55 – 75 ANS : UN AGE D'OPPORTUNITES POUR *BIEN VIEILLIR* ET *VIEILLIR BIEN*

Rapport – mission ministérielle

Luc BROUSSY, Président de France Silver Eco

Et le comité de pilotage :

Sandrine ANDRIEU, Chef du service d'Épidémiologie Clinique et de Santé Publique, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, CHU de Toulouse

Cédric ANNWEILER, Chef du service de gériatrie du CHU d'Angers, professeur des universités en gériatrie et biologie du vieillissement, Président du gérontopôle Pays de la Loire

Emmanuelle CAMBOIS, Directrice de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED) et Directrice de l'Institut de la longévité, des vieillesses et du vieillissement (ILVV)

Olivier GUERIN, Chef du Pôle réhabilitation autonomie vieillissement (RAV) au CHU de Nice, Président du CNP de gériatrie, VP de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)

REMERCIEMENTS

Le comité de pilotage souhaite tout d'abord remercier l'ensemble des contributeurs, à travers leurs réponses au questionnaire et pour leur disponibilité dans le cadre des différents entretiens qualitatifs qui ont été menés (la liste nominative se trouve en annexe, à la fin du document).

Le comité de pilotage souhaite également remercier les personnes suivantes pour leur contribution à cette mission :

- Mathieu Alapetite, Directeur général de France Silver Eco
- Ritchcard Bervin, Chargé de mission, France Silver Eco
- Caroline Jaegy, Chargée de mission, France Silver Eco (lors de sa contribution)
- Frédéric Rodrigues, Directeur général du Gérontopôle Sud

SYNTHESE DES PRECONISATIONS

	N°	Préconisation
Axe I **Agir précocement sur les déterminants du vieillissement : agir avant l'apparition des fragilités**	1	Inscrire la lutte contre les conduites addictives et en particulier tabagisme dans une stratégie nationale de vieillissement en bonne santé
	2	Renforcer la politique vaccinale dès 55 ans pour prévenir la perte d'autonomie
	3	Développer une stratégie nationale de littératie en santé au service du vieillissement en bonne santé
	4	Informer massivement sur la diversité des conditions de santé en avançant en âge
	5	Susciter des projets pour sa vieillesse et anticiper les difficultés liées à l'apparition de troubles de santé
Axe II **Adapter les compétences aux enjeux du vieillissement : former les professionnels aux connaissances de demain**	6	Intégrer la prévention et la recherche sur le vieillissement dans la formation des professionnels de santé
Axe III **Transformer l'organisation du système de santé : faire de la prévention un principe structurant des parcours de soins**	7	Refonder les soins primaires pour faire de la prévention un pilier de l'organisation des soins et tendre vers la fin du paiement à l'acte
	8	Réorganiser les établissements de santé afin de les rendre efficients face à l'évolution des besoins de leurs patients vieillissants
	9	Organiser la prévention en amont de la perte d'autonomie et poursuivre la prévention pour limiter son aggravation lorsqu'elle existe

	N°	Préconisation
Axe IV **Préparer les politiques publiques au vieillissement de demain : organiser les parcours territoriaux et investir dans la recherche pour anticiper les défis futurs**	10	Généraliser le programme ICOPE de l'OMS comme outil de repérage précoce du déclin de la capacité intrinsèque
	11	Structurer des parcours territoriaux intégrés de prévention et de repérage précoce en s'appuyant notamment sur le couple élus locaux/employeurs
	12	Faire de la recherche sur le vieillissement une priorité nationale
	13	Promouvoir une approche de la prévention qui intègre les trajectoires de vie
	14	Faire du vieillissement une opportunité économique et un gisement de création d'emplois non délocalisables
Axe V **Mobiliser des financements innovants afin de mettre en œuvre rapidement des actions concrètes sur le terrain**	15	Expérimenter le contrat à impact social comme outil de financement de la prévention de la perte d'autonomie

Axe I
AGIR PRÉCOCEMENT SUR LES DÉTERMINANTS DU VIEILLISSEMENT : AGIR AVANT L'APPARITION DES FRAGILITÉS

Préconisation n°1 : Inscrire la lutte contre les conduites addictives et en particulier tabagisme dans une stratégie nationale de vieillissement en bonne santé

Constat

Le tabagisme demeure l'un des principaux déterminants évitables de maladies chroniques, de perte d'autonomie et de mortalité prématurée. Malgré les progrès enregistrés ces dernières années, la politique française repose encore principalement sur le levier fiscal. Si celui-ci demeure indispensable, son efficacité apparaît aujourd'hui insuffisante lorsqu'il est mobilisé de manière isolée. Une approche davantage intégrée, associant prévention, accompagnement au sevrage, réduction des risques et des dommages, mobilisation des acteurs de proximité et information fondée sur les connaissances scientifiques les plus récentes apparaît désormais nécessaire pour renforcer l'efficacité des politiques publiques et favoriser un vieillissement en bonne santé.

Recommandation

Inscrire la lutte contre le tabagisme comme un axe structurant de la politique nationale de prévention du vieillissement en développant une stratégie globale visant prioritairement la réduction du tabagisme combustible. Cette stratégie devra articuler des actions de prévention, un accompagnement renforcé au sevrage, une politique de réduction des risques et des dommages fondés sur les données scientifiques les plus récentes, une information des fumeurs reposant sur des connaissances scientifiques actualisées ainsi qu'une mobilisation coordonnée des acteurs de proximité. Dans cette perspective, une évolution de la politique fiscale devra être étudiée afin de mieux tenir compte du niveau de risque relatif des différents produits nicotiniques. Cette approche reposera sur le maintien d'une fiscalité élevée applicable au tabac combustible tout en favorisant, pour les fumeurs adultes qui ne parviennent pas à arrêter immédiatement, l'accès à des alternatives présentant un risque significativement inférieur, dans le cadre d'une démarche de réduction des risques et des dommages dont l'objectif demeure l'arrêt définitif du tabagisme.

Conditions de mise en œuvre

Cette stratégie devra être portée conjointement par le ministère chargé de la Santé, la Direction générale de la santé, Santé publique France, la Haute Autorité de santé et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Elle reposera sur le renforcement des dispositifs d'aide au sevrage fondés sur les données probantes, une meilleure prise en compte des dimensions comportementales de l'addiction, le développement d'une information reposant sur les connaissances scientifiques actualisées concernant les différents produits nicotiniques, ainsi que sur la mobilisation des buralistes comme relais d'information, d'orientation vers les dispositifs d'aide à l'arrêt et de lutte contre le marché parallèle. Un dispositif national d'évaluation permettra d'apprécier régulièrement les effets sanitaires, sociaux et économiques de cette stratégie.

Effets attendus

Cette stratégie contribuera à réduire durablement le tabagisme combustible, à prévenir les pathologies chroniques associées au vieillissement, à améliorer l'espérance de vie en bonne santé et à retarder la

perte d'autonomie. Elle renforcera également l'efficience des politiques publiques de prévention en réduisant les inégalités sociales de santé et en mobilisant de manière cohérente l'ensemble des leviers disponibles.

Préconisation n°2 : Renforcer la politique vaccinale dès 55 ans pour prévenir la perte d'autonomie

Constat

La vaccination constitue l'un des leviers les plus efficaces de prévention des maladies infectieuses et de leurs complications chez les personnes avançant en âge. Pourtant, les recommandations vaccinales demeurent aujourd'hui principalement centrées sur le seuil de 65 ans, alors même que le déclin immunitaire débute plus précocement et que de nombreuses pathologies chroniques apparaissent entre 55 et 75 ans. Dans un contexte de vieillissement démographique, une évolution de la politique vaccinale apparaît nécessaire afin d'inscrire davantage la vaccination dans une stratégie globale de prévention du vieillissement en bonne santé.

Recommandation

Engager, avec la Haute Autorité de santé et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie, une révision des recommandations vaccinales afin d'abaisser à 55 ans l'âge recommandé pour les principales vaccinations de l'adulte, sur la base des connaissances scientifiques les plus récentes. Cette évolution vise à faire de la vaccination un levier majeur de prévention du vieillissement, en anticipant la protection des personnes avant l'apparition des premières fragilités liées à l'âge. Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé, généraliser le recours aux vaccins antigrippaux augmentés (à haute dose ou adjuvantés) chez les populations éligibles, afin d'améliorer la protection contre les formes graves de grippe, de réduire les complications infectieuses et de renforcer l'efficacité de la stratégie vaccinale.

Conditions de mise en œuvre

Cette évolution devra être conduite sous l'égide de la Haute Autorité de santé, en lien avec la Caisse nationale de l'Assurance Maladie, les sociétés savantes concernées et les autorités sanitaires compétentes, afin d'actualiser les recommandations vaccinales sur la base des connaissances scientifiques les plus récentes. Elle devra s'accompagner d'une adaptation des modalités de prise en charge, d'une mobilisation renforcée des professionnels de santé de premier recours et d'actions de communication reposant sur des connaissances scientifiques actualisées afin de renforcer l'adhésion vaccinale et de lutter contre la désinformation.

Effets attendus

L'abaissement à 55 ans de l'âge recommandé pour les principales vaccinations contribuera à réduire l'incidence des infections évitables, à limiter leurs complications et leurs conséquences fonctionnelles, à préserver l'autonomie des personnes avançant en âge et à diminuer les hospitalisations évitables. En faisant de la vaccination un levier central de la prévention, cette évolution renforcera l'efficacité des politiques publiques de vieillissement en bonne santé et contribuera à améliorer la soutenabilité du système de santé.

Préconisation n°3 : Développer une stratégie nationale de littératie en santé au service du vieillissement en bonne santé

Constat

L'accès à une information fiable, compréhensible et scientifiquement validée constitue un déterminant majeur de la prévention. Pourtant, les personnes de 55 à 75 ans sont aujourd'hui exposées à une multiplication de messages de santé de qualité très variable, largement diffusés sur les réseaux sociaux et les plateformes numériques. Cette situation favorise la diffusion de fausses informations, entretient des croyances erronées et peut compromettre l'adoption de comportements favorables au vieillissement en bonne santé. Dans ce contexte, le renforcement de la littératie en santé constitue un levier stratégique pour améliorer les connaissances de la population, développer son esprit critique et favoriser des choix éclairés en matière de prévention.

Recommandation

Déployer une stratégie nationale de littératie en santé destinée à la population générale, faisant de l'accès à une information scientifique fiable un pilier des politiques de prévention du vieillissement. Cette stratégie devra favoriser la diffusion de contenus accessibles, fondés sur les connaissances scientifiques les plus récentes, afin de renforcer la capacité des citoyens à comprendre, évaluer et utiliser les informations relatives à leur santé tout au long de l'avancée en âge. Créer un Observatoire national du vieillissement en bonne santé, chargé de produire, valider, actualiser et diffuser des contenus scientifiques de référence à destination du grand public, des professionnels de santé et des acteurs de la prévention. Cet observatoire aura également pour mission d'assurer une veille sur la désinformation en santé, d'identifier les fausses informations susceptibles d'altérer les comportements de prévention et de promouvoir une information reposant sur les connaissances scientifiques les plus récentes.

Conditions de mise en œuvre

Cette stratégie devra être pilotée par les pouvoirs publics, en lien avec Santé publique France, la Haute Autorité de santé, les sociétés savantes, les universités, les organismes nationaux de recherche et les acteurs de la médiation scientifique. Elle reposera sur le développement de contenus scientifiques validés, régulièrement actualisés et déclinés dans des formats accessibles, diffusés notamment par les réseaux sociaux, les médias numériques et les principaux canaux d'information utilisés par la population. Elle s'appuiera sur la mobilisation de professionnels de santé, de chercheurs, d'associations et de créateurs de contenus afin de favoriser la diffusion d'informations fiables, de renforcer la confiance dans les messages de santé publique et de lutter efficacement contre la désinformation.

Effets attendus

Le développement de la littératie en santé contribuera à renforcer les compétences de la population en matière de prévention, à favoriser l'adoption de comportements favorables au vieillissement en bonne santé et à améliorer le recours aux interventions préventives. La création d'un Observatoire national du vieillissement en bonne santé permettra de disposer d'une référence nationale pour la production et la diffusion de connaissances scientifiques fiables, renforçant ainsi la qualité de l'information en santé, la confiance des citoyens et l'efficacité des politiques publiques de prévention. À plus long terme, cette stratégie contribuera à réduire les inégalités sociales de santé et à promouvoir une culture durable de la prévention.

Préconisation n°4 : Informer massivement sur la diversité des conditions de santé en avançant en âge

Constat

La représentation négative des années de vieillesse, due à la méconnaissance qu'en a la société, entraîne un désintérêt, voire un refus de les considérer. Or la prévention ne peut fonctionner que si chacun s'y projette, comme dans les autres moments-clés de la vie. Adapter ses pratiques et anticiper des solutions qui amélioreront la qualité de vie lors de la survenue de troubles de santé nécessite de produire et de diffuser une connaissance juste de la manière dont chacun peut agir.

Recommandation

Soutenir la production de données et de connaissances sur les conditions de vie et l'état de santé des personnes de 65 ans et plus, incluant des données représentatives jusqu'aux grands âges, afin de susciter chez chacun l'envie de se projeter dans sa propre vieillesse et d'anticiper d'éventuelles difficultés de santé.

Conditions de mise en œuvre

Cette démarche suppose la mobilisation des organismes de recherche et de statistiques publiques (Drees, Insee, cohortes de recherche) pour produire des données représentatives et actualisées, ainsi que leur diffusion sous des formats accessibles au grand public, en lien avec les acteurs de la prévention et de la communication publique.

Effets attendus

Une meilleure connaissance des conditions de vie et de santé aux grands âges favorisera l'adhésion de la population à la démarche de prévention, en levant les représentations négatives et les freins culturels qui empêchent aujourd'hui chacun de se projeter dans son propre vieillissement.

Préconisation n°5 : Susciter des projets pour sa vieillesse et anticiper les difficultés liées à l'apparition de troubles de santé

Constat

Les personnes avançant en âge, ainsi que leurs proches, manquent d'information simple et accessible sur les signes avant-coureurs de difficultés de santé et sur les réflexes à adopter.

Recommandation

Multiplier les médias informant sur la manière de reconnaître les signes avant-coureurs de difficultés de santé (pour soi et pour ses proches, quel que soit l'âge) et sur les réflexes permettant de trouver des solutions simples dans la plupart des cas, en mobilisant les acteurs publics, privés, nationaux et locaux bien en amont des âges critiques.

Conditions de mise en œuvre

Cette information devra être portée conjointement par les pouvoirs publics, les collectivités locales et les acteurs privés, à travers des campagnes et des supports variés adaptés à tous les publics.

Effets attendus

Une détection plus précoce des difficultés de santé, une meilleure orientation vers les dispositifs existants et une réduction des situations de rupture liées à un repérage tardif.

Axe II
ADAPTER LES COMPÉTENCES AUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT : FORMER LES PROFESSIONNELS AUX CONNAISSANCES DE DEMAIN

Préconisation n°6 : Intégrer la prévention et la recherche sur le vieillissement dans la formation des professionnels de santé

Constat

Le vieillissement de la population transforme durablement les besoins de santé et impose une évolution des compétences des professionnels. Pourtant, les formations initiales et continues des professions médicales et paramédicales accordent encore une place insuffisante aux mécanismes biologiques du vieillissement, aux stratégies de prévention, aux enjeux de santé mentale et de bien-être psychique et aux approches fondées sur la géroscience. Ce décalage limite le développement d'une véritable culture de la prévention tout au long du parcours de vie et freine l'intégration des connaissances scientifiques les plus récentes dans les pratiques professionnelles.

