilisation de sa mémoire et de diminution de l'anxiété.

En 2012, le thème de l'étude portait sur l'impact d'une approche non médicamenteuse sur la qualité du sommeil des bénéficiaires. La plainte sommeil concerne 51% des bénéficiaires reçus et celle-ci est majorée en cas de mauvais état de santé ressenti et de solitude. Après atelier, 64% des participants constataient objectivement une amélioration de l'index d'efficacité du sommeil. Sans dormir plus, ils dormaient mieux !

A travers l'étude sur la prévention des chutes, il a été montré que l'impact d'un programme collectif de travail de l'équilibre sur 5 semaines était à la fois quantitatif (amélioration des tests après atelier) et qualitatif (moins peur de sortir, plus de marche, ...), avec une fois encore un impact positif sur l'amélioration du lien social.

Sur la même thématique du physique, l'étude 2014 abordait la lutte contre la sédentarité. Elle avait pour objectif d'amener une population de personnes insuffisamment actives, 48% de l'effectif des centres, à pratiquer davantage d'activité physique en leur proposant un programme en salle sur 10 semaines. Les caractéristiques des 89 participants et des 85 témoins ont été étudiées avant et après atelier. Une augmentation significative de la pratique de la marche a pu être mise en évidence dans le groupe atelier, offrant ainsi un levier pour lutter contre la sédentarité, facilement mobilisable quelle que soit la situation sociale.

Enfin, dernier sujet abordé, la déficience auditive qui concerne 53% des bénéficiaires d'un bilan de prévention. Un des objectifs était de mesurer l'impact d'un atelier collectif sur les changements de comportements, notamment en termes de décision d'appareillage ou de durée de port d'un appareil. L'apport de connaissances, la décision d'affirmer sa gêne ou de faire plus attention à la personne concernée sont les impacts positifs de cet atelier, avec une prise de conscience des conséquences que peut avoir un isolement social dû à des difficultés de communication. Cependant, aucun impact n'a pu être mis en évidence sur la décision d'appareillage ; cela pourrait s'expliquer par le délai trop court (12 à 18 mois) pour avoir eu le temps d'effectuer toutes les démarches, ou le fait que la déficience n'était pas encore suffisamment importante pour que les bénéficiaires entrent dans cette démarche. Cependant, le fait d'avoir amélioré les connaissances du public concerné peut laisser présager que lorsque la gêne se fera réellement ressentir, ces bénéficiaires seront plus enclins à prendre la bonne décision

Pour conclure, les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco :

... sont des lieux ressources où l'information est délivrée par des professionnels de la gérontologie, ... où des accompagnements psychologiques et médicaux permettent d'aider les bénéficiaires dans leurs prises de décision, dans l'adoption de stratégies positives d'adaptation selon une approche globale.

... où des études sur des thèmes liés à la qualité de vie en vieillissant permettent une meilleure connaissance des populations reçues et des leviers pour modifier les comportements, ... et ne seraient-ils pas un des modèles de la politique de prévention primaire de demain ?



Florence SOYER, experte des comportements, directrice d'établissement

Les comportements vertueux : freins et leviers de la motivation

Au cours de la table ronde sur les causes de la difficulté à faire reculer les comportements à risque, Florence Soyer a présenté l'évolution des connaissances et de la recherche en matière de freins et leviers du changement de comportement, en illustrant avec des exemples français et internationaux, et un cas innovant de prévention primaire en Inde.

C'est dans les années 20 qu'un premier modèle, unidimensionnel, met en évidence le lien entre une attitude (c'est-à-dire une opinion, un avis, une pensée) et un comportement (je pense que fumer tue, donc je ne fume pas). Puis dans les années 50, avec l'apparition des premières campagnes d'information sur les risques, le modèle de la croyance relative (dit HBM, Health belief model) ajoute d'autres dimensions susceptibles de modifier un comportement, comme : la perception de la gravité du risque, de sa probabilité, de l'efficacité des solutions, de leurs inconvénients, et le sentiment d'auto-efficacité à y arriver. Dans les années 70 et 90, la théorie de l'action raisonnée, le modèle de motivation à se protéger, puis la théorie du comportement planifié, intègrent l'intention d'agir comme une attitude préalable au comportement, et la norme subjective (ce qu'en pensent mes pairs) comme influençant également cette intention d'agir.