Recommandation

Intégrer la prévention du vieillissement et la géroscience comme composantes essentielles des formations initiales et continues des professionnels de santé, afin de renforcer les compétences nécessaires à la promotion du vieillissement en bonne santé et à la prévention de la perte d'autonomie. Cette évolution devra conduire à l'introduction progressive, dans les cursus médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux, d'enseignements consacrés aux mécanismes du vieillissement, aux biomarqueurs du vieillissement, aux interventions préventives fondées sur les connaissances scientifiques les plus récentes, aux interventions non médicamenteuses, ainsi qu'aux déterminants biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux du vieillissement.

Faire évoluer les cursus de formation initiale en psychologie clinique et en neuropsychologie au sein des programmes des facultés de médecine (actuellement dispensés par les facultés de lettres) afin d'intégrer pleinement la dimension du bien-être psychique dans les cursus de formation des professionnels de santé.

Conditions de mise en œuvre

Cette réforme devra être conduite par les ministères chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur, en lien avec les universités, les conférences des doyens, les organismes de formation des professions de santé, les sociétés savantes et les organismes nationaux de recherche. Elle reposera sur une actualisation progressive des référentiels de formation, le développement de modules d'enseignement communs aux différentes professions de santé, le renforcement de la formation continue et le soutien à des programmes de formation reposant sur les connaissances scientifiques les plus récentes en géroscience et en prévention.

Effets attendus

Cette évolution permettra de développer une culture commune de la prévention chez l'ensemble des professionnels de santé, de favoriser une meilleure diffusion des innovations scientifiques dans les pratiques cliniques et de renforcer la capacité du système de santé à promouvoir un vieillissement en bonne santé. À plus long terme, elle contribuera à améliorer la qualité des prises en charge, à renforcer la prévention de la perte d'autonomie et à accompagner l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques.

Axe III
TRANSFORMER L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ : FAIRE DE LA PRÉVENTION UN PRINCIPE STRUCTURANT DES PARCOURS DE SOINS

Préconisation n°7 : Refonder les soins primaires pour faire de la prévention un pilier de l'organisation des soins et tendre vers la fin du paiement à l'acte

Constat

Le système de santé français demeure largement organisé autour d'une logique curative et d'un recours aux soins souvent déclenché après l'apparition des premières complications. Cette organisation ne permet pas de répondre pleinement aux enjeux du vieillissement de la population ni de développer une prévention continue, coordonnée et de proximité. Les professionnels de santé de premier recours disposent pourtant d'un rôle essentiel pour promouvoir le vieillissement en bonne santé, prévenir la perte d'autonomie, repérer précocement les situations de fragilité et accompagner les personnes les plus vulnérables. Cette ambition demeure toutefois limitée par une organisation encore insuffisamment territorialisée et par des modes de financement qui valorisent davantage l'activité que la prévention.

Recommandation

Refonder l'organisation des soins primaires afin de faire de la prévention un pilier structurant du système de santé. Cette évolution devra s'appuyer sur le développement d'équipes de soins primaires territorialisées, pluriprofessionnelles et coordonnées, capables d'assurer un accompagnement préventif continu des personnes de 55 à 75 ans et de garantir une gradation adaptée des parcours de santé. Renforcer, dans ce cadre, le rôle des infirmiers en pratique avancée, en articulation avec les médecins traitants et l'ensemble des professionnels de santé, afin de développer le repérage précoce des fragilités, le suivi des personnes à risque, les actions de prévention et l'accompagnement des parcours. Faire évoluer progressivement les modalités de financement des soins primaires vers une rémunération fondée sur la complexité des situations, la coordination des parcours, les actions de prévention et les résultats en santé, avec pour objectif une suppression progressive du paiement à l'acte. Cette évolution devra permettre de valoriser les démarches d'« aller vers », l'accompagnement des personnes les plus vulnérables, les actions de prévention et le temps consacré à la coordination des parcours.

Conditions de mise en œuvre

Cette réforme devra être conduite par les ministères chargés de la Santé et de l'Autonomie, en lien avec la Caisse nationale de l'Assurance Maladie, les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les représentants des professions de santé. Elle reposera sur le renforcement des organisations territoriales de soins, le développement des équipes pluriprofessionnelles, une montée en compétence des infirmiers en pratique avancée dans le champ de la prévention, ainsi que sur l'expérimentation puis le déploiement progressif de nouveaux modèles de financement favorisant la prévention, la coordination des parcours, l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité et la prise en compte de la complexité des situations.

Effets attendus

Cette réforme contribuera à renforcer la prévention tout au long du parcours de vie, à améliorer le repérage précoce des fragilités, à prévenir la perte d'autonomie et à réduire les ruptures de parcours. Elle favorisera une meilleure coordination entre les professionnels de santé, une utilisation plus efficiente des ressources disponibles et une organisation des soins davantage centrée sur les besoins des personnes que sur les épisodes de maladie. À plus long terme, elle participera à la soutenabilité du

système de santé en réorientant progressivement celui-ci vers une logique de prévention, d'anticipation et d'accompagnement des parcours de vie.

Préconisation n°8 : Réorganiser les établissements de santé afin de les rendre efficients face à l'évolution des besoins de leurs patients vieillissants

Constat

Les admissions non programmées à l'hôpital des personnes âgées polypathologiques constituent un facteur majeur de déclin fonctionnel et de perte d'autonomie. L'hospitalisation expose fréquemment ces patients à des complications évitables, notamment liées à l'immobilisation, à la dénutrition, aux troubles cognitifs, aux effets indésirables médicamenteux ou aux ruptures de parcours. Si les filières gériatriques ont démontré leur intérêt, leur mobilisation reste hétérogène sur le territoire et intervient souvent trop tardivement dans le parcours hospitalier. Une évolution de l'organisation des établissements de santé apparaît aujourd'hui nécessaire afin de faire de la prévention de la dépendance iatrogène un objectif prioritaire de la prise en charge hospitalière.

Recommandation

Réorganiser les établissements de santé afin de garantir une prise en charge précoce, coordonnée et adaptée des personnes âgées admises en urgence, en faisant de la prévention de la dépendance iatrogène un objectif prioritaire des parcours hospitaliers. Structurer, au sein des établissements de santé, des filières hospitalières post-urgences dédiées aux personnes âgées polypathologiques (plateaux hospitaliers), intégrant dès l'admission une expertise gériatrique médicale, soignante et pluriprofessionnelle. Ces filières devront permettre une évaluation gériatrique globale, la prévention précoce des complications liées à l'hospitalisation, la mise en œuvre d'interventions destinées à préserver les capacités fonctionnelles et cognitives, ainsi que la préparation anticipée du retour au domicile ou de l'orientation vers la structure la plus adaptée.

Conditions de mise en œuvre

Cette réforme devra être portée par les ministères chargés de la Santé et de l'Autonomie, en lien avec les agences régionales de santé, les établissements de santé et les communautés professionnelles concernées. Elle reposera sur le déploiement progressif de filières hospitalières post-urgences dédiées aux personnes âgées polypathologiques, le renforcement des équipes mobiles de gériatrie, l'intégration systématique d'une expertise gériatrique dès l'admission des patients âgés, ainsi que sur la diffusion de protocoles de prévention de la dépendance iatrogène. Une articulation renforcée avec les soins primaires, les structures médico-sociales et les dispositifs d'appui à la coordination devra permettre de sécuriser les sorties d'hospitalisation et de prévenir les ruptures de parcours.

Effets attendus

Cette réforme contribuera à réduire les complications liées à l'hospitalisation, à préserver les capacités fonctionnelles et cognitives des personnes âgées, à limiter les pertes d'autonomie évitables et à améliorer la qualité des parcours hospitaliers. Elle favorisera également une meilleure coordination entre l'hôpital, les soins primaires et le secteur médico-social, tout en contribuant à une utilisation plus efficiente des ressources hospitalières et à une réduction des réhospitalisations évitables.

Préconisation n°9 : Organiser la prévention en amont de la perte d'autonomie et poursuivre la prévention pour limiter son aggravation lorsqu'elle existe

Constat

La prévention se limite trop souvent au repérage et aux soins des troubles de santé, sans couvrir les solutions concrètes de maintien de l'autonomie dans les activités qui comptent pour la personne âgée.

Recommandation

Déployer et faire connaître les solutions permettant de maintenir l'autonomie dans les activités essentielles (aménagement du logement, appareillage...), à chaque étape du développement des incapacités et de la perte d'autonomie.

Conditions de mise en œuvre

Cette action nécessite l'implication des acteurs de l'aménagement du domicile, des filières d'aides techniques, ainsi que des professionnels de santé et du médico-social chargés d'orienter les personnes vers ces solutions dès les premiers signes de fragilité.

Effets attendus

Un maintien plus long de l'autonomie dans les activités essentielles, une réduction du recours tardif et coûteux aux aides, et une meilleure qualité de vie des personnes concernées.

Axe IV
PRÉPARER LES POLITIQUES PUBLIQUES AU VIEILLISSEMENT DE DEMAIN : ORGANISER LES PARCOURS TERRITORIAUX ET INVESTIR DANS LA RECHERCHE POUR ANTICIPER LES DÉFIS FUTURS

Préconisation n°10 : Généraliser le programme ICOPE de l'OMS comme outil de repérage précoce du déclin de la capacité intrinsèque

Constat

Le vieillissement de la population expose à un risque de déclin de la capacité intrinsèque (CI), que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit comme la combinaison des capacités physiques, mentales et psychologiques d'une personne, évaluée à travers cinq domaines clés : la locomotion, la vitalité, la santé mentale, la cognition et les capacités sensorielles (vision et audition). Ce déclin s'accélère significativement à partir de 50 ans. Le programme ICOPE (Integrated Care for Older People), développé par l'OMS, propose un dispositif structuré en cinq étapes : un repérage du déclin de la CI, une évaluation approfondie des fonctions en cas d'anomalie détectée, l'élaboration d'un plan personnalisé de soins et de prévention, la mise en œuvre du parcours correspondant, et enfin la mobilisation des ressources de proximité. Plusieurs travaux récents, dont une étude menée sur plus de 20 000 adultes français de 60 ans et plus à partir des données de dépistage ICOPE en soins primaires[1], montrent qu'un plus grand nombre de domaines de la CI altérés au dépistage est associé à une probabilité accrue de déclin fonctionnel, résultat confirmé par une méta-analyse récente montrant le

[1] Berbon C, et al. Implementing the WHO ICOPE Program in Clinical Practice. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2025.

caractère prédictif de la CI sur le déclin et la mortalité. L'académie nationale de médecine souligne dans un rapport récent l'intérêt de cette approche[2]. Malgré une généralisation nationale annoncée pour 2025-2026 dans le cadre de la stratégie « Bien vieillir », le déploiement du programme reste inégal et insuffisamment articulé avec des parcours de prévention personnalisés en aval du repérage.

Recommandation

Généraliser le programme ICOPE sur l'ensemble du territoire national en intégrant son étape de repérage, sous forme d'auto-questionnaire numérique et d'application ICOPE Monitor, aux dispositifs existants tels que Mon espace santé et le bilan Mon bilan prévention de l'Assurance maladie. Tout repérage positif devra systématiquement être suivi d'une évaluation approfondie des cinq domaines de la capacité intrinsèque, puis de l'élaboration d'un plan personnalisé de soins et de prévention mis en œuvre avec les acteurs de proximité (médecins traitants, professionnels paramédicaux, structures territoriales de coordination). Une attention particulière sera portée à l'abaissement de l'âge d'entrée dans la démarche, le déclin de la capacité intrinsèque s'accélérant dès 50 ans, sans pour autant fixer de borne d'âge supérieure limitant l'accès au dispositif.

Conditions de mise en œuvre

Le déploiement sera porté par le ministère chargé de la Santé et l'Assurance maladie, en lien avec l'Organisation mondiale de la santé, les Agences régionales de santé et les acteurs de soins primaires déjà mobilisés dans le cadre du programme ICOPE et de la stratégie « Bien vieillir ». Il s'appuiera sur les outils numériques déjà développés (application ICOPE Monitor, auto-questionnaires de la CNAM) et sur l'analyse fine des données de repérage et la personnalisation des plans de prévention, en particulier dans les territoires où l'offre de professionnels de santé est limitée. Une articulation étroite avec les consultations de prévention et les parcours territoriaux de prévention devra être assurée afin d'éviter toute rupture entre le repérage et la prise en charge.

Effets attendus

Un repérage plus précoce et plus systématique du déclin de la capacité intrinsèque permettra de retarder l'entrée dans la dépendance et de renforcer l'efficacité des politiques de prévention du vieillissement. Généralisé et articulé avec des parcours de prévention personnalisés, ce dispositif pourrait contribuer à réduire la prévalence de la perte d'autonomie, dans la continuité de la tendance déjà observée en France entre 2015 et 2022. Il permettra également de mieux objectiver, à l'échelle de la population, l'impact des politiques de prévention du vieillissement en bonne santé.

Préconisation n°11 : Structurer des parcours territoriaux intégrés de prévention et de repérage précoce en s'appuyant notamment sur le couple élus locaux/employeurs

Constat

Les actions de prévention demeurent aujourd'hui largement dispersées entre de nombreux acteurs et insuffisamment articulées avec les parcours de soins. Cette fragmentation limite le repérage précoce des situations de fragilité, retarde la mise en œuvre d'interventions préventives et favorise les ruptures de parcours. Face aux enjeux du vieillissement, une meilleure intégration des dimensions biologiques, cliniques, psychologiques, sociales et environnementales apparaît indispensable afin d'assurer une continuité entre prévention, repérage précoce, diagnostic et prise en charge. Le déploiement d'ICOPE

[2] https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2026/01/RAPPORT-Approche-clinique-de-la-longevite-en-bonne-sante-APRES-VOTE.pdf

doit être amplifié et généralisé, mais cette phase diagnostique doit s'accompagner d'une structuration coordonnée (en parcours) des interventions de prévention personnalisées dans la suite.

Recommandation

Structurer, à l'échelle des territoires, des parcours intégrés de prévention reposant sur une approche biologique, clinique, psychologique, sociale et environnementale du vieillissement, afin de renforcer le repérage précoce des fragilités, d'améliorer la coordination entre les acteurs et de garantir une continuité sans rupture entre les actions de prévention, le repérage précoce, le diagnostic et la prise en charge. Ces parcours devront favoriser une coordination étroite entre les professionnels de santé, les acteurs du secteur médico-social, les collectivités territoriales, les associations, les structures de prévention et les établissements de santé, afin de proposer aux personnes un accompagnement gradué, personnalisé et évolutif tout au long de l'avancée en âge. Ils s'appuieront notamment sur le couple élus locaux/employeurs, acteurs de proximité au contact régulier des 55-75 ans, pour relayer les actions de prévention et orienter vers le repérage précoce.

Conditions de mise en œuvre

Cette organisation devra être pilotée conjointement par les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les employeurs et les acteurs territoriaux de santé, en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé, les dispositifs d'appui à la coordination, les établissements de santé et les structures médico-sociales. Elle reposera sur le développement de parcours territoriaux intégrés, le partage sécurisé des informations utiles à la coordination, l'identification de référents de parcours, la montée en compétence des acteurs et le renforcement des coopérations entre les secteurs sanitaire, médico-social, social et associatif sur le modèle de la démarche « Making every contact count » (MECC) qui pourrait se traduire par « chaque interaction est une opportunité de prévention », afin de garantir la continuité des parcours tout au long de l'évolution des besoins.

Effets attendus

La structuration de parcours territoriaux intégrés contribuera à améliorer le repérage précoce des situations de fragilité, à limiter les ruptures de parcours, à favoriser une prise en charge plus précoce, plus coordonnée et plus personnalisée, et à renforcer l'efficacité des actions de prévention. Elle permettra également d'assurer une meilleure articulation entre les politiques de prévention et les parcours de soins, en faisant de la continuité des parcours un levier majeur du vieillissement en bonne santé. À plus long terme, cette évolution contribuera à améliorer la qualité de vie des personnes, à prévenir la perte d'autonomie et à renforcer l'efficience du système de santé.