A cette époque se développent les communications axées sur la peur, l'horreur, à un moment où, en plus de convaincre, une publicité doit impacter, émerger, pour être vue, lue ou entendue.

C'est dans les années 1990 que des chercheurs (Porchaska et DiClemente) valident, après la mise en évidence des critères multidimensionnels impactant le comportement, la notion de temporalité du processus, avec la théorie des stades de changement. 5 stades sont mis en évidence : la précontemplation (stade durant lequel un fumeur, par exemple, n'a pas l'intention de modifier son comportement), puis le stade de la contemplation (le fumeur a une intention d'agir mais dans les 6 mois à 2 ans, puis la phase de préparation (il élabore un plan d'action), enfin l'action puis le maintien.

En fonction des stades, ses besoins seront alors différents : un besoin d'information pour commencer, puis un besoin d'encouragement, de solutions, d'exemples, d'assistance, de solutions alternatives, etc...

Aux variables multidimensionnelles pré-citées, et au facteur de temporalité, la théorie de SULLIVAN, en 1998, prône l'habitude, comme barrière majeure du changement. Les NUDGES (ces coups de pouce peu coûteux) voient alors le jour dans les années 2000.

En sciences sociales et en management, c'est la théorie des besoins (NOA : Needs, Opportunity, Ability) qui domine. Elle définit les besoins comme le principal levier de la motivation : un besoin qui rencontre une solution va générer de la motivation, et donc de l'incitation à agir et l'adoption d'un comportement.

En management (développement, ressources humaines, ...), la pyramide des besoins de Maslow constitue l'un des outils phare et historique (1954). Maslow a défini les 5 besoins fondamentaux de l'Homme (Physiologique, Sécurité, Appartenance, Estime et Accomplissement) et l'importance de la satisfaction de ces besoins. Il précise que l'insatisfaction répétée ou à long terme est pathologique. Ainsi, des besoins insatisfaits peuvent être à l'origine de comportements à risque. Ce sont ces mêmes besoins, qui, satisfaits, peuvent engendrer des comportements plus vertueux.

L'exemple des fours PRAKTI :

En Inde, plus de 100 millions d'habitants, parmi les plus pauvres, utilisent quotidiennement des fours de cuisson traditionnels en terre. Leur fumée, très polluante pour l'environnement, engendre de nombreuses maladies respiratoires et ces fours sont responsables de 437 000 morts par an.

Face à cet enjeu de santé publique, les ingénieurs PRAKTI ont développé une gamme de four diminuant de 80% la pollution et de 50% la consommation d'énergie. Soutenue par une opération de crowdfunding, et par un crédit d'impôt, l'entreprise a pu minimiser le prix du four (condition indispensable mais pas suffisante pour convaincre).

Pour informer la population concernée, des actions très proches du terrain ont été menées. Les équipes PRAKTI ont créé des pièces de théâtre mettant en scène des usages du four par des villageois, et des démonstrations d'installation et d'utilisation ont été réalisées. Les cantines collectives des écoles ont été équipées en premier lieu.

Les avantages sur l'environnement et la santé ont été peu mis en avant car trop loin des besoins fondamentaux de ces femmes. En revanche, l'aspect économique a été communiqué. Par ailleurs, l'entreprise, qui avait déjà commercialisé ces fours au Népal, a constaté, auprès des femmes népalaises, que ce four leur permettait de moins sentir le feu de bois et donc améliorait leur employabilité. Cet argument a donc été utilisé en Inde pour convaincre les femmes d'adopter ce comportement plus vertueux.

Florence Soyer dirige un établissement pour personnes âgées du parc Agirc-Arrco et a élaboré un projet d'établissement qui repose sur la proposition d'un projet de vie avec la culture comme socle de soutien de l'autonomie.

Avant une reconversion en 2013, Florence Soyer, experte en comportement, a eu une carrière « d'éclaireuse » en institut d'études et d'opinion (sofres, Ifop) où elle gérait les activités de grande consommation, médias et santé.

Pour plus de précisions : direction@pins-boulogne.com

L'évaluation de l'impact des actions de prévention : limites actuelles et nouvelles pratiques



Julie MICHEAU, directrice scientifique à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Le constat est fait d'une relative rareté de l'évaluation aujourd'hui en matière de prévention primaire. Ce constat n'est pas propre à l'action médico-sociale. Il est vrai pour une grande part des politiques publiques. En l'absence de cadre évaluatif institué et partagé, ce sont les acteurs qui inventent de nouveaux dispositifs d'accompagnement, de prévention, d'intervention qui jouent le rôle d'auto-évaluateurs.

Face à ce déficit d'évaluation externe et scientifique, les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, mises en place dans chaque département suite à la loi d'adaptation de la société au vieillissement, témoignent d'une difficulté à faire des choix : quelle stratégie d'intervention ? Quel regard porter sur une proposition de programme d'une association ? Comment comparer des dispositifs entre eux en termes d'impact et d'efficience ?

Au Royaume Uni, il existe des *What works centres*, que l'on pourrait traduire littéralement par « centre de ressources sur ce qui marche », ou de façon plus technocratique comme « centre de preuves ». Chaque centre est dédié à une politique publique dans le champ social ou sanitaire : inspiré du NICE (National Institute for Health and Care excellence), ils portent par exemple sur la réussite éducative dans la prime enfance, la lutte contre la récidive, le développement économique local ou le bien vieillir (*ageing better*).

Leur mission est de fournir une aide à la décision pour l'encadrement de terrain de ces politiques publiques, c'est-à-dire pour les acteurs qui décident des modalités concrètes d'action sur un territoire.

Pour cela, chaque centre :

- réalise la synthèse des connaissances scientifiques et des niveaux de preuve existants sur l'impact des programmes,
- diffusent et accompagnent l'adaptation de ces résultats,
- développent des travaux d'expérimentation pour faire la preuve d'impact de stratégies intéressantes.

Un tel modèle pourrait peut-être inspirer la France pour sa politique de prévention de la perte d'autonomie. Les membres du comité national de la conférence des financeurs échangent actuellement sur l'opportunité de mettre en place un tel dispositif de centre de preuves/centre ressources sur la perte d'autonomie qui équiperait en première intention les acteurs départementaux réunis au sein de la conférence des financeurs. Bien sûr, un tel dispositif devrait d'abord s'appuyer sur les travaux et ressources existantes, il ne s'agit pas de se substituer aux acteurs déjà mobilisés autour de la validation ou du repérage des bonnes pratiques mais de créer un dispositif intégré à destination d'une cible d'usager bien précise au niveau départemental.



Christine MORONI, experte psychologue au sein du Centre de Prévention Santé Longévité, Institut Pasteur de Lille et CHU de Lille

Le centre de prévention Santé Longévité (Institut Pasteur de Lille et CHU de Lille) mêle essentiellement recherche fondamentale, recherche appliquée et prévention.

En lien étroit avec les équipes de recherche de l'Institut Pasteur de Lille, le centre s'associe également avec des experts du CHU de Lille (professeurs de médecine, psychologues, sociologues, démographes, gériatres...), la faculté des sciences du sport et de l'éducation physique ainsi que les médecins généralistes et les services sociaux territoriaux.

Cet échange permanent favorise à la fois la mise au point et la validation de tests de dépistage, d'outils de prévention et de référentiels reproductibles mais également le suivi de cohortes de sujets sains et de sujets « fragiles ».

Ce centre est ouvert aux personnes âgées de 50 ans et plus. Il réalise des études longitudinales et des évaluations de la personne dans divers domaines : nutrition, physiologie, sensoriel, cognition...

Le but de ce centre est de proposer des interventions pro-actives.



Pr. Gregory NINOT, directeur de la Plateforme Collaborative d'Evaluation des programmes de Prévention et de Soins de support, Université de Montpellier

Les actions de prévention se multiplient. Leur ambition sur la santé s'étend. De vecteurs de bien-être et relations sociales, elles prétendent améliorer les fonctions cognitives, renforcer l'état de forme, développer l'autonomie, soulager des douleurs, éviter des maladies, atténuer l'impact de pathologies, réduire les dépenses directes et indirectes de santé, et même augmenter la durée de vie. Laquelle choisir, laquelle est vraiment efficace pour la santé, laquelle est dangereuse, laquelle est abusive, laquelle n'est qu'un gadget ? Doit-on les combiner ou les utiliser consécutivement ?