Préconisation n°12 : Faire de la recherche sur le vieillissement une priorité nationale

Constat

Les progrès récents de la recherche sur le vieillissement, notamment dans le champ des gérosciences, ouvrent des perspectives nouvelles pour mieux comprendre les mécanismes biologiques du vieillissement et développer des stratégies innovantes de prévention des maladies chroniques et de la perte d'autonomie. Pourtant, la recherche française demeure encore insuffisamment structurée autour de cette discipline émergente, alors même que le vieillissement de la population constitue l'un des principaux défis sanitaires, sociaux et économiques des prochaines décennies. Une stratégie nationale de recherche apparaît aujourd'hui indispensable pour accélérer la production de connaissances et favoriser leur transfert vers les politiques publiques et les pratiques de soins.

Recommandation

Faire de la recherche sur le vieillissement une priorité nationale en lançant notamment un Programme et Équipement Prioritaire de Recherche (PEPR) « Biologie du vieillissement, géroscience et prévention », fédérant les universités, les organismes nationaux de recherche, les centres hospitaliers universitaires, les instituts de recherche et les partenaires industriels autour d'une stratégie scientifique commune. Ce programme devra soutenir une recherche translationnelle, multidisciplinaire et interdisciplinaire couvrant l'ensemble des mécanismes du vieillissement, de la recherche fondamentale aux applications cliniques, en favorisant le développement de biomarqueurs du vieillissement, de stratégies de prévention, d'interventions innovantes, d'interventions non médicamenteuses et d'approches personnalisées visant à prolonger l'espérance de vie en bonne santé. Il devra également favoriser le transfert rapide des connaissances scientifiques vers les politiques publiques, les pratiques professionnelles et l'innovation en santé.

Conditions de mise en œuvre

Cette stratégie devra être portée conjointement par les ministères chargés de la Recherche, de la Santé et de l'Autonomie, en lien avec les organismes nationaux de recherche, les universités, les centres hospitaliers universitaires, les sociétés savantes, les agences de financement de la recherche, la Société française de biologie du vieillissement et les partenaires institutionnels. Elle reposera sur le développement d'infrastructures nationales de recherche, le soutien aux grandes cohortes et aux plateformes de recherche translationnelle, le renforcement des collaborations européennes et internationales ainsi que sur une articulation étroite entre recherche fondamentale, recherche clinique, innovation et décision publique.

Effets attendus

La structuration d'une stratégie nationale de recherche dans le domaine du vieillissement, notamment en géroscience, permettra de renforcer le positionnement scientifique de la France dans un domaine stratégique en pleine expansion, d'accélérer le développement d'innovations au service du vieillissement en bonne santé et d'améliorer la compréhension des mécanismes responsables de la perte d'autonomie. À plus long terme, elle contribuera à faire émerger de nouvelles stratégies de prévention et d'interventions personnalisées, à soutenir l'innovation en santé et à éclairer les politiques publiques par des données scientifiques de haut niveau, renforçant ainsi la capacité de la France à anticiper les défis liés au vieillissement de sa population.

Préconisation n°13 : Promouvoir une approche de la prévention qui intègre les trajectoires de vie

Constat

Les parcours de vie exposent inégalement aux risques pour la santé et s'accompagnent de chances inégales de les repérer et d'en limiter la dégradation. Une prévention déconnectée du contexte de vie des personnes risque de manquer son adhésion.

Recommandation

Faire en sorte que la démarche de prévention s'inscrive dans le contexte de vie des personnes et s'articule avec les situations de santé variées produites par les parcours de vie, tant pour l'interprétation des signaux de fragilité que pour l'orientation vers des parcours de soins pertinents.

Conditions de mise en œuvre

Cela suppose de former les acteurs de la prévention à la prise en compte des trajectoires de vie et des inégalités sociales de santé, et d'adapter les outils de repérage à la diversité des situations rencontrées.

Effets attendus

Une prévention plus pertinente et mieux acceptée, car ajustée aux réalités vécues par chacun, et une réduction des inégalités face au repérage et à la prise en charge des fragilités.

Préconisation n°14 : Faire du vieillissement une opportunité économique et un gisement de création d'emplois non délocalisables

Constat

Le vieillissement de la population, encore trop souvent appréhendé sous le seul angle de la dépense publique et de la soutenabilité des régimes de protection sociale, constitue également un puissant moteur de développement économique. La croissance de la tranche des 55-75 ans génère une demande nouvelle et durable de biens et de services (adaptation du logement, aide et accompagnement à domicile, silver tourisme, activité physique adaptée, technologies de prévention et de maintien de l'autonomie…) dont la caractéristique commune est d'être ancrée sur le territoire et non délocalisable. Ce gisement d'activité reste aujourd'hui sous-exploité. Le secteur de la Silver économie aux yeux de France Travail par exemple reste fortement associé au secteur médico-social alors que ses perspectives vont bien au-delà.

Recommandation

Élaborer, sous l'égide du ministère chargé de l'Économie, du Secrétariat d'État chargé des personnes âgées et de l'autonomie, de la CNSA et de tout opérateur d'envergure avec une connaissance fine du secteur de la Silver économie dans sa globalité, une stratégie nationale de développement économique de la Silver économie, dotée d'objectifs chiffrés de création d'emplois non délocalisables à horizon 2030 et 2035. Cette stratégie s'appuierait sur trois piliers : le soutien à l'innovation et à la structuration des entreprises du secteur (start-up, ETI, économie sociale et solidaire), notamment via des appels à projets dédiés et un accès facilité aux financements de la Banque des Territoires et de Bpifrance ; la valorisation des métiers de l'accompagnement du grand âge (aide à domicile, coordination de parcours, métiers de l'adaptation du logement) ; l'ancrage territorial de ces filières d'emplois, en priorité dans les zones rurales et périurbaines les plus concernées par le vieillissement de la population et les plus fragilisées économiquement. Un état des lieux devra être mené par un opérateur national ayant une bonne connaissance du secteur afin de dimensionner concrètement le secteur en matière de poids économique, d'emplois et de besoins de formations, à l'échelle nationale mais également à l'échelle locale.

Conditions de mise en œuvre

Cette stratégie devra être coportée par le ministère chargé de l'Économie, le Secrétariat d'État chargé des personnes âgées et de l'autonomie, la CNSA, France Travail, les conseils régionaux (chefs de file du développement économique territorial) et tout opérateur pouvant être animateur de la filière et interlocuteur de référence des pouvoirs publics sur ces enjeux. Elle s'articulera avec les dispositifs existants de soutien aux filières stratégiques (comités stratégiques de filière, France 2030) et pourra s'appuyer sur les travaux préexistants de cartographie de l'emploi et de l'activité économique déjà engagés par France Silver Eco, qu'il conviendra d'actualiser et d'approfondir pour objectiver précisément le potentiel de création d'emplois par filière et par territoire.

Effets attendus

La reconnaissance de la Silver économie comme filière stratégique permettrait de transformer une partie de la dépense de prévention et d'accompagnement du vieillissement en investissement productif, générateur d'emplois pérennes et non délocalisables, en particulier dans des territoires en tension économique. Elle contribuerait à rééquilibrer le débat public sur le vieillissement, encore trop

unilatéralement centré sur son coût, en objectivant sa contribution potentielle à l'activité économique, à l'aménagement du territoire et à l'attractivité de métiers aujourd'hui en tension de recrutement.

Axe V
MOBILISER DES FINANCEMENTS INNOVANTS AFIN DE METTRE EN ŒUVRE RAPIDEMENT DES ACTIONS CONCRÈTES SUR LE TERRAIN

Préconisation n°15 : Expérimenter le contrat à impact social comme outil de financement de la prévention de la perte d'autonomie

Constat

Le financement de la prévention de la perte d'autonomie demeure fragmenté entre une multitude d'acteurs publics et privés (Assurance maladie, conseils départementaux, CNSA, caisses de retraite, organismes mutualistes et assuranciels), chacun engagé dans une logique de court terme peu compatible avec la temporalité propre à la prévention. Le contrat à impact social (CIS), mécanisme de financement conditionnel associant un opérateur social, des investisseurs privés qui avancent les fonds et un financeur public qui ne rembourse qu'en cas d'atteinte de résultats mesurés par un évaluateur indépendant, s'est développé dans plus de 30 pays et a déjà donné lieu à une quinzaine d'expérimentations en France, principalement dans les champs de l'insertion professionnelle et de la petite enfance. Le vieillissement réunit pourtant les conditions requises pour ce type de montage : des économies publiques documentées et monnayables (données PMSI, Mon espace santé, APA, ICOPE), des opérateurs capables de déployer des programmes à l'échelle territoriale, un horizon temporel de 3 à 7 ans compatible avec les effets attendus des interventions préventives, et un intérêt croissant des investisseurs à impact pour le champ de la santé et du vieillissement.

Recommandation

Expérimenter le contrat à impact social comme outil de financement de la prévention de la perte d'autonomie, en lançant un appel à projets dédié à l'initiative du Secrétariat d'État chargé des personnes âgées et de l'autonomie ou de la CNSA, en lien avec la Direction générale de la santé et la Direction générale de la cohésion sociale. Cet appel à projets, doté d'un cadre d'évaluation commun, permettrait de sélectionner 5 à 8 expérimentations territoriales. La CNSA serait désignée comme tiers de confiance et co-garant, afin d'assurer la cohérence méthodologique des montages, de contribuer à la mesure des résultats via ses données et de représenter une interface crédible avec les investisseurs privés. Un cadre fiscal incitatif, sur le modèle de ceux existant pour l'économie sociale et solidaire, serait créé pour attirer des capitaux supplémentaires vers ces contrats. Enfin, la filière Silver économie serait mobilisée pour produire un référentiel commun d'indicateurs et animer un groupe de travail associant opérateurs, investisseurs à impact, caisses de retraite, conseils départementaux et représentants des personnes âgées.

Conditions de mise en œuvre

Cette expérimentation devra être portée conjointement par le Secrétariat d'État chargé des personnes âgées et de l'autonomie, la CNSA, la Direction générale de la santé, la Direction générale de la cohésion sociale, l'Assurance maladie, les conseils départementaux et les caisses de retraite complémentaires, en s'appuyant sur des consortiums associant opérateurs et équipes d'évaluation indépendantes (universités, EPST, CHU, IREPS). Elle ciblera en priorité des thématiques pour lesquelles les effets sont documentés et les économies publiques quantifiables : la prévention des chutes, l'activité physique

adaptée, la lutte contre l'isolement social et la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse. Les indicateurs de résultats mobiliseront notamment l'évolution du niveau GIR, le taux d'hospitalisations évitables et des échelles validées (grille de Fried, Short Physical Performance Battery, UCLA Loneliness Scale), mesurés à 12-24 mois par un évaluateur indépendant accrédité.

Effets attendus

La généralisation progressive du contrat à impact social dans le champ de la prévention du vieillissement permettra de sécuriser un financement pluriannuel conditionné aux résultats pour des programmes qui souffrent aujourd'hui d'un modèle économique fragile, de mobiliser des capitaux privés supplémentaires au bénéfice de l'intérêt général, et de structurer une véritable culture de l'évaluation encore trop peu développée dans ce secteur. À terme, ces expérimentations devraient générer des économies publiques directement imputables (moindre recours à l'APA, réduction des hospitalisations évitables) et favoriser l'émergence d'un écosystème d'opérateurs structurés et évalués, réplicable à grande échelle.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **2**

SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS **3**

SYNTHÈSE DU RAPPORT **22**

CHAPITRE I – COMPRENDRE LES ENJEUX DE LA PRÉVENTION AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES DE 55 À 75 ANS **25**

I - POURQUOI ET COMMENT LE VIEILLISSEMENT EST-IL ASSOCIE A UN ETAT DE SANTE DEGRADE ? 25

A. Un phénomène biologique induisant la survenue de maladies chroniques *25*

B. Des maladies chroniques à la dépendance : quelle place pour la prévention ? *26*

C. Des chances inégales d'être en bonne santé en avançant en âge *27*

II - LES ENJEUX DE POLITIQUES PUBLIQUES 29

A. Un système de santé exsangue face aux maladies chroniques *29*

B. Soutenabilité de notre système de protection sociale *29*

C. La nécessité d'une politique sociale globale *31*

D. Premiers éléments de réflexion *31*

III - LA PREVENTION : ÇA MARCHE ! 31

A. Les 55-75 ans, une cible particulièrement pertinente pour les politiques de prévention *33*

1. Les âges de fin de carrière et les évolutions dans la vie familiale 33

2. Un terrain favorable à la prévention dans cette tranche d'âge 33

B. Des connaissances robustes sur des actions de prévention efficaces *34*

C. Des modèles internationaux inspirants *36*

1. L'approche territoriale allemande : décentralisation et prévention de proximité 37

2. Singapour : une stratégie nationale intégrée du vieillissement actif 37

3. Le Danemark : excellence de la coordination médico-sociale 38

4. Le Royaume-Uni : innovations en santé au travail 38

5. Le Québec : une politique gouvernementale transversale 38

6. Les Pays-Bas : le pari radical du maintien à domicile 39

D. Des freins existent actuellement *39*

1. Un manque de coordination entre acteurs 40

2. Un modèle économique désormais inadapté au nouveau contexte de vieillissement de la population 41

3. Quelles pratiques adopter ? 41

CHAPITRE II – AGIR POUR LA PRÉVENTION **43**

I - REPERER LES SITUATIONS A RISQUE DE FRAGILITES : UN ENJEU GLOBAL ET DES STRATEGIES CONTEXTUALISEES 43

A. Multiplier les acteurs pour informer et repérer les situations à risques de fragilités *43*

1. L'employeur, un acteur clé de la prévention 43

1.1 Un rôle déterminant à renforcer ... 43
1.2 Les services de prévention et de santé au travail ... 45
1.3 Les dispositifs existants à mobiliser davantage ... 45
2. La prévention « hors du travail » : s'appuyer sur les acteurs locaux ... 45
2.1 Le rôle stratégique des collectivités ... 46
2.2 Un réseau d'acteurs de proximité ... 46
B. Outiller les professionnels pour mieux détecter : une politique de repérage proactive et coordonnée ... 47
1. Développer une stratégie d'« aller vers » ... 47
2. La généralisation des bilans de prévention ... 48
C. Bien orienter après avoir détecté : éviter le risque de silo ... 48
II - ÉTAYER LES PARCOURS DE SOINS ET ENRICHIR L'OFFRE DE PREVENTION ... 49
A. Développer la formation de tous les professionnels en contact avec ces groupes d'âge concernant la prévention ... 49
B. Enrichir l'offre de prévention en l'adaptant aux contextes sociaux et locaux ... 49
1. Développer des solutions inspirantes ... 50
2. Les acteurs pluriprofessionnels : s'appuyer sur les réseaux territoriaux existants qui ont prouvé leur efficacité et leur pertinence ... 51
3. Soutenir des initiatives collectives autonomes ... 51
4. Accompagner l'adaptation des territoires au vieillissement ... 52
5. Soutenir, en les sécurisant, les approches d'auto-soins ... 53
6. Mobiliser des moyens financiers ciblés et pérennes ... 53
III - ENGAGER LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET OPTIMISER L'ADHESION A LA PREVENTION 53
A. Produire des connaissances ... 53
B. Promouvoir une représentation juste des vieillesses ... 54
1. L'âgisme : un obstacle à la prévention ... 54
2. Des initiatives à double impact intergénérationnel et social ... 55
C. Informer massivement ... 55
1. Les enjeux de la désinformation en santé et la nécessité de simplifier les messages ... 55
D. Expliquer le changement de paradigme : traiter le vieillissement démographique comme une des transformations actuelles auxquelles il faut s'adapter ... 56
1. Climat et démographie : des transformations interdépendantes ... 56
2. Une transformation technologique en appui ... 57
3. Le logement comme lieu de santé et de prévention ... 57
IV - CONTRATS A IMPACT SOCIAL ET VIEILLIR EN SANTE : L'OCCASION DE DEPLOYER RAPIDEMENT DES ACTIONS A FORT IMPACT ... 59
A. Un défi de financement structurel ... 59
1. La prévention du vieillissement : un investissement rentable mais sous-financé ... 59
2. La fragmentation des financeurs : un verrou systémique ... 59
B. Le contrat à impact social : un outil adapté à l'enjeu ... 60
1. Rappel du mécanisme et pertinence pour la prévention de la perte d'autonomie ... 60
2. La question-clé : identifier le bon financeur public ... 60