Le partage sans limite des satisfactions singulières

Une expérience réussie donne le droit de recommander sa solution en disant que si elle n'a pas d'impact sur la santé, au moins elle ne peut pas faire de mal. Chacun finit par se croire expert. Chacun partage ses préférences. Le bouche à oreille s'exporte allègrement vers les réseaux sociaux devenus planétaires qui accélèrent la diffusion de ces recettes prétendument favorables à la santé humaine et sans danger. La satisfaction individuelle devient une vérité collective qui s'affiche sur certains sites Internet et dans certains ouvrages consacrés à la santé, au bien-vieillir et/ou au développement personnel. Leur développement semble sans limite encouragé en cela par des informations généralistes diffusées par des instituts prestigieux comme l'Institut National du Cancer par exemple qui annonce que 40% des cancers peuvent être évités par la prévention.

De la promotion santé aux actions de prévention

Evaluer une action de prévention signifie aller au-delà d'un message promotionnel de la santé comme une campagne médiatique sur l'arrêt du tabac (« le mois sans tabac »), un message publicitaire sur l'alimentation saine (« manger moins gras et moins salé ») ou une incitation à bouger plus (« déplacez-vous le plus possible à pieds, à vélo, en trottinette »). Si ces informations doivent être connues de tous, elles ne changent pas durablement les comportements de santé d'êtres irrationnels que nous sommes comme le démontre le dernier prix Nobel d'économie, Richard Thaler. Pire, ces informations peuvent renforcer les comportements à risque et les opinions contraires. Aller plus loin qu'une information générale de santé publique, c'est parler de méthodes de prévention dévoilant précisément leur contenu (une durée, des techniques, une théorie d'appui), leur objectif de santé et leur population cible. C'est connaître leurs effets sur des comportements de santé et des marqueurs de santé. C'est parler de méthodes efficaces, reproductibles, comparables. Ces méthodes sont appelées des interventions non médicamenteuses (INM).

Evaluer les actions de prévention, c'est d'abord les décrire et les recenser

Une INM est une action ponctuelle visant à prévenir un problème de santé (prévention primaire), à repérer précocement une maladie pour retarder son évolution (prévention secondaire) ou à éviter les complications biopsychosociales d'une maladie devenue chronique ou à risque de récurrence (prévention tertiaire). Une INM peut soigner, et dans certains cas contribuer à guérir une maladie (dépression, diabète...). Elle a un début et une fin.

« Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques » (Plateforme CEPS, 2017, www.plateforme-ceps.fr). Il existe cinq catégories d'INM :

- psychologiques santé,
- physiques santé,
- nutritionnelles santé,
- numériques santé,
- autres.

De nombreux chercheurs réclament une meilleure description de ces INM, de leur mécanisme d'action, de leur contenu, de leur dose, de leur contexte d'utilisation et de leurs effets.

La Plateforme universitaire CEPS soutenue par l'Etat français, la Région Occitanie et la Métropole de Montpellier contribue à l'identification de ces méthodes de prévention fondées sur la science à l'aide d'une ontologie des INM www.motrial.fr/npi-ontology. La finalité sera de pouvoir proposer aux usagers les INM les plus efficaces et les plus sûres en permettant aux professionnels de les ajuster aux préférences et aux modes de vie des usagers.

Evaluer les actions de prévention, vers une science des solutions et non plus des problèmes

De nombreux chercheurs réclament une procédure standardisée de validation des INM. Pour être intégrées dans un parcours de santé d'une personne, les INM devraient faire la preuve de leur efficacité (bénéfices avérés) sur la santé et de leur innocuité (sécurité). Cela signifie aller au-delà des études observationnelles comme les cohortes ou des études mécanistiques qui montrent mais ne démontrent pas l'efficacité d'une action. Pour démontrer, des études interventionnelles comparant plusieurs groupes de personnes sont nécessaires. Ce type de protocole permet d'établir une relation causale entre la solution testée et les bénéfices observés sur la santé. C'est le seul rempart contre les dérives en tout genre, notamment dans des disciplines travaillant sur l'humain. Avec une science mondialisée, on assiste à une multiplication des études interventionnelles sur les INM, plus de 50 000 publications supplémentaires tous les ans. La Plateforme CEPS propose un méta-moteur de recherche accessible en ligne gratuitement pour les identifier, MOTRIAL : www.motrial.fr

Evaluer les actions de prévention, c'est aussi optimiser leur mise en œuvre

Une fois les bénéfices santé d'une INM établis et les risques identifiés, des études d'implémentation ou de transférabilité sont nécessaires. Des agences françaises comme l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS), l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRES-P), l'Institut National du Cancer (INCA) et l'Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN) ont créé un groupe de travail pour encourager la réalisation de ce type d'études interventionnelles aval. Elles permettent d'optimiser la mise en œuvre d'INM dans des contextes de vie, des ressources et des préférences spécifiques.

Evaluer les actions de prévention, c'est mettre en place des stratégies de surveillance avec le bigdata

La mise en œuvre d'actions de prévention ne doit pas empêcher leur « surveillance » avec l'autorisation de personnes volontaires. Le bigdata de données comportementales et déclaratives ouvre ici des pistes pour à la fois optimiser les pratiques et alerter les autorités en cas de situations à risque non préalablement observées par les études amont. Un meilleur encadrement éthique et juridique de ces études non interventionnelles est nécessaire. Le recueil de données de qualité (fiabilité, régularité, pérennité), autrement dit peu biaisées, sera primordial.

gregory.ninot@umontpellier.fr / www.plateforme-ceps.fr / www.blogesante.fr

Les nouvelles pratiques préventives : Vers un changement durable des comportements des usagers : quelles évolutions ? Quelles innovations ? Quelles perspectives ?



Anne SAINT-LAURENT, directrice de l'action sociale de l'Agirc-Arrco

L'Agirc et l'Arrco sont les régimes de retraite complémentaire obligatoires des salariés du secteur privé. Ils sont complémentaires de l'assurance retraite et de la mutualité sociale agricole ; nos ressortissants sont 18 millions de retraités et 13 millions de salariés.

Les caisses de retraite Agirc et Arrco mettent en œuvre une action sociale qui s'adresse principalement aux personnes retraitées quelle que soit leur situation d'autonomie mais aussi aux personnes en situation de handicap, aux chômeurs et aux actifs. Depuis l'origine, les services sont construits selon une approche globale de la personne.

Les **16 centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco** sont des lieux ressources répartis dans toute la France où sont réalisés des bilans de prévention personnalisés pour les personnes de plus de 50 ans dans une approche pluridisciplinaire qui aborde à la fois les aspects médicaux, psychologiques et sociaux. Ils répondent à un référentiel commun.

- Plus de 25 000 « parcours » individuels,
- 58 % de femmes / 42 % d'hommes,
- Age médian : 68,5 ans,
- Evaluation déclarative : 45 % de changement de comportement après un parcours de prévention.

Les quatre déterminants du Bien vieillir :

- l'âge,
- les ressources,
- l'état psychologique,
- le lien social.

Il est possible d'agir sur ces deux derniers facteurs que sont l'état psychologique et le lien social. La présence de pathologie n'est pas un facteur déterminant.

Les générations de moins de 70 ans ont conscience de l'enjeu du vieillissement en bonne santé. Elles adoptent alors une posture d'anticipation avec une intention forte de modifier leurs comportements pour bien vieillir.

L'Agirc-Arrco publie périodiquement des études basées sur les données observationnelles de la population fréquentant les centres de prévention. Dans ces études, le constat est fait qu'une personne sur deux est concernée par la sédentarité, une personne sur deux par une mauvaise qualité de sommeil, une personne sur

deux par des troubles de l'audition, 40% par une plainte mémoire. Chacun de ces domaines a une incidence sur les fragilités, la santé, une potentielle perte d'autonomie.

Autant dire que les enjeux sont importants pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé. Il est donc essentiel de poursuivre le décroisement du système sanitaire et social et d'avoir une approche globale de la personne pour améliorer la morbidité et les coûts de santé.

Le décroisement est d'autant plus nécessaire que ces études confirment cette démarche.

Plus globalement, il serait utile d'entrer dans l'ère d'une responsabilité populationnelle en termes de santé publique, quels que soient les acteurs.

L'Agirc-Arrco, au travers des centres de prévention Bien vieillir, est prêt à partager ses informations, ses évaluations, son modèle pour que d'autres acteurs s'emparent de cette démarche et puissent l'utiliser au service du plus grand nombre.