C. Pistes de structuration d'un CIS *61*
1. Thématiques prioritaires d'intervention 61
2. Développer le contrat à impact social, impliquer les acteurs pertinents 63
3. Les opérateurs et porteurs de projet (acteurs de la filière) 63
4. France Silver Eco comme animateur du dispositif 63
CHAPITRE III – L'AVENIR DE LA PRÉVENTION 65
I - COMPRENDRE LES GEROSCIENCES : DU LABORATOIRE A LA CLINIQUE 66
A. Une approche systémique du vieillissement *66*
B. Repenser les politiques publiques à l'aune des parcours plutôt que de l'âge ? *66*
C. Les gérosciences : du laboratoire à la vie réelle *66*
II - TECHNOLOGIE ET INTELLIGENCE ARTIFICIELLE 67
A. L'intelligence artificielle au service de la prévention de la perte d'autonomie *67*
B. L'intelligence artificielle au service du développement de la prévention *68*
C. Des questions éthiques de la préconisation et de l'usage des technologies du care .. *69*
ANNEXES 71
ANNEXE 1 – LETTRE DE MISSION 72
ANNEXE 2 – DEROULEMENT DE LA MISSION 74
ANNEXE 3 – CONTENU DU QUESTIONNAIRE ADRESSE A L'ECOSYSTEME 77

SYNTHESE DU RAPPORT

La France traverse une transition démographique majeure : la baisse de la mortalité aux grands âges et l'arrivée aux âges avancés des générations du baby-boom transforment en profondeur les équilibres sanitaires, sociaux et économiques du pays. Dans ce contexte, la tranche des 55-75 ans — près d'un quart de la population française — constitue une fenêtre d'action stratégique : c'est l'âge où apparaissent les premières maladies chroniques, à des stades encore réversibles, et où la prévention produit ses effets les plus durables.

Le rapport rappelle que le vieillissement n'est ni uniforme ni inéluctablement synonyme de dépendance : la moitié des personnes de 75 ans n'ont aucune ou une seule maladie chronique, et 90 % ne souffrent d'aucune démence. Mais cette diversité des trajectoires masque des inégalités persistantes, socialement et territorialement distribuées, qui s'installent dès 50-65 ans. La notion de fragilité — un état intermédiaire, souvent réversible par une intervention précoce — devient ainsi plus opérante que l'âge chronologique pour cibler les politiques de prévention.

Cet enjeu de santé publique est aussi un enjeu de soutenabilité pour le système de protection sociale, confronté à un déséquilibre croissant entre cotisants et bénéficiaires, à une chronicisation des pathologies et à un modèle économique encore centré sur le soin curatif plutôt que sur l'investissement préventif. Une chute évitée représente une économie de 4 000 à 10 000 € de soins aigus ; un programme d'activité physique retarde de plusieurs années l'entrée en dépendance. Investir dans la prévention des 55-75 ans, c'est réduire cette pression tout en maintenant plus longtemps les personnes actives — socialement, professionnellement, ou comme proches aidants, une population de 11 millions de personnes dont la santé conditionne directement la qualité et la durée de l'accompagnement qu'elles peuvent offrir.

Le rapport documente que la prévention fonctionne, à condition d'être engagée tôt, et s'appuie sur des modèles internationaux inspirants (Allemagne, Danemark, Pays-Bas, Québec, Singapour) pour identifier les leviers actionnables : repérage précoce des fragilités par une multiplicité d'acteurs — employeurs, collectivités, réseaux de proximité —, généralisation des bilans de prévention, formation des professionnels, adaptation de l'offre aux contextes sociaux et locaux, et lutte contre l'âgisme qui décourage l'engagement dans les démarches préventives. Il souligne toutefois des freins structurels persistants : absence de pilotage national, cloisonnement entre ville, hôpital et médico-social, fragmentation des financeurs — chacun investissant sans percevoir directement le retour généré par la prévention. Le contrat à impact social est présenté comme un outil de financement adapté pour surmonter ce verrou, en associant opérateurs de terrain, investisseurs privés et financeurs publics autour d'indicateurs de résultat.

Enfin, le rapport ouvre des perspectives sur l'avenir de la prévention : les gérosciences, en distinguant âge chronologique et âge biologique, permettent d'envisager une prévention fondée sur le besoin plutôt que sur l'âge ; les nouvelles technologies et l'intelligence artificielle, en particulier via la détection précoce et la prédiction des risques, offrent des perspectives réelles mais encore émergentes, sous réserve de garantir l'explicabilité, le consentement et un canal alternatif non numérique ; et le logement, terrain premier de la santé, appelle une conception élargie de l'adaptation, dépassant la seule accessibilité physique.

Ces constats débouchent sur quinze préconisations organisées en cinq axes : agir précocement sur les déterminants du vieillissement (tabagisme, vaccination, littératie en santé, projets de vie) ; adapter les

compétences des professionnels à la prévention ; transformer l'organisation du système de santé pour faire de la prévention un principe structurant des parcours de soins et prévenir la dépendance iatrogène ; préparer les politiques publiques de demain, en généralisant le programme ICOPE de l'OMS, en structurant des parcours territoriaux intégrés, en faisant de la géroscience une priorité de recherche nationale, en intégrant les trajectoires de vie dans la prévention et en faisant du vieillissement une opportunité économique ; et mobiliser des financements innovants, en expérimentant le contrat à impact social comme outil de financement de la prévention de la perte d'autonomie.

INTRODUCTION

La France est actuellement en pleine transition démographique. La baisse de la mortalité aux grands âges ainsi que le vieillissement des générations du baby-boom conduisent à l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées dans notre population, transformant ainsi en profondeur les équilibres sociaux, économiques et sanitaires du pays.

Cette dynamique s'est accompagnée de l'émergence de nouvelles façons de penser le vieillissement. Les années 1980 ont vu se déployer des cadres de réflexion et d'analyse de l'évolution de la santé des populations vieillissantes. On s'interroge notamment sur une "pandémie des troubles mentaux et des incapacités" : un phénomène que l'on observe bien plus fréquemment et particulièrement invalidant aux grands âges[3]. On parle alors de stratégies pour "bien vieillir", "vieillir en santé", pour un "vieillissement réussi". Ce dernier, défini en 1980 par Rowe et Kahn, associe bon état de santé physique, capacités intellectuelles préservées et maintien des contacts sociaux. Ces cadres entendent inclure une dimension sociale indéniablement essentielle. Mais ce faisant, ils tendent aussi à prescrire une norme de performance ; quitte à imposer l'idée d'une "bonne façon de vieillir". Ils tendent à effacer la diversité des parcours qui façonnent la manière d'avancer en âge, ainsi que la diversité des formes d'accomplissement. Cet aspect normatif s'inscrit par ailleurs dans un modèle social performatif qui stigmatise les incapacités et construit une représentation négative de la vieillesse. Pour les gériatres, une personne âgée en bonne santé est, avant tout, un ancien jeune adulte en bonne santé qui avance en âge. La prévention, tout au long de la vie, reste le levier central pour une bonne qualité de santé.

La représentation négative de la vieillesse est par ailleurs soutenue par la pression croissante de la dynamique démographique sur la durabilité de notre système de protection sociale. Conçu sur la base d'un équilibre numérique entre groupes d'âges qui n'existe plus, il fait face à une diminution forte du ratio cotisants/bénéficiaires. En effet, les caisses d'assurance maladie et de retraite sont alimentées par un nombre de cotisants qui diminue par rapport au nombre croissant de bénéficiaires.

Au-delà de ses effets sur la qualité de vie des personnes âgées, la prévention est un levier économique. À ce titre, les projections de l'Assurance maladie fournies en 2025 sont éclairantes. Selon ces chiffres, le déficit stabilisé de la CNAM de 16 milliards d'euros en 2026 devrait atteindre 40 milliards d'euros en 2030 si la tendance actuelle se poursuit. Cette augmentation massive est principalement due au vieillissement de la population. Selon ces mêmes chiffres, en 2030, 43 % des assurés seront atteints de maladies chroniques. En 2035, 14 % des assurés seront atteints d'une affection de longue durée (ALD), pathologies qui représenteront les trois quarts des dépenses de la CNAM. Selon cette dernière, la prévention constitue le levier principal pour corriger cette trajectoire.

Une chute évitée représente une économie moyenne de 4 000 € à 10 000 € de soins aigus. Un programme de maintien de l'activité physique retarde de plusieurs années l'entrée en dépendance. Un épisode de dénutrition traité précocement réduit significativement la durée et le coût des hospitalisations. Investir dans la santé, c'est donc réduire les dépenses de soins et alléger la pression sur la branche autonomie ; les bénéfices sont immédiats et observables à long terme, individuellement et pour l'ensemble de la collectivité.

[3] Kramer M. (1980) The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1980;62:282-97.

Dans ce contexte, la tranche des 55-75 ans représente une fenêtre d'action stratégique. Elle constitue près d'un quart de la population française et correspond à une période charnière où les interventions préventives sont probablement les plus nécessaires et les plus efficaces selon l'OMS. C'est une tranche d'âges où apparaissent les premières maladies chroniques, à des stades débutants auxquels des interventions permettent d'anticiper les effets pour limiter les risques d'incapacité associés.

Ce rapport analyse les tendances, les défis et les opportunités pour sensibiliser les 55-75 ans aux enjeux de leur santé future, repérer les premiers signes de fragilité et les accompagner dans leur prise en charge. Au-delà de la détection des besoins de soin, il s'agit aussi de permettre à cette population, encore largement préservée de problèmes de santé sévères, de s'engager dans des pratiques qui permettent à chacun de maintenir tout ou partie de son autonomie le plus longtemps possible.

Ce rapport rassemble des connaissances, expertises et constats issus d'horizons multiples. Ces apports proviennent d'abord du comité de pilotage, qui rassemble deux gériatres, une professeure d'épidémiologie et santé publique travaillant sur les publics âgés et une chercheuse en démographie et santé publique, spécialiste du vieillissement. Ce COPIL entend aussi porter dans ce rapport les réflexions des communautés de recherche et de soin riches en savoirs ; il s'appuie notamment sur les témoignages recueillis auprès d'experts, acteurs institutionnels et représentants de terrain. Un questionnaire a également été diffusé auprès de plus de 200 organisations, dont les réponses ont été exploitées, ces données restent mobilisables. Ce rapport synthétise ces réflexions sous forme de préconisations afin d'optimiser la mise en œuvre d'une politique de prévention concrète à l'échelle locale, nationale et internationale. Ce rapport entend rappeler l'importance d'une mobilisation collective, qui dépasse le champ sanitaire, engageant une palette d'acteurs et d'actrices, pour permettre au plus grand nombre de bien vieillir et vieillir bien.

Ce rapport présente la manière dont l'avancée en âge s'accompagne d'une plus grande probabilité de cumuler des problèmes de santé. Les dynamiques biologiques se combinent aux contextes plus ou moins favorables au cours de la vie, aboutissant à des chances inégales de vivre des années de vieillesse en toute autonomie. Ce rapport présente ensuite l'intérêt de déployer une politique de prévention auprès des 55-75 ans, une large tranche d'âge encore majoritairement épargnée par les problèmes de santé sévères et en mesure d'être sensibilisée aux enjeux de sa santé future.

Ce rapport présente également différentes actions concrètes, innovantes ou ayant déjà fait leurs preuves et indique la nécessité de s'appuyer sur des acteurs de terrain, pertinents, hors du champ traditionnel de la santé et de la prévention.

Enfin, le rapport présente des perspectives pour élaborer une politique de prévention sur le long terme, en phase avec les dynamiques sociétales en cours.

CHAPITRE I – COMPRENDRE LES ENJEUX DE LA PRÉVENTION AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES DE 55 À 75 ANS

Avant d'agir, il faut comprendre. Le vieillissement est souvent perçu comme un phénomène uniforme, inéluctable, associé au déclin et à la dépendance. Cette vision, largement répandue dans l'opinion tout comme dans les politiques publiques, est à la fois inexacte et contre-productive. Elle décourage la prévention, alimente l'âgisme et détourne les regards d'une réalité bien plus diverse.

Selon l'OMS, le vieillissement humain est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de modifications moléculaires et cellulaires au fil du temps ; ces modifications relèvent d'interactions complexes avec les conditions de vie qui façonnent la manière de vieillir. Les recherches sur ces modifications mettent en évidence des trajectoires plus favorables que d'autres au bon fonctionnement de l'organisme ; elles misent alors sur la possibilité de favoriser les processus vertueux et de ralentir les plus délétères. Par la diversité des processus mis au jour, ces recherches montrent aussi la nécessité d'actions plurielles à mettre en œuvre. Réduire le risque d'une dégradation de la santé, de l'indépendance fonctionnelle ou de l'autonomie décisionnelle revient à :

- Identifier des leviers à actionner en tenant compte de la grande variété des parcours de vie et des expositions à des risques pour la santé ;
- Pouvoir adapter les leviers aux situations diverses, notamment celles qui échappent aux actions classiques ;
- Identifier des acteurs et moments clés pour informer, sensibiliser et orienter.

Implanter une politique de prévention efficace nécessite des moyens. Or notre système de santé et la protection sociale en général sont fragilisés précisément par l'augmentation de demandes, notamment des personnes âgées. Un effort d'investissement est donc à produire. Les retombées seront une amélioration de la qualité de vie de la population âgée et une diminution de la demande liée à la perte d'autonomie. Cet investissement est d'autant plus rentable que, sans cet effort, le nombre de demandes augmentera durant plusieurs décennies.

I. POURQUOI ET COMMENT LE VIEILLISSEMENT EST-IL ASSOCIÉ À UN ÉTAT DE SANTÉ DÉGRADÉ ?

A. Un phénomène biologique induisant la survenue de maladies chroniques

Parmi les modifications moléculaires et cellulaires qui s'opèrent au fil de l'avancée en âge, certaines s'accompagnent d'une **majoration des risques de maladies, d'une dégradation progressive des capacités physiques et mentales et d'une augmentation du risque de décès.**

Les dysfonctionnements biologiques entrainent une **fragilisation des individus qui deviennent alors vulnérables à divers risques de santé et sont moins en mesure d'affronter des maladies aiguës**. Les processus de fragilisation qui accompagnent certains vieillissements ne sont pas uniformes. Outre les facteurs biologiques, ils dépendent également de facteurs environnementaux, sociaux et professionnels, de même que des contextes sociétaux (organisations sociales, protections publique et privée, ressources sanitaires, sociales et médicales, etc.), rencontrés au fil des trajectoires individuelles, elles-mêmes très diverses.

Ainsi, les processus de fragilisation, combinant des altérations biologiques et une diminution des ressources physiologiques, complétées par le cumul d'expositions à des risques de santé tout au long de la vie, favorisent l'émergence de maladies.