Retrouver les études des centres de prévention :

<http://www.agircarrco-actionsociale.fr/documentation/donner-les-cles-du-bien-vieillir/>



Frédérique GARLAUD, directrice de l'action sociale de la CNAV

Présentation de la CNAV

- 14 millions de retraités
- Fond national allocation solidarité personnes âgées de 450 M€
- 322 330 bénéficiaires d'aides individuelles
- Politique interrégime : universel, collectif (+265 000 bénéficiaires d'actions collectives, 80M€ de prêt à taux zéro pour les lieux de vie collectifs), individuel (322 330 bénéficiaires)
- Enjeu repérer les publics
- Développer les partenariats

Les nouvelles pratiques

- 2014 : Partenariat interrégime/ Santé Publique France sur information et sensibilisation au bien vieillir
- Création en interrégime du guide des actions collectives : des méthodes validées de changement comportemental qui permettent aussi de lutter contre l'isolement
- Création de l'offre socle sur les déterminants du bien vieillir

Déploiement sur les territoires : 240 000 bénéficiaires 2015 (CNAV), repris par la loi d'adaptation de la société au vieillissement et les Conférences des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie (CFPPA)

- Enjeu aujourd'hui : adaptation aux différents publics constituant le public des retraités
- Ex : Bonne journée bonne santé pour public précaire (avril 2017, en interrégime retraite avec Santé Publique France) → création d'outils pour les professionnels (cartes de dialogue, livret d'accompagnement, didacticiel vidéo,...) + outils pour les retraités : calendrier, autocollants,...
- 30 000 professionnels sensibilisés, 2 656 kits commandés en 2017, ateliers de présentation pour les têtes de réseaux
- A disposition sur pourbienvieillir.fr (comme tous les outils professionnels que nous créons)

Comment faire en sorte que la prévention soit intégrée aux modes de vie ?

- Avoir une politique non stigmatisante
- Sécuriser les gestes de la vie quotidienne via les actions collectives et les aides techniques
- Produire une nouvelle génération d'aides techniques non stigmatisantes tournées vers la prévention de la perte d'autonomie
- DSIT (Direction des Services Informatique & Télécoms), 6.7M€, 63 projets innovants
- Chaque projet évalué et point commun des meilleurs : association des retraités donc non stigmatisant
- Volonté de la CNAV : mettre sur pied un pôle de compétitivité virtuel avec les financeurs, prescripteurs et évaluateurs : la CNAV pourra partager sa connaissance des attentes des retraités et les intégrer dans les processus de développement, avant éventuellement d'en intégrer à son offre

Les résultats/les effets

- Actions collectives : l'évaluation
 - Outil WebReport (MSA)
 - Au début du cycle d'actions collectives, à la fin, 3 et 6 mois après
 - On a constaté une évolution de + de 11% des personnes pratiquant une activité intellectuelle à l'issue d'un cycle
- Actions collectives : les perspectives : toucher davantage de jeunes retraités
 - Trouver de nouvelles accroches (comme l'accès aux nouveaux droits et aux nouvelles aides quand on devient retraité)
 - Trouver de nouveaux thèmes (comme la mobilité ou l'aide aux aidants)



Bruno LACHESNAIE, directeur du développement sanitaire et social de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

Présentation de la MSA

- un dispositif « dématérialisé de territoire », des programmes MSA qui vont au-devant des populations, des dispositifs de proximité ;
- une finalité d'action en prévention primaire : accompagner les publics vers un bien être global (charte Ottawa : « *la Santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être* ») ;
- adopter des comportements vertueux (actions de prévention), utiliser la prescription comme un médium, adopter une posture d'accompagnement ;
- programmes d'éducation et de promotion de la santé MSA, vers une conception d'action qui favorise les échanges et la médiation plus que la transmission de savoir.

Les nouvelles pratiques

Le rôle d'animateur d'actions de prévention :

L'animateur des actions de prévention collectives seniors est un médiateur, il n'est pas à positionner en producteur de savoir. C'est une "personne qui est l'élément dynamique d'une entreprise collective. Il propose des activités, facilite les relations entre les membres du groupe, suscite l'émulation et l'intérêt" (définition du dictionnaire). L'animateur en éducation pour la santé doit être à l'écoute du groupe et être en capacité d'analyser les besoins exprimés par celui-ci. Il utilise les techniques d'animation de groupe pour renforcer l'interactivité et l'implication des participants : « Etre acteur de sa santé ». L'ingénierie des actions menées articule l'information et la sensibilisation pour motiver.

L'animation par des bénévoles :

On ne renonce pas à confier l'animation à des bénévoles. L'éducation par les pairs permet une proximité dans les messages. Le renforcement par le groupe a un effet très important dans la motivation individuelle et collective.

Exemple MSA : les ateliers vitalité.

Pour les animateurs (salariés et bénévoles), les phases d'intégration au dispositif sont :

- 1 entretien physique avec un coordinateur, une évaluation des compétences à partir d'un référentiel commun (savoir, savoir-être, savoir-faire dans l'animation de groupe),
- transmission des résultats individuels au prestataire assurant la formation des animateurs pour une adaptation du programme de formation en présentiel (3 jours) basé sur les pratiques professionnelles et les mises en situation. Comment le contenu peut être utilisé pour favoriser la motivation de chacun à modifier ses comportements,

- le contenu des ateliers vitalité (le savoir) est travaillé par chaque animateur en distanciel (entre 2 et 3 jours).

Tous les animateurs, quelles que soient leur ancienneté et leur expérience suivent ce parcours.

Les résultats / les effets

Les ateliers vitalité en MSA :

- le nombre d'animateurs formés (80 à aujourd'hui) et à former d'ici fin juin (= 200 entre mars et juillet),
- le nombre de sessions de formation organisées : 30 sessions organisées entre fin 2017 et 1^{er} semestre 2018,
- 250 ateliers vitalité vont être organisés en 2018 sur le territoire national,
- montage d'une évaluation à compter de 2019 pour des résultats d'impacts communiqués en 2020.

Les bilans des formations des animateurs « ateliers vitalité » relèvent les points suivants :

- bonne adhésion des animateurs au programme grâce à une nouvelle dynamique dans l'ingénierie,
- changement de posture (animation de groupe + apports de connaissance).

Les premiers participants aux ateliers vitalité relèvent les points suivants :

- ateliers plus dynamiques,
- on laisse plus du temps à leur parole, pour exprimer leurs besoins...,
- bonne appréciation pour le choix donné aux participants pour le 6^{ème} module (choix entre 2 thèmes).

Des travaux sont actuellement en cours à la MSA pour modéliser et formaliser un parcours de prévention individualisé. L'objectif est de permettre aux personnes de créer leur propre parcours en fonction de l'analyse de leurs besoins. Cela passera par un outil dématérialisé (application). Chaque personne pourra saisir ses besoins identifiés, ses comportements et ses habitudes. Une orientation vers diverses réponses sera alors délivrée.

Le nom choisi et déposé est VITA SANTE.

Zoom sur la littératie en matière de prévention



Emmanuelle **HAMEL**, responsable unité personnes âgées et populations vulnérables à Santé Publique France

Selon la définition donnée par l'OCDE en 2013, la littératie est la « capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'approprier des textes écrits pour participer à la société, réaliser ses objectifs et développer ses connaissances et son potentiel ». Elle concerne tous les domaines de la vie quotidienne : littératie administrative, littératie financière etc.

L'OCDE a proposé en 2000 une classification en cinq niveaux, du plus faible aux plus élevés (niveaux 4 et 5). Le niveau 3 correspond au niveau permettant de terminer le cycle d'études secondaires. Il est considéré comme le minimum convenable pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail. **En France : 60% des Français ont un niveau de littératie inférieur ou égal à 2 (OCDE, enquête PIAAC, 2012). C'est donc la majorité de la population française qui est concernée.**

Dans le domaine de la santé, la littératie est définie comme « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans des contextes de soins, de prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie » (Sorenson et al. 2012). La littératie est aujourd'hui reconnue comme un **déterminant majeur de la santé**. Elle met en jeu les possibilités de comprendre des informations, d'accéder à des services de soins et de prévention, de participer à des programmes de dépistage.

Pour répondre aux enjeux posés, Santé publique France a développé des supports et des outils selon une démarche de conception universelle. Cette démarche est aujourd'hui largement répandue dans le domaine du design (« design for all ») ou de l'architecture. Elle consiste à concevoir les dispositifs pour qu'ils soient d'emblée accessibles au plus grand nombre, sans nécessiter d'adaptation spécifique. Cette approche appliquée à l'information s'appuie sur une démarche inclusive associant étroitement les usagers à chaque étape de conception. Elle insiste également sur la responsabilité des organisations et des professionnels afin prendre en compte la diversité des publics.

La **collection « Pour comprendre »** propose des brochures et des vidéos sur plusieurs thématiques. Elle tient compte des besoins des différents publics, avec un soin tout particulier apporté au design graphique et éditorial : choix de ne transmettre que les messages essentiels, vocabulaire et français qui facilitent la lecture, un dessin pour illustrer chaque message (« une idée = un dessin »). Les illustrations requièrent un travail important : elles doivent être le plus juste possible sans laisser de place aux erreurs d'interprétation. Ces supports peuvent être utilisés en lecture seule ou accompagnée par des professionnels.