Si une partie de ces maladies se caractérise par un risque létal important (d'autant plus avec des ressources physiques diminuées), d'autres peuvent être prises en charge. Les traitements permettent de guérir ou de chroniciser les maladies (amoindrir ou retarder le risque d'en décéder). Vivre avec une maladie chronique signifie parfois vivre avec un traitement contraignant, associé à des troubles de santé et de fonctionnement, potentiellement invalidants. Les parcours et conditions de vie sont aussi à même de faire varier les chances de récupération d'une maladie et les risques d'en décéder ou de vivre avec des troubles fonctionnels. Ils ont un impact sur le risque d'une perte modérée ou sévère des capacités à organiser sa vie et à réaliser seul les activités nécessaires et importantes de la vie quotidienne.

B. Des maladies chroniques à la dépendance : quelle place pour la prévention ?

Le vieillissement de la population en France s'inscrit donc dans un contexte marqué par la **chronicisation des états pathologiques. La diminution de la mortalité n'est pas seulement liée à la disparition de pathologies fortement létales, mais aussi à une meilleure survie à certaines pathologies**. Il en résulte qu'une partie de la population vit un certain nombre d'années avec ces maladies. Si dans les années 1980, certains anticipaient un accroissement de la part des années vécues avec des incapacités sévères, cette hypothèse n'a pas été confirmée jusque-là.

En effet, l'augmentation de l'espérance de vie ne s'accompagne pas d'une augmentation des années vécues avec des restrictions sévères dans les activités. Entre 2008 et 2024, hommes et femmes ont gagné en France presque deux années de vie sans incapacité à 65 ans, c'est plus que les gains d'espérance de vie. La part des années sans ces limitations au sein de l'espérance de vie y est passée respectivement de 45 % à 50 % pour les femmes, et de 48 % à 53 % pour les hommes.

Néanmoins, les années de vie avec des altérations fonctionnelles communes en avançant en âge progressent[4].

En 1980, l'OMS a prolongé sa classification internationale des causes de décès par un modèle intégrant les conséquences des maladies sur la santé fonctionnelle[5]. Ce modèle montre que les maladies, en particulier chroniques, peuvent entraîner des déficiences qui altèrent certaines fonctions (cognitives, sensorielles, motrices…) ; lorsque ces fonctions sont limitées, les personnes concernées peuvent être conduites à réduire, voire à arrêter, certaines de leurs activités. La rééducation et les aides techniques permettent de restaurer ou de compenser ces limitations afin de préserver la capacité à réaliser les activités concernées. Mais lorsque la compensation est insuffisante, il faut alors adapter la façon d'accomplir ces activités, ou y renoncer complètement. Si l'activité est essentielle, le recours à une aide extérieure devient nécessaire.

C'est ce besoin d'assistance qui définit la perte d'indépendance. La classification de l'OMS retrace cet enchaînement qui mène à la dépendance vis-à-vis d'un tiers ; à chaque étape de ce parcours, des leviers d'action restent possibles

[4] Francou C. (2026). L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,8 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2024. Études et résultats.1363:1-4

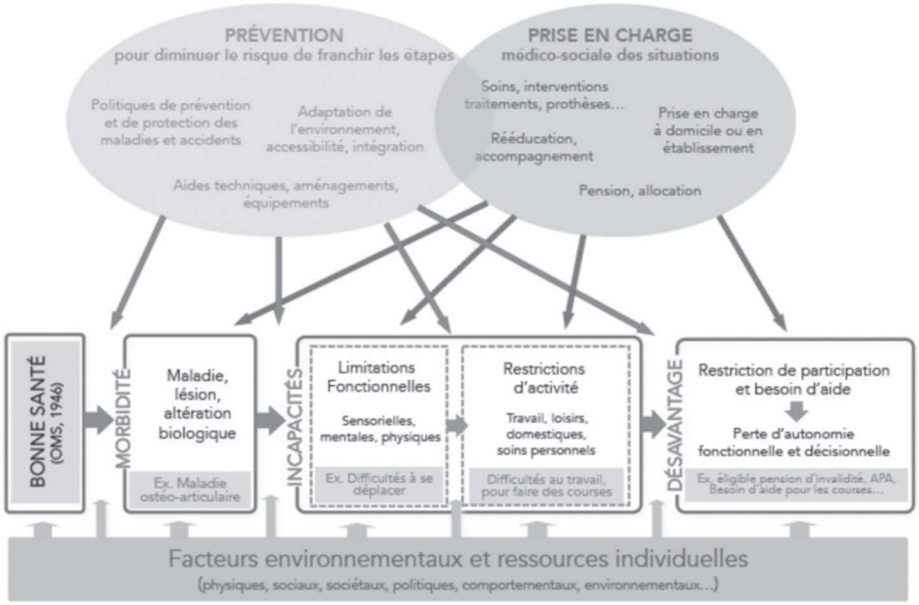
Robine, J. M., Jagger, C., Crimmins, E., Saito, Y. & van Oyen, H. (2020). Trends in health expectancies. in International Handbook of Health Expectancies (eds. Jagger, C. et al.) vol. 9 (Springer,).

[5] World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva: WHO; 1980.

Ainsi, au-delà de la prévention des maladies invalidantes, il y a des marges d'intervention pour préserver l'autonomie, lorsque ces maladies sont installées : pour en traiter les effets sur le fonctionnement ; pour favoriser l'adaptation de l'environnement aux éventuelles pertes fonctionnelles afin de conserver son indépendance. Dans ce modèle, il faut aussi envisager que le processus ne concerne qu'une partie des fonctions et des activités ; les actions de prévention doivent donc se poursuivre globalement, y compris pour les personnes dont une partie des fonctions est altérée, pour limiter le risque de cumul des difficultés.

Développement de l'incapacité et perte d'autonomie, prévention et prise en charge

(Cambois, E. 2023. De l'espérance de vie à l'espérance de vie sans incapacité : l'enjeu de la prévention et de la prise en charge. Regards 61, 43–54).



C. Des chances inégales d'être en bonne santé en avançant en âge

En France, on vit plus longtemps, sans pour autant vivre plus longtemps avec des incapacités (limitations fonctionnelles, gênes dans les activités), et encore moins avec des incapacités sévères. Néanmoins, malgré cette dynamique, des inégalités existent en matière de santé en avançant en âge. D'abord parce que ces années d'incapacité, même contenues, sont vécues par un nombre important et croissant de personnes. Ensuite, ces moyennes masquent des différences, certains groupes étant plus concernés que d'autres par les années d'incapacité et de dépendance.

Ces années en incapacité sont plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes ou encore dans les groupes sociaux moins favorisés[6]. De même, des disparités au niveau du territoire existent[7]. Par ailleurs, il faut souligner que les tendances positives à 65 ans le sont moins lorsque l'on considère les espérances en bonne santé depuis la naissance. Sur ce dernier point, les données disponibles dans

[6] Cambois, E. (2023). De l'espérance de vie à l'espérance de vie sans incapacité : l'enjeu de la pr évention et de la prise en charge. Regards 61, 43–54

[7] Laborde C, Crouzet M, Carrère A, Cambois E. Contextual factors underpinning geographical inequalities in disability-free life expectancy in 100 French départements. European Journal of Ageing (2021). 1.

les années 2000 montraient déjà un phénomène inattendu : contrairement à la stabilité observée à partir de 65 ans, l'espérance de vie sans incapacité entre 50 et 64 ans, au seuil de la retraite, reculait pour plusieurs types d'incapacité, une dégradation touchant tout particulièrement les femmes[8].

La littérature montre en effet que des incapacités s'installent dès la tranche d'âge 50-65 ans, et ce plus fréquemment chez les femmes et dans les catégories socioprofessionnelles peu qualifiées. La survenue des problèmes de santé chez les quinquagénaires et sexagénaires coïncide avec le développement de certaines pathologies aux risques létaux variables, mais souvent invalidantes (cardiovasculaires, musculosquelettiques, cancéreuses).

Si les maladies neurodégénératives s'accompagnent d'un risque extrêmement élevé d'incapacité et de dépendance, le plus souvent aux grands âges, d'autres, bien que moins invalidantes, contribuent substantiellement aux années d'incapacité par leur prévalence élevée. En France par exemple, une étude montrait qu'en 2008, 32 % des limitations d'activité pour raison de santé déclarées par les femmes pouvaient être associées à des maladies musculosquelettiques, 23 % chez les hommes ; respectivement 11 % et 19 % à des maladies cardiovasculaires et 4 % et 6 % à des maladies pulmonaires chroniques non spécifiques ; les troubles anxiodépressifs étant aussi très présents chez les femmes[9]. Or ces pathologies sont en partie socialement distribuées et pour une part significative, considérées comme évitables.

Il convient ainsi de comprendre les processus qui conduisent les personnes à rencontrer des difficultés dans leurs activités du quotidien, bien en amont des "grands âges", pour réduire les risques et les inégalités. On constate que ce n'est pas tant, ou pas seulement, l'âge chronologique qui compte mais les parcours qui ont diversement exposé les organismes à des épreuves, et mis les personnes en situation de pouvoir se remettre ou faire avec les maladies survenues. L'âge chronologique est bien lié à l'ancienneté dans le cycle de vie et, avec elle, à l'augmentation de la probabilité moyenne de connaître des problèmes de santé (processus biologiques et cumul d'expositions) ; mais l'âge n'est pas un indicateur suffisant pour planifier la réponse sanitaire et sociale aux besoins en matière de santé et de prévention de la perte d'autonomie.

Dans ce contexte, la notion de fragilité est devenue centrale pour repérer précocement les signaux d'alerte et prévenir la perte d'autonomie. Le concept de fragilité (frailty) a été pensé dans les années 90 pour opérationnaliser les signaux d'alerte[10]. Il s'agit, pour un clinicien, de pouvoir repérer les signes avant-coureurs des incapacités liées à des situations de multimorbidité, de déclin fonctionnel, de perte de réserves physiologiques et de chances réduites de se protéger ou de se rétablir d'une maladie. Ces signes avant-coureurs mobilisent toutes sortes de caractéristiques médicales, fonctionnelles et psychosociales.

[8] Cambois E, Blachier A, Robine JM (2013). Aging and health in France: an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years Eur J Public Health;23(4):575-81.doi: 10.1093/eurpub/cks136. Epub 2012 Oct 4.

[9] Nusselder WJ, Wapperom D, Looman CW, Van Oyen H, Robine JM, Jagger C, et al. Contribution of chronic diseases to gender differences in activity limitations. Eur J Public Health. 2019;29(1):1.

Palazzo C, Yokota RTC, Tafforeau J, Ravaud JF, Cambois E, Poiraudeau S, et al. Contribution of chronic diseases to educational disparity in disability in France: results from the cross-sectional "disability-health" survey. Archives of Public Health. 2019;77(1):1. doi:10.1186/s13690-018-0326-9

[10] Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. CMAJ. 1994;150(4):4.

Une part importante des 55 ans et plus présentent un bon état de santé. Parmi les personnes présentant des signes de fragilité, une part importante présente des vulnérabilités modifiables, sur lesquelles une intervention précoce et simple peut permettre un retour à la robustesse et éviter la dégradation progressive vers la dépendance. D'autres parmi les 55-75 ans sont déjà confrontés à des gênes dans leurs activités du quotidien liées à une santé dégradée : il convient d'aborder la prévention de la dépendance en orientant vers les dispositifs de compensation, d'aménagement de l'environnement ou de modification des activités pour conserver son indépendance dans les activités qui comptent.

II. LES ENJEUX DE POLITIQUES PUBLIQUES

A. Un système de santé exsangue face aux maladies chroniques

L'apparition de **maladies chroniques et de polypathologies** est plus fréquente dès 55 ans. Au sein d'une population marquée par l'augmentation d'effectif dans cette tranche d'âge, ces maladies génèrent une pression sur l'organisation du système de santé, son efficience et ses coûts. C'est d'autant plus le cas si le diagnostic de la maladie est tardif. Les recours tardifs ou les demandes de soin partielles induisent une perte d'efficacité des soins engagés et une baisse de la qualité de vie liée aux soins délaissés. La prise en charge de ces pathologies doit faire l'objet d'une appréciation globale ou coordonnée qui appelle la connaissance des risques et un accès à des services de santé dédiés.

Actuellement, la pression sur le système de santé s'exerce d'autant plus fortement qu'il fait déjà face à plusieurs contraintes structurelles :

- **Les effectifs nombreux et la chronicisation des maladies** n'ont pas été suffisamment anticipés et positionnent le système de santé dans une situation d'urgence immédiate et pour le long terme
- Le système fait face à la **rareté des ressources médicales et paramédicales** qui risque de s'aggraver dans les années à venir ;
- Les **politiques centrées sur la prévention de quelques pathologies**, sans vision systémique et intégrative de l'individu, diminuent leur efficacité. Cette dynamique intensifie les risques de dégradation de l'état de santé et de perte d'autonomie liées à un défaut de prise en charge des premières atteintes réversibles ou compensables ;
- **Une augmentation régulière du nombre des personnes dont l'indépendance est altérée** et qui sollicitent un secteur médico-social lui aussi confronté à des enjeux majeurs liés au manque de structuration, de ressources humaines et de financement durable du secteur.

Le système de protection sociale est déstabilisé par la transformation de la structure par âge de la population et l'allongement de l'espérance de vie jusqu'à des âges très élevés. En cause, le défaut d'anticipation du nombre croissant de recours et la nécessité de faire évoluer son financement.

B. Soutenabilité de notre système de protection sociale

Le déséquilibre croissant entre le nombre de bénéficiaires et celui des cotisants réduit les ressources des caisses d'assurance retraite et maladie, alors même que les besoins augmentent, sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie, dans les populations qui y recourent le plus.

D'après la Cour des comptes, à structure de dépenses par âge inchangée depuis 2023, le poids des dépenses publiques dans le PIB atteindrait 60,8 % en 2070, soit un niveau équivalent au pic observé durant la crise Covid[11].

Les solutions envisagées tendent à maintenir les individus, aussi longtemps que possible, dans la catégorie des cotisants plutôt que dans celle des bénéficiaires. En matière de retraite, les pouvoirs publics privilégient le recul de l'âge de départ. Le maintien ou le retour en emploi des personnes approchant cet âge est ainsi érigé en priorité : conserver les seniors du côté de ceux qui contribuent au financement de la protection sociale, plutôt que du côté de ceux qui en bénéficient. Encore faut-il que ces personnes soient effectivement en mesure de poursuivre leur activité : on peut craindre des inégalités face à la possibilité même d'atteindre, en emploi, un âge de départ toujours plus reculé. Cette stratégie ne réduit par ailleurs ni les besoins de soins, ni le recours à l'assurance maladie, ni même le recours à d'autres prestations sociales lié à la dégradation des conditions de vie.

Sur le plan économique, prolonger la vie active à l'approche de la retraite est présenté comme un levier permettant d'alléger la pression sur la protection sociale et de soutenir la compétitivité. Or les parcours professionnels constituent eux-mêmes un facteur de risque pour la santé, et l'un des principaux déterminants des inégalités face au vieillissement en bonne santé. Saisir le lien entre santé et trajectoire professionnelle est ainsi indispensable pour limiter les risques accumulés tout au long de la carrière ce qui est la condition première d'un maintien en emploi durable.

Au-delà des risques directement liés au poste de travail, la carrière elle-même doit être envisagée comme un facteur de vieillissement, en bonne ou en mauvaise santé. L'insécurité de l'emploi, source de difficultés financières, l'absence de perspectives d'évolution, génératrice d'un défaut de reconnaissance ou encore la crainte de ne pouvoir tenir jusqu'à la retraite, propice au découragement, sont autant de déterminants fréquents d'une santé dégradée en fin de carrière. Il devient dès lors essentiel d'envisager des possibilités de bifurcation choisie.

Un autre enjeu majeur pour le système de protection sociale réside dans la situation des proches aidants, qui accompagnent au quotidien une personne ayant perdu son autonomie, le plus souvent un parent ou un conjoint, parfois un enfant, un frère, une sœur ou un autre proche. Ces aidants interviennent généralement en amont des services sanitaires et sociaux professionnels, et demeurent actifs à leurs côtés une fois ceux-ci sollicités. Ils constituent un pilier invisible du système de santé français : près de 11 millions de personnes accompagnent aujourd'hui un proche, dont une part importante appartient à la tranche des 55-75 ans, des individus qui, alors même que leur propre santé appellerait attention et prévention, consacrent une énergie considérable à l'accompagnement d'un parent vieillissant ou d'un conjoint dépendant. Les études convergent : le statut d'aidant accroît significativement les risques de dépression, de troubles du sommeil, d'épuisement physique et de négligence de sa propre santé. Bilans médicaux différés, traitements négligés, activité physique délaissée : ces renoncements s'accumulent et fragilisent durablement la santé de l'aidant, jusqu'à le conduire lui-même vers la perte d'autonomie. Or la santé de l'aidant conditionne directement la durée et la qualité de l'accompagnement qu'il peut offrir. Sur le plan économique également, un aidant épuisé accompagne moins bien et moins longtemps, précipitant ainsi l'entrée en établissement de la personne aidée. Investir dans la santé des aidants constitue donc à la fois un investissement dans le maintien à domicile et une source d'économies pour le système de protection sociale.

Maintenir la santé des 55-75 ans devient donc un enjeu non seulement humain, mais aussi social et économique : moins de maladies, c'est moins de dépenses de soins et plus de personnes en mesure de rester actives que ce soit socialement, professionnellement ou en soutien auprès de leurs proches.

[11] https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-12/20251202-synthese-Demographie-et-finances-publiques.pdf

C. La nécessité d'une politique sociale globale

Des politiques publiques, afin de répondre à l'enjeu du vieillissement de la population, se sont succédé suite au rapport Laroque en 1962, sans jamais véritablement anticiper la situation d'aujourd'hui. Elles ont néanmoins contribué au recul de la pauvreté des personnes âgées, porté les différentes réformes des retraites et contribué au développement des services à domicile. Depuis les années 2010, les projets de loi et travaux divers s'enchaînent sans apporter de réponse structurelle et globale.

La société continue de détourner le regard, portée par une représentation dégradée et stéréotypée des plus âgés et de leurs conditions de vie. La majorité des citoyens ne souhaitent pas envisager leur vieillissement et les acteurs politiques n'en font pas une priorité. Pourtant, les stéréotypes reflètent mal la réalité : la moitié des personnes de 75 ans n'ont aucune ou une seule maladie chronique, et 90 % ne souffrent d'aucune démence. Même si ces chiffres sont des moyennes et que ces pathologies peuvent évoluer rapidement avec l'avancée en âge, il existe de fait une grande diversité de trajectoires de vieillissement et beaucoup sont largement épargnés des situations critiques durant leurs années de vieillesse.

Beaucoup ignorent également leur capacité à agir en partie sur leur propre santé future, ne maitrisent pas ou n'ont pas accès aux ressources pour prévenir, repérer et soigner la fragilité et pour adapter leur environnement lorsque des maladies s'installent. **La prévention reste le levier central qui repose sur trois axes complémentaires : permettre à chacun d'éviter l'apparition des maladies invalidantes, limiter leurs effets sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie et adapter les environnements pour préserver l'autonomie le plus longtemps possible. La prévention revient à accompagner les personnes avec des réponses adaptées et équitables. Pour ce faire, face à l'augmentation du nombre de personnes atteignant les grands âges, une mobilisation collective est indispensable.**

Outre la protection de la qualité de vie des personnes, l'approche préventive, tout au long de la vie, contribuerait à amortir les tensions sur l'offre de soins et l'augmentation des dépenses publiques liées aux besoins de santé et à l'accompagnement des situations de dépendance. Développer une stratégie nationale ambitieuse de prévention apparaît comme essentiel pour retarder l'apparition de pathologies invalidantes, favoriser un vieillissement en bonne santé, et préserver les chances de rester indépendant dans ses activités. Cette stratégie nécessite une approche multidimensionnelle engageant la société ; la réussite des actions de prévention ne dépend pas seulement de leur efficacité médicale ou sanitaire, mais aussi, et bien plus largement, de la dynamique sociétale qui leur accordera de la valeur, c'est-à-dire qui légitimera la nécessité de répondre efficacement aux besoins des plus âgés, dans le maintien de leur indépendance, puis dans les dispositifs proposés à ceux qui l'ont perdue, en partie ou totalement. La prise en compte des facteurs de risque tout au long de la vie, et notamment durant la vie professionnelle s'inscrit dans cette démarche globale.

D. Premiers éléments de réflexion

L'âge chronologique est très insuffisant pour qualifier la probabilité d'être en bonne ou en mauvaise santé et insuffisant pour organiser une prévention efficace : la prévention doit balayer une tranche d'âge large pour tenir compte de la diversité des parcours de vie et des états de santé, pour accompagner **la sensibilisation des personnes** aux démarches préventives et l'observation des **signes précoces de fragilité par des outils adaptés**. Ces derniers sont basés sur des dimensions variées de la situation des personnes (physiques, cognitives, sensorielles, nutritionnelles, psychiques, sociales ou encore numériques) et permettent d'établir des profils dominants pour cibler les démarches, sans mobiliser l'âge en premier critère.

D'après une étude s'appuyant sur ces signes parmi les 75 ans et plus, voici un certain nombre de pistes afin d'adapter l'intervention[12] :

- **Information auprès des personnes qualifiées de "robustes"** (50 %) : pas de déficiences majeures ; sensibilisation à la prévention universelle
- **Information, prévention et anticipation de la progression des difficultés auprès des personnes qualifiées de "pré-fragiles ou fragiles"** (40 %) : déficiences débutantes mais réversibles, prévention ciblée prioritaire et sensibilisation à la prévention universelle pour maintenir les fonctions non altérées
- **Accompagnement des personnes qualifiées de "dépendantes"** (10 %) : perte d'autonomie nécessitant une aide pour au moins une activité du quotidien ; prévention secondaire et adaptation de l'environnement ; prévention universelle pour maintenir les fonctions non altérées

Ces constats soulignent une opportunité majeure d'agir tôt auprès des 55-75 ans pour :

- Limiter le risque de maladies, notamment invalidantes
- Inverser la trajectoire en facilitant la récupération, ou stabiliser à des niveaux modérés les troubles installés
- Limiter leurs conséquences sur les activités du quotidien pour maintenir l'indépendance (rééducation, ergothérapie, technologie compensatrice, aménagement de l'environnement)
- Orienter sur les solutions pour accompagner les besoins dans les sphères d'activités diminuées, en maintenant l'indépendance dans les autres sphères

Pour ce faire, il faut déployer des stratégies auprès des personnes :

- Connaître les ressources et l'environnement de vie des personnes
- Sensibiliser les populations cibles
- Rendre les informations et opportunités de repérage visibles et accessibles
- Rendre accessibles les soins, les dispositifs thérapeutiques, les technologies compensatrices, les solutions d'aménagement et de compensation des limitations fonctionnelles

III. LA PRÉVENTION : ÇA MARCHE !

Les connaissances scientifiques et les retours de terrain convergent aujourd'hui vers un constat clair : **la prévention fonctionne et ses bénéfices sont significatifs lorsque les actions sont engagées suffisamment tôt.**

[12] https://share.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/share/documents/DNSS_num4.pdf

A. LES 55-75 ANS, UNE CIBLE PARTICULIÈREMENT PERTINENTE POUR LES POLITIQUES DE PRÉVENTION

1. Les âges de fin de carrière et les évolutions dans la vie familiale

Sur le plan professionnel, il s'agit de la tranche d'âge des grandes transitions avec la fin de la carrière et le passage à la retraite. Les dernières années au travail peuvent constituer un virage difficile à négocier : pour certains, des expositions pénibles se sont accumulées au cours de la carrière, l'état de santé dégradé devient peu compatible avec les conditions de travail, compromettant le maintien en emploi et induisant une sortie précoce du marché du travail ; d'autres s'épuisent physiquement et mentalement pour s'adapter à des transformations du travail auxquelles on ne les a pas suffisamment préparés ; d'autres encore peinent à répondre à des exigences professionnelles croissantes dans un contexte économique difficile. Les manifestations de troubles et maladies (psychologiques, sensorielles, ostéoarticulaires…) surviennent et, pour les personnes éloignées des pratiques de prévention, les ressources physiologiques s'affaiblissent.

À l'issue de ces dernières années de carrière, il y a la retraite. Sortis de l'activité professionnelle, les retraités redéfinissent leur périmètre d'activités et se trouvent parfois départis de certaines de leurs ressources, que ce soit en termes de réseau social, de moyens financiers ou d'accès à des activités. La retraite peut aussi susciter un sentiment d'inutilité porté par le modèle social dévalorisant la vieillesse. Ces changements de conditions de vie peuvent contribuer à diminuer les ressources physiologiques, et accentuer les manifestations de troubles de santé qui, comme évoqué plus tôt, surviennent à ces âges.

Sur le plan personnel, cette période "55-75 ans" peut se révéler exigeante : l'accompagnement des enfants devenant jeunes adultes, dans leurs choix d'études et de carrière et dans leur entrée en indépendance ; la survenue de problèmes de santé (les siens, ceux de proches) ; le soutien aux parents (soins, assistance dans les activités quotidiennes). Ces publics assument des responsabilités, parfois lourdes et des inquiétudes personnelles qui peuvent générer anxiété et épuisement ou encore négligence de leur propre santé. En même temps, la survenue de premières atteintes de santé et l'accompagnement de leurs proches malades rendent ces personnes plus sensibilisées aux démarches de prévention. Cette population, souvent encore active et autonome, représente ainsi une zone d'impact stratégique pour déployer une prévention efficace pour leur santé en général, et dans le cadre de leur rôle d'aidant, auprès de proches dont l'indépendance décline, auprès des enfants devenus adultes et parents à leur tour.

2. Un terrain favorable à la prévention dans cette tranche d'âge

Ce moment professionnel et personnel apparaît comme une "ultime" fenêtre d'opportunité pour enclencher des pratiques préventives ou dépister des troubles à des stades précoces. C'est aussi une fenêtre d'opportunité aujourd'hui, car les générations ayant actuellement ou prochainement entre 55 et 75 ans présentent des atouts réels pour mener des actions de prévention. Lorsque ce rapport est rédigé, ce groupe d'âge est constitué de générations ayant connu des progrès très rapides de l'espérance de vie, qui leur ont permis de se projeter dans une période de retraite plus longue, en meilleure santé que les générations qui les ont précédées.

Elles ont aussi été concernées par les revendications de 1968, ont vécu un **tournant sociétal, avec un nouveau regard sur les parcours de vie, le travail et la retraite.** Au seuil de celle-ci, elles ont cumulé plusieurs responsabilités. Puis, passées à la retraite, dans ces nouvelles configurations de jeunes retraités, se croisent les projets personnels pour "profiter" avant les mauvaises années, tout en soutenant parents et enfants.

Ces générations, porteuses de **valeurs d'émancipation et d'autonomie**, exprimant des attentes fortes en matière de réalisation personnelle, de participation sociale et de qualité de vie, redéfinissent aussi leur propre vieillissement au regard de celui de leurs parents. Leurs aspirations renouvellent profondément leurs représentations de l'avancée en âge et montrent le besoin de faire évoluer les **réponses aux premiers signes de fragilité : en termes d'offres de services, de modes d'habitat, de mobilité et d'engagement citoyen.** Ces évolutions constituent une opportunité pour enclencher une dynamique sociétale vertueuse, améliorant le regard porté sur les vieillesses et redéfinissant les attentes de la population sur cette période de la vie que la société n'encourage pas à envisager.

Ces générations sont bien plus familiarisées avec les démarches actives pour leur santé que les générations précédentes et sont aussi plus enclines à recourir aux innovations technologiques facilitant la prévention. Leurs nouvelles aspirations en matière de qualité de vie et d'autonomie s'appuient sur une connaissance des enjeux souvent acquise en accompagnant leurs parents dans leurs difficultés de santé et leur besoin d'aide. Elles constituent ainsi une cible particulièrement réceptive à des propositions d'actions favorables à leur santé future.

Or des obstacles structurels demeurent : une méconnaissance de la diversité des conditions de vie et aspirations des hommes et des femmes "âgés" ; la rareté croissante des professionnels de santé ; des politiques de prévention trop sectorisées ; des inégalités de santé persistantes, qu'elles soient professionnelles, socioéconomiques, de genre et territoriales ; une défiance émergente vis-à-vis des messages de santé publique et des pratiques de prévention, au premier rang desquelles la vaccination. Les actions de prévention à ces âges font enfin face à un défi majeur, celui de s'insérer dans les routines de vie des 55-75 ans, souvent bien installées et relativement denses.

Comprendre leurs besoins spécifiques à ces âges permet de sensibiliser, d'anticiper et de repérer les premiers signes d'altération pour maintenir la santé fonctionnelle. Cette population pourrait bénéficier : d'une information permettant une détection et une prise en charge plus efficace de ces troubles ; de ressources permettant de développer de nouvelles habitudes en rapport avec des troubles fonctionnels et le cas échéant, de recourir à des dispositifs permettant de mieux "faire avec" pour éviter l'abandon progressif d'activités qui comptent.

B. Des connaissances robustes sur des actions de prévention efficaces

Le champ de la prévention se divise en actions de protection médicale (notamment via la vaccination), de dépistage et de pratiques favorables à la santé. Ces actions peuvent être liées à des actes et prescriptions médicaux (dépistages, activité physique adaptée) ou ancrées dans les pratiques quotidiennes (nutrition, activité physique de loisir, de trajet ou autre) ou liées à des interactions sociales dans le cadre de l'activité professionnelle ou dans la sphère privée. Dans ces différents champs d'application, on constate que les interventions classiques de prévention tout au long de la vie profitent au vieillissement en bonne santé, en limitant les risques d'accumulation des troubles de santé. Dès lors, les réflexes acquis tôt dans la vie en termes de bilans et dépistages, mais aussi de pratiques ou de confiance dans les messages de prévention, sont bénéfiques sur le long terme. Nombre des personnes âgées de demain ont profité d'une bien plus grande attention à leur santé que les générations qui ont aujourd'hui plus de 75 ans. De ce point de vue, on peut attendre des gains potentiels significatifs en matière d'espérance de vie en bonne santé avec l'avancée en âge des générations en moyenne plus familiarisées avec les soins et les pratiques favorables à la santé.