Afin de capitaliser sur l'expérience acquise par Santé publique France et ses partenaires, un guide opérationnel co-écrit avec une équipe québécoise rassemble des indications pratiques pour concevoir une communication selon cette approche de conception universelle. Il sera prochainement mis à disposition.

Zoom sur les publics précaires



Olivier SMADJA, chef de projet, Direction prévention-promotion de la santé, Santé Publique France

L'exemple de la campagne du « Mois sans tabac »

A l'origine de 73 000 décès chaque année en France, le tabagisme constitue la première cause de mortalité évitable en France. Le tabagisme est d'ailleurs à un niveau très élevé en France au regard des prévalences observées dans les autres pays européens. Le tabagisme est de plus caractérisé par de très fortes inégalités sociales de santé. Si 28,7 % des 15-75 ans sont fumeurs quotidiens en 2016¹, il existe une différence de 20 points environ selon le statut d'activité (49,7 % de fumeur chez les personnes au chômage vs 30,6 % de fumeur chez les personnes en activité), le revenu par unité de consommation ou le niveau d'étude.

La lutte contre le tabagisme implique d'agir sur différents registres :

- en modifiant l'environnement du fumeur (prix du tabac, espaces sans tabac, interdiction de publicité, offre de soins)
- en incitant les fumeurs à arrêter de fumer (communication, éducation pour la santé) et les plus jeunes à ne pas commencer à fumer.

La communication constitue donc un type d'action pour lutter contre le tabagisme. En tant que telle, la communication dans le domaine de la santé a beaucoup évolué en s'inspirant des stratégies du marketing commercial. C'est la raison pour laquelle on parle désormais de marketing social. On désigne ainsi une stratégie globale de communication, tous canaux confondus, qui s'appuie sur une analyse de sa cible, de ses comportements en matière de santé, de ses connaissances, etc.

Dans cet esprit, Santé publique France a déployé une opération de marketing social, « Mois sans tabac », qui a pour objectif d'inciter les fumeurs à faire une tentative d'arrêt pendant un mois, en novembre. Il s'agit de la durée au-delà de laquelle les symptômes de sevrage sont considérablement réduits, multipliant par 5 les chances de succès dans le sevrage. Cette opération s'inspire d'une opération anglaise Stoptober, déployée pour la première fois en 2012, et dont l'efficacité a été démontrée.

¹ Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016, Anne Pasquereau et al. Santé publique France

« Mois sans tabac » s'appuie sur un dispositif de communication plurimedia (TV, radio, affichage, web et mobile) et des actions de proximité portées par des partenaires nationaux et régionaux. L'opération est constituée de 3 grand temps successifs. Le mois de septembre est consacré à l'information des professionnels de santé. En octobre, les fumeurs sont invités à s'inscrire à l'opération et à préparer leur arrêt. Le mois de novembre est le « mois sans tabac » pendant lequel les candidats à l'arrêt sont soutenus dans leur démarche.

En 2017, la deuxième édition de « Mois sans tabac » a été marquée par une présence plus importante sur les réseaux sociaux, notamment via des groupes thématiques ou régionaux sur Facebook, et la présence d'ambassadeurs médiatiques, Michel Cymes et Laurent Romejko. Cette deuxième édition a permis d'inscrire près de 160 000 participants et d'agrèger plus de 10 000 partenaires qui ont relayé l'opération. Les premières données sur l'efficacité de « Mois sans tabac » seront publiées fin mai 2018 dans le [Bulletin épidémiologique hebdomadaire](#).

Pour atteindre les populations qui fument le plus, « Mois sans tabac » déploie 4 types d'intervention :

- une stratégie spécifique d'achat d'espace publicitaire pour mieux cibler les catégories socioprofessionnelles inférieures, couplée à une stratégie de partenariat média avec France Télévision pour rendre « Mois sans tabac » visible dans les programmes du groupe,
- une politique partenariale très forte, tant au niveau national que régional, qui permette d'agrèger des acteurs qui interviennent auprès des publics cible (Pôle emploi, la CNAF, etc),
- des outils (affiches, flyers, brochures, kit d'aide à l'arrêt du tabac) très accessibles, entièrement gratuits pour faciliter le partenariat,
- une collaboration renforcée avec les Ordres de professionnels de santé pour améliorer leur implication dans l'opération.