- La **vaccination** pratiquée dès les tout premiers mois de la vie, demeure un levier majeur pour prévenir les infections et leurs complications. Chez les personnes très âgées, face aux épidémies de grippe, ses bénéfices sont d'autant plus marqués qu'elle compense des défenses immunitaires amoindries chez une partie d'entre elles, y compris en l'absence de maladie diagnostiquée. La vaccination permet en cas de maladie d'en diminuer la sévérité et donc de limiter l'épuisement des ressources et favoriser la récupération.
- La **prévention des risques professionnels et de l'accidentologie** fait partie des actions importantes du parcours de vie. Les conséquences des plus graves d'entre eux peuvent avoir des répercussions sur la vie entière : soit directement par une atteinte définitive, soit par les répercussions sur la vie personnelle, sur la carrière et les revenus. De ce point de vue aussi, le regard porté sur les risques dès les âges jeunes est crucial ; il peut permettre la mise en place de démarches plus larges en termes de bilan de santé ou d'intégrer des pratiques favorables à la santé dans son quotidien. Il peut permettre la mise en place de démarches auprès des personnes impactées quant à la suite de leur carrière.
- Parmi les priorités de santé publique, sans un regard spécifique sur les grands âges, on trouve la **mise en place de pratiques favorables à la santé** qui permettent de maintenir les capacités fonctionnelles et diminuer certains symptômes (douleurs, sommeil…) et risques**.** Des exercices physiques réguliers (fonctions respiratoires, motrices, cardio-vasculaires…) et une alimentation appropriée (fonctions cardiovasculaires, métaboliques, digestives…) font partie des recommandations les plus connues et reconnues. Les solutions sont souvent à la portée de chacun. Pour l'activité physique, le minimum étant de limiter la sédentarité, il s'agit de pratiques qui peuvent s'insérer dans les routines des personnes : depuis les activités sportives pratiquées à haut niveau ou de loisir (marche, vélo, sport individuel ou collectif) jusqu'aux activités physiques incidentes à la maison (trajets, courses, jardinage…) ou au travail. Il paraît essentiel de développer des recherches permettant d'élargir la connaissance de pratiques favorables au maintien de l'autonomie qui soient efficientes, de connaitre la nature de leurs retombées, et de déployer des solutions accessibles. Mais, il est nécessaire de trouver les facteurs de motivation pour adopter de nouvelles pratiques, telle que la connaissance des retombées favorables qui comptent pour les personnes, c'est-à-dire leur permettant de maintenir les activités qui leur importent.
- On trouve aussi la nécessité de **diminuer les pratiques à risque pour la santé,** parfois ancrées dans des pratiques socialement marquées (tabac, alcool, sédentarité, nutrition) et qui peuvent être intriquées à des **problématiques d'addiction**. Ces sujets sont encore peu portés comme pouvant présenter une spécificité avec l'avancée en âge, au-delà de leurs conséquences sur la santé (ex. ancienneté de la pratique, anxiété vis-à-vis de la vieillesse et la mort, comorbidité). Ils font partie intégrante des conditions de vie des personnes et doivent être reconnus et traités dans une démarche globale de prévention. Là encore, il s'agira de permettre aux personnes d'identifier ce qui permettra de les éloigner durablement de ces pratiques en valorisant les activités qui comptent pour elles et qui peuvent être entravées par les retombées des pratiques à risques, ou l'absence de pratiques favorables à la santé et aux diverses fonctions de l'organisme.
- Dans les priorités de santé publique, relevant de la prévention, on trouve aussi l'**accès aux soins et aux dispositifs techniques et technologiques**. Des analyses doivent être conduites pour comprendre les freins dans l'accès et dans le recours avec l'avancée en âge, et notamment aux démarches de prévention : trouver un praticien, avoir un rendez-vous médical, s'y rendre et donner suite aux préconisations peuvent sembler ne pas valoir l'effort lorsqu'il s'agit de prévention, dont on ignore trop souvent le bénéfice.
- **L'éducation pour la santé, les messages de prévention** dans les multiples domaines (visuels, auditifs, bucco-dentaires, cognitifs, émotionnels, physiques, douleurs, sommeil, sexualité), **la mise à disposition de solutions de prise en charge** sont indispensables pour

faire évoluer la santé de la population. Les troubles qui se manifestent sont souvent mal identifiés, mal pris en charge, par méconnaissance. Ils ont pourtant des conséquences de grande portée et contribuent au risque de dépendance : la dénutrition, la diminution des sorties, la moindre communication avec les autres, l'abandon de la pratique sportive ou des activités culturelles… Trop souvent certains de ces troubles sont considérés comme constitutifs du vieillissement, irréversibles et non traitables. Ils sont pourtant souvent l'expression d'une pathologie disposant d'une prise en charge spécifique, que ne peut remplacer une automédication ponctuelle. Outre les possibilités de guérison de certaines des maladies détectées, qui permettent de stabiliser les ressources physiologiques, prendre en charge ces problèmes est essentiel pour maintenir ses activités.

- Les **bilans réguliers** jouent un rôle clé dans le repérage des fragilités. Ils permettent d'identifier rapidement des signaux précurseurs et d'initier des interventions ciblées avant l'apparition de complications. Ces bilans sont d'autant plus importants que la prévention passe également par la poursuite ou l'adoption de pratiques que ces troubles compromettent : l'activité physique régulière et une alimentation équilibrée. Les bénéfices de ces prescriptions devenues incontournables sont avérés.
- Dans le prolongement du point précédent, il est important par ces bilans de reconnaitre les symptômes afin de distinguer ceux qui sont traitables de ceux qui dépendent d'un processus irréversible ; ces derniers demandent **alors de s'y adapter en redéfinissant progressivement le choix d'autres activités et la manière de les réaliser**. Il est ainsi constitutif des actions de prévention, outre le repérage, les recommandations et les soins, d'accompagner **des adaptations pour permettre à chacun d'exercer la forme de participation sociale et d'engagement citoyen qui soit accessible et souhaitée.** Il convient en parallèle de diminuer la culture de la performance et les formes d'injonction à l'engagement (bénévole, associatif, sportif…) quand certains, arrivés aux grands âges, aspirent à d'autres formes d'accomplissement et quand d'autres ont des capacités fonctionnelles diminuées qui les contraignent.
- Lutter contre l'âgisme est une condition préalable à toute autre action. La dévalorisation de cette période de la vie et la croyance d'un déclin inéluctable sont les premiers freins à un engagement des personnes et des professionnels dans la prévention. Lorsque les actions de prévention demandent des efforts, cette vision des vieillesses et la méconnaissance de la diversité des vécus comme des bénéfices de ces efforts ne peuvent que compromettre les démarches.

C. Des modèles internationaux inspirants

Face au défi du vieillissement, les pays ont apporté des réponses diverses, certains ayant engagé des réformes ambitieuses, souvent structurantes, parfois pionnières. Sans examiner ici l'efficacité de ces orientations de façon approfondie, il convient d'en retenir les idées directrices, qu'elles soient proches ou éloignées des pratiques françaises, et transposables ou non.

1. L'approche territoriale allemande : décentralisation et prévention de proximité

L'Allemagne illustre les bénéfices d'une **gouvernance fortement décentralisée** en matière de santé publique. Les *Länder* et les communes disposent de compétences importantes leur permettant d'adapter les actions de prévention aux réalités de leurs territoires. Le dispositif **d'assurance dépendance**, en vigueur depuis 1995, illustre cette philosophie en reliant explicitement **prévention**, **rééducation** et **accompagnement** dans une approche globale. Cette flexibilité organisationnelle est

censée mieux répondre aux besoins spécifiques de chaque territoire tout en maintenant une coordination entre les échelons fédéral, régional et local.

On y retrouve des aspects importants évoqués plus haut : la décentralisation de la prévention pour une mise en pratique locale tenant compte des spécificités de la population du territoire, combinée à une approche allant de la prévention à la rééducation. Orientée vers la coordination des actions à l'échelle du territoire, cette approche porte davantage sur le repérage des troubles fonctionnels que sur les symptômes et troubles de santé dès 55 ans.

2. Singapour : une stratégie nationale intégrée du vieillissement actif

Singapour a développé l'une des politiques les plus ambitieuses au monde en matière de "bien vieillir", faisant figure de référence dans les contextes urbains denses. Depuis 2015, le gouvernement déploie un **plan national**[13] structuré autour de trois piliers complémentaires.

- Le premier concerne la **prévention** en santé avec le programme "Live Well, Age Well" qui vise les plus de 50 ans autour de six dimensions : activité physique, santé mentale, nutrition, sommeil, liens sociaux et gestion des maladies chroniques.
- Le deuxième pilier valorise la **participation économique et sociale** des seniors à travers le relèvement progressif de l'âge de la retraite, des mesures d'incitation au travail flexible et des programmes de formation continue.
- Enfin, le troisième pilier **transforme l'environnement urbain** : 80 % des habitants vivent à moins de 400 mètres d'une station de métro, tous les nouveaux bâtiments sont accessibles depuis 1990, et un réseau dense de centres de vieillissement actif offre activités et programmes de prévention.

Cette politique active envers les symptômes et troubles dès 50 ans se rapproche des actions visées en France. Comme mentionné ci-dessus, il s'agit d'un exemple de contexte urbain dense dont on peut étudier les pratiques en matière de bilan de santé et de préconisation. La disponibilité de centres dédiés à la prévention et à l'accompagnement de proximité permet aussi une meilleure diffusion de l'information, l'intégration des points d'information dans la vie de la cité et le repérage des besoins. Cette analyse doit tenir compte des différences en matière de réseau social et de soutien aux plus âgés. Il faut prendre en considération les spécificités de l'organisation sociale, politique et économique de Singapour.

3. Le Danemark : excellence de la coordination médico-sociale

Le modèle danois se distingue par son **organisation intégrée** et son **décloisonnement entre secteurs sanitaire et social.** La réforme territoriale de 2007 a clarifié les compétences : les cinq régions gèrent hôpitaux et médecine libérale, tandis que les 98 municipalités pilotent prévention, réadaptation et soins à domicile. Cette répartition favorise une approche cohérente des parcours de soins, renforcée par une forte intégration numérique où le dossier patient est accessible à tous les niveaux. Les médecins généralistes jouent un rôle pivot maintenant 90 % des patients hors milieu hospitalier. L'empowerment

[13] https://isomer-user-content.by.gov.sg/3/b1fd5713-8ff9-46d5-9911-0f233f2a8b31/refreshed-action-plan-for-successful-ageing-2023.pdf

du patient constitue le cœur du système à travers l'information, l'éducation thérapeutique et les outils numériques de gestion des maladies chroniques[14]. Cette organisation se traduit par des résultats remarquables : délai d'attente aux urgences limité à quatre heures, maîtrise des dépenses de santé et taux de mortalité post-infarctus parmi les plus bas de l'OCDE. Pour les seniors, l'accent est mis sur le maintien de l'autonomie à domicile et la prévention de la perte d'autonomie plutôt que l'institutionnalisation.

On retiendra ici les principes de suivi sur le parcours de vie, et l'engagement de la population dans sa santé par une information et une éducation à la santé. Il serait utile de comprendre la manière dont la question du vieillissement est abordée dans l'éducation et la représentation que s'en fait la population. Le choix du maintien au domicile est aussi celui de la France : on pourra chercher à savoir si l'implémentation de cette politique est favorisée par une culture de l'*empowerment* des personnes dans la gestion de leur santé tout au long de la vie.

4. Le Royaume-Uni : innovations en santé au travail

Le Royaume-Uni présente l'un des taux d'emploi des 55-64 ans les plus élevés d'Europe. Bien qu'encore en phase expérimentale, les approches britanniques en matière de santé au travail des seniors méritent attention. Le pays développe actuellement des projets d'accompagnement au retour à l'emploi après maladie, avec notamment l'introduction d'un "certificat d'aptitude au travail" soutenant une approche positive du maintien en activité. La réflexion porte désormais sur les conditions permettant de prolonger la vie professionnelle dans de bonnes conditions de santé, dimension essentielle pour la prévention dans la tranche 55-75 ans où beaucoup sont encore en activité.

L'approche orientée sur l'activité professionnelle va dans le sens énoncé plus tôt de favoriser le repérage et le traitement de maladies ou troubles de santé en s'intéressant aux possibles conséquences de ceux-ci sur les activités du quotidien, la poursuite de la carrière, les conditions de vie. Pour les personnes qui peuvent reprendre un travail, l'adaptation des conditions ou la possibilité d'évoluer pour aller vers un emploi compatible avec les capacités sont primordiales. Il s'agit d'envisager les trajectoires des personnes pour lesquelles ce retour n'est pas envisageable. Il s'agit aussi, dans la démarche de prévention, de mener une réflexion sur le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques, au-delà du retour au travail. Ce suivi lorsqu'il est fait sur la longue durée, peut constituer l'opportunité d'une surveillance des troubles susceptibles de survenir ou de s'aggraver avec l'avancée en âge ; il serait intéressant de voir si une concentration sur le suivi d'une maladie spécifique n'entraine pas une moindre attention à des symptômes autres.

5. Le Québec : une politique gouvernementale transversale

Seule province canadienne dotée d'une politique structurée sur le vieillissement, le Québec illustre les bénéfices d'une approche globale et coordonnée. Depuis 2012, la politique "Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec" s'inspire du concept de vieillissement actif de l'OMS. Le plan d'action 2024-2029 mobilise 102 mesures portées par 34 ministères et organismes autour de douze axes d'intervention couvrant l'ensemble des dimensions du bien vieillir : lutte contre l'âgisme, autonomie financière, participation sociale, prévention et actions de proximité, soutien à domicile, accès aux soins, soutien aux aidants, habitation adaptée, milieux de vie inclusifs. Ce qui distingue l'approche québécoise,

[14] https://www.senat.fr/rap/r24-243/r24-243-syn.pdf

c'est sa démarche participative associant communautés locales, associations d'aînés et chercheurs à la définition des politiques publiques. Le réseau "Villes amies des aînés" illustre cette logique ascendante qui favorise l'adaptation territoriale tout en maintenant une cohérence d'ensemble. L'Institut national de santé publique du Québec met particulièrement l'accent sur les mesures de promotion de la santé visant les 50 ans et plus, avec une approche multifactorielle intégrant aménagement urbain, sécurité, transports et environnement social.

Le recul dont on dispose sur la politique québécoise doit permettre de l'évaluer. La littérature canadienne, et plus généralement la littérature internationale s'intéressant aux actions menées au Canada, doivent apporter des informations précieuses sur ce qui a bien fonctionné et sur les enseignements tirés de ce qui n'a pas réussi, dans le contexte québécois. Une approche transversale aux ministères semble indispensable pour élaborer un projet de long terme, cohérent et équilibré ; reste à savoir si cette transversalité a été mise en place d'emblée ou s'est construite progressivement. Des angles à explorer seraient ceux de la prise en compte des "parcours de vie" dans l'axe "prévention et actions de proximité" ou encore l'implémentation dans des zones non urbanisées.

6. Les Pays-Bas : le pari radical du maintien à domicile

Le modèle néerlandais représente l'approche la plus radicale en matière de transformation du secteur médico-social pour personnes âgées. En 2015, face à des dépenses de perte d'autonomie atteignant 3,8 % du PIB avec une projection de doublement d'ici 2050, les Pays-Bas ont pris la décision de fermer progressivement tous les établissements traditionnels de type EHPAD. Cette réforme s'appuie sur le constat que la grande majorité des seniors souhaitent vieillir chez eux. Le système privilégie désormais le développement massif des services de soins à domicile professionnels, la création de petites résidences communautaires de 36 appartements maximum pour ceux qui ne peuvent rester chez eux, et le maintien de structures spécialisées uniquement pour les situations de grande dépendance. En 2019, 92 % des Néerlandais de plus de 75 ans vivaient à domicile, avec une réduction de 43 000 places en maisons de soins entre 2008 et 2019. Le système est jugé moins coûteux et plus souple, tout en répondant mieux aux aspirations des personnes âgées.

En France, fin 2019, on comptait 91,5 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile. Nous sommes donc à un niveau équivalent. Les chiffres augmentent fortement avec l'âge, mais en 2015, l'Insee estimait qu'un centenaire sur deux vivait encore à domicile. Il resterait à comprendre si, aux Pays-Bas, la prévention a joué un rôle dans la baisse de l'institutionnalisation ou si les mesures ont porté sur l'accompagnement par des services d'aide à domicile, et l'implication des proches. On pourra notamment suivre l'évolution de solutions alternatives telles que des logements intermédiaires.

D. DES FREINS EXISTENT ACTUELLEMENT

Construire la prévention de demain nécessite de comprendre précisément les facteurs qui limitent aujourd'hui l'efficacité des actions déployées, d'en évaluer les retombées et de déterminer si ces actions sont généralisables. Si les initiatives se multiplient, elles **peinent encore à atteindre l'ensemble des publics** et à **produire des effets durables à l'échelle des territoires**. De quelle manière évalue-t-on les dispositifs ? Quels sont les facteurs territoriaux et individuels qui conditionnent l'accès aux initiatives et leur efficacité ? Les études sur les dispositifs de prévention soulignent les freins mais aussi les leviers pour améliorer les dispositifs. Les politiques de prévention pour améliorer la santé en avançant en âge se heurtent aujourd'hui à des obstacles structurels profonds. L'absence de pilotage national fort, conjuguée à des cloisonnements entre ville, hôpital et médico-social, **limite la lisibilité et l'impact des**

dispositifs existants. La prévention ne progressera que si l'ensemble de l'écosystème est réorganisé autour d'un **parcours de prévention structuré, financé et territorialisé**.

Les représentations négatives associées au vieillissement évoquées précédemment constituent un frein majeur à l'appropriation des démarches de prévention : lorsque le vieillissement est perçu comme une dégradation inévitable, les actions préventives apparaissent peu utiles ou peu légitimes.

1. Un manque de coordination entre acteurs

Au-delà du travail auprès de l'opinion, un des freins majeurs tient à la pluralité d'acteurs de la prévention institutionnels et privés. Au premier rang figure l'Assurance maladie avec la **Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM),** tête de réseau opérationnelle du régime d'assurance maladie obligatoire, qui impulse la stratégie au niveau national et coordonne les **caisses primaires d'assurance maladie** (CPAM) au niveau départemental. Les CPAM mettent notamment en place des plans d'action en termes de gestion du risque avec les professionnels de santé et travaillent à l'amélioration des politiques de prévention et de promotion de la santé. Depuis janvier 2024, l'Assurance maladie pilote également les programmes de dépistages organisés des cancers (sein, col de l'utérus, colorectal), missions auparavant partagées avec d'autres acteurs. La **Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)** et les **caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)** déploient des actions de prévention de la perte d'autonomie, notamment au moment du passage à la retraite. Un "Plan national proximité autonomie" (PNPA) a été lancé conjointement par la CNAV et la CNAM en novembre 2014 pour repérer les personnes âgées en risque de fragilité et leur offrir des parcours coordonnés pour l'accès aux droits, aux soins, à l'action sociale et à la prévention. À cela s'ajoutent **les institutions de prévoyance et retraites complémentaires, les assureurs santé, des collectivités territoriales pionnières**, ainsi que certaines **entreprises ou branches professionnelles** ayant développé leurs propres stratégies de prévention. Santé publique France coordonne également la mise en œuvre des politiques de prévention et développe une expertise scientifique au service des décideurs publics. Les **agences régionales de santé (ARS)** déclinent la politique de santé publique à l'échelle régionale en tenant compte des spécificités territoriales.

Si cette richesse d'acteurs témoigne d'un dynamisme certain, elle est toutefois affaiblie par un **déficit de coordination, de lisibilité, de pilotage stratégique et une faible transversalité** entre les niveaux administratifs : les silos entre communes, départements et intercommunalités freinent la coordination interterritoriale et la mise à l'échelle des initiatives existantes. Ce besoin de coordination renforcée se retrouve également dans les relations entre les secteurs sanitaire et médico-social. Le système de santé français, historiquement organisé autour de l'hôpital, se révèle remarquable pour traiter les épisodes aigus d'une pathologie. En revanche, il devient **trop complexe et trop cloisonné pour accompagner dans la durée des personnes vieillissantes ou atteintes de maladies chroniques** et organiser la prévention.

2. Un modèle économique désormais inadapté au nouveau contexte de vieillissement de la population

Le modèle économique du système de santé demeure largement hérité d'une **logique centrée sur le soin curatif**. Il privilégie encore **la prise en charge hospitalière d'épisodes aigus**, souvent de courte durée, au détriment de la prévention et de l'accompagnement des trajectoires de santé dans le temps. Cette orientation limite les capacités d'anticipation des fragilités et contribue à un sous-financement persistant des actions de prévention, **trop souvent perçues comme des charges immédiates plutôt que comme de véritables investissements à long terme**.

La coordination des soins est fragilisée par les modalités actuelles de rémunération. Le **paiement à l'acte**, qui reste le mode de financement dominant de la médecine de ville, encourage des interventions ponctuelles plutôt qu'une approche continue et coordonnée. Ce modèle, bien qu'il ait démontré son efficacité pour garantir l'accès aux soins, se révèle peu adapté aux besoins de suivi des maladies chroniques et à la prévention. Pour les établissements de santé, la **tarification à l'activité** a également montré ses limites. Conçue initialement pour améliorer l'efficience hospitalière, elle a conduit à une logique de volume d'actes plutôt qu'à une logique de qualité et de pertinence des parcours.

Par ailleurs, si le système répond à des objectifs d'équité, il dispose de peu de marge de manœuvre pour tenir compte des parcours et conditions de vie des personnes qui y recourent. Les **inégalités sociales, économiques et relationnelles** influencent fortement l'accès aux soins mais aussi aux actions de prévention, ainsi que l'adhésion aux démarches d'accompagnement, notamment auprès de personnes éloignées des dispositifs par méconnaissance de leur existence ou de leurs effets, par manque de **temps, de ressources ou de la motivation nécessaire pour s'engager dans une démarche de santé.** Les publics à risque (précarité, isolement, chômage ou inactivité, maladies chroniques ou troubles fonctionnels) restent insuffisamment atteints par les campagnes de prévention et moins à même d'en appliquer les recommandations. Les dispositifs proposés touchent des publics déjà sensibilisés, ce qui contribue à rendre difficile l'évaluation de l'effet propre d'une action. Les actions peuvent moins bien fonctionner selon l'état de santé général des personnes **et leurs conditions de vie.** Plus largement, la démarche de prévention nécessite d'en connaitre les rouages, l'importance et les retombées. Or, comme mentionné plus tôt, il y a de larges différences dans la manière dont les personnes appréhendent la vieillesse et dans leur connaissance des symptômes et troubles réversibles ou traitables. Cela impose de déployer une stratégie d'information à la fois large pour déconstruire le lien intuitif entre "vieillesse" et "déclin", mais aussi d'actions ciblées, proactives et mieux ancrées dans les territoires.

S'il importe d'accroitre la culture de la prévention à tous les âges de la vie en France, la période des 55–75 ans est une fenêtre d'opportunité pour agir prioritairement. Les sciences, les technologies, les employeurs, les collectivités et les expériences internationales créent un contexte favorable. La France dispose des connaissances nécessaires, mais doit franchir un cap : **documenter**, **informer**, **coordonner, financer, territorialiser et déstandardiser la prévention** pour répondre aux enjeux d'une longévité élevée qui se combine à des effectifs concernés nombreux.

3. Quelles pratiques adopter ?

Les dispositifs d'actions de prévention ou d'approches préventives non médicamenteuses pour préserver ses ressources physiologiques sont nombreux. Leur développement à grande échelle reste pourtant problématique pour plusieurs raisons. Si l'aspect prescriptif par le corps médical peut jouer comme un facteur d'adhésion à certaines pratiques et pour certaines personnes (comme par exemple dans le cas de l'activité physique adaptée), un frein majeur pour l'adoption par la population de pratiques préventives est la méconnaissance des bénéfices ainsi que des seuils, doses, associations de pratiques qui les rendent efficaces : comment quantifier et qualifier des démarches qui reposent sur la façon dont les personnes qui s'y engagent appliquent les consignes, sur l'environnement dans lequel elles sont inscrites, sur les facteurs de sélection ou de confusion qui expliquent les résultats positifs ou négatifs constatés, plus que l'efficacité ou l'inefficacité de la démarche en elle-même. Par contraste avec l'évaluation de molécules et de leur fonctionnement, les tests de pratiques favorables à la santé ne peuvent s'exonérer des facteurs individuels et environnants des personnes qui les mettent à l'épreuve. Notons pour autant que l'exclusion des plus âgés de bon nombre d'essais cliniques relativise aussi le fonctionnement de molécules dans un contexte de vieillissement (ex. en cas de troubles fonctionnels ou comorbidité).

La difficulté d'évaluation de tels dispositifs de prévention fait qu'on reste à un niveau de conseil, en tant que bonne pratique et, dans le cadre de prescription auprès de personnes ayant des problématiques de santé spécifiques en les entourant d'une surveillance de leurs possibles effets désirables ou indésirables. La démarche revient alors à déployer un cadre stimulant pour les personnes afin qu'elles s'engagent dans ce que l'on sait être favorable au maintien des capacités et de mettre en garde contre les applications inadaptées et les mésusages. À titre d'exemple, le consortium Projet Pre.s.Age[15] (Parcours personnalisé de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées : accessibilité, *empowerment* et adaptations à l'environnement), lauréat du PPR AUTONOMIE, vise à analyser les freins et déterminants de l'engagement dans des programmes de prévention destinés aux personnes âgées, notamment celles éloignées des systèmes de soin.

Une politique d'implémentation de dispositifs de prévention doit comporter un large volet pédagogique permettant aux populations cibles de s'approprier la connaissance et de chercher les dispositifs s'intégrant le mieux à leurs routines, en fonction de leurs habitudes, appétences, temps…

[15] Porté par Raphaël Zory, sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), Laboratoire motricité humaine, expertise, sport, santé (LAMHESS), Université Côte d'Azur (https://ppr-autonomie.com/les-projets-finances/projet-presage/)

CHAPITRE II – AGIR POUR LA PRÉVENTION

I. REPÉRER LES SITUATIONS À RISQUE DE FRAGILITÉS : UN ENJEU GLOBAL ET DES STRATÉGIES CONTEXTUALISÉES

Le premier maillon d'une stratégie de prévention efficace auprès des 55-75 ans est l'information : il convient pour cela de multiplier les points de contact pour aller à la rencontre de ces personnes, selon leurs sphères d'activités.

L'enjeu est de faire résonner les informations délivrées avec leurs réalités. Cette approche exige une coordination renforcée des acteurs et un maillage territorial dense, capable de toucher tous les publics y compris ceux éloignés des dispositifs traditionnels de santé : lieux de soin des personnes de 55-75 ans ou de soins des personnes dont elles sont les aidantes ; lieux de travail ; lieux de sociabilité ; lieux de démarches administratives. Cette approche nécessite également **d'outiller ces acteurs pour informer, repérer et/ou orienter vers les dispositifs adaptés**. En effet, si la prévention nécessite de sensibiliser en amont de l'apparition de troubles, et éventuellement de repérer chez certains d'entre eux les signes avant-coureurs, les professionnels rencontrés doivent être à même de renseigner sur la prévention des troubles des plus âgés. Dans une société qui n'est pas prête à aborder sereinement les problèmes du vieillissement, une sensibilisation adaptée est de rigueur. Après 70 ans, les professionnels rencontrés sont probablement plus familiarisés.

A. Multiplier les acteurs pour informer et repérer les situations à risque de fragilités

La prévention des 55-75 ans exige d'aller au contact des publics, y compris ceux éloignés des dispositifs existants mais pas forcément orientés sur les problématiques du vieillissement en bonne santé. **Les initiatives de guichet unique, bien qu'animées par une ambition louable de coordination et de simplification, n'ont jamais apporté la plus-value attendue en raison de leur caractère trop centralisé et peu adapté aux réalités de terrain**. La stratégie doit donc reposer sur un **maillage territorial dense, pluriel et coordonné**, mobilisant l'ensemble des acteurs en capacité d'être au contact des personnes entre 55 ans et 75 ans en s'inspirant de la démarche « Making Every Contact Count » (MECC), que l'on pourrait traduire par « chaque interaction est une opportunité de prévention ». Cette démarche part d'un constat simple : chaque interaction qu'une personne a avec un professionnel, qu'il soit médecin, mais aussi pharmacien, aide à domicile, agent d'accueil en mairie, conseiller retraite ou même commerçant formé à cet effet, est une occasion potentielle d'aborder sa santé, sans attendre une consultation médicale dédiée.

Cette démarche consiste à outiller et former largement des professionnels non-spécialistes de la santé pour qu'ils sachent repérer un signal de fragilité, engager une conversation brève et non intrusive sur un comportement de santé (tabac, activité physique, alimentation, isolement…) et orienter la personne vers la ressource adaptée, sans que cela n'allonge significativement le temps de contact initial.

1. L'employeur, un acteur clé de la prévention

1.1 Un rôle déterminant à renforcer

Compte tenu de la tranche d'âge d'intérêt et de l'interaction entre les trajectoires de fin de carrière et la santé, l'employeur peut constituer un acteur clé. Mais toutes les entreprises ne s'emparent

pas spontanément des enjeux de prévention, et notamment dans une démarche de sensibilisation à l'importance de la prévention dans le cadre de l'avancée en âge. Cette appropriation reste particulièrement inégale dans les petites structures, limitées par des ressources humaines, techniques ou méthodologiques insuffisantes. Plusieurs facteurs expliquent cette faible mobilisation : certaines entreprises privilégient une logique de réparation plutôt qu'une approche proactive, d'autres estiment ne pas disposer du temps ou des moyens nécessaires.

> ***« La prévention au travail ce n'est pas que l'affaire d'un spécialiste dans les ressources humaines. Tout le monde est concerné. »***
>
> Caroline Gadou (ANACT)

Les employeurs, publics comme privés, disposent d'outils de prévention existants (médecine du travail, plans de formation, gestion des compétences, qualité de vie au travail) et d'une capacité d'identification des besoins individuels et collectifs.

Il convient de valoriser et de renforcer ces dispositifs, notamment par :

- La mise en place de **programmes de sensibilisation** adaptés aux réalités professionnelles et aux spécificités du vieillissement au travail. Ces exercices de sensibilisation doivent vraisemblablement passer par des formulations d'objectifs faisant écho aux réalités rencontrées plutôt que de se contenter de cibler les plus vieux du collectif. Ils doivent aussi élargir les sujets abordés, pour évoquer les conditions de travail et ne pas faire seulement écho aux problématiques de santé : nouvelles pratiques professionnelles, évolutions des carrières, connaissance des modalités de départ à la retraite, aménagement des postes de travail, dispositifs d'accompagnement des aidants familiaux…
- La **promotion de démarches de santé globale** incluant l'activité physique, la nutrition, la santé mentale et la prévention des maladies chroniques, dont l'impact sur l'espérance de vie en bonne santé est démontré. Il faut souligner l'importance de la surveillance des facteurs psychosociaux de risques pour la santé qui a été mise en œuvre plus tardivement ; les symptômes anxiodépressifs qui leur sont liés contribuent de manière massive aux incapacités des personnes de 50 ans et plus, aux côtés des troubles musculosquelettiques et des maladies cardiovasculaires.
- La sensibilisation aux risques liés à des difficultés **dans la sphère privée et dans l'articulation de ces difficultés avec la vie professionnelle** : la santé et le contexte social étant étroitement liés, les dispositifs professionnels facilitant le recours à des dispositifs d'accompagnement social font partie des canaux par **lesquels il faut informer et orienter.**
- **L'anticipation des besoins liés au vieillissement** par les employeurs : ergonomie, prévention des risques, maintien des compétences, transitions professionnelles
- **Un meilleur accès à l'information** est indispensable, pour comprendre leurs droits dans des domaines qui leur permettraient de limiter le développement de troubles de santé : mobilité, retraite progressive, dispositifs pour les aidants (des outils existants comme Info Retraite). Il s'agirait de réduire les inégalités et d'anticiper les fragilités de fin de carrière. Il s'agirait aussi **d'informer et sensibiliser sur la pertinence des actions de prévention**, en variant les messages pour toucher le plus de monde possible. Former et sensibiliser les quinquagénaires et sexagénaires aux **signes avant-coureurs qu'ils pourraient constater chez leurs proches âgés** (perte de poids, confusion…) et pour les orienter vers les bons dispositifs. Cette connaissance assimilée sera un atout pour détecter ces signes aussi chez eux. Ce dernier point

fait partie de la formation indirecte des personnes qui gagneraient ainsi en connaissance sur les signaux faibles et les pratiques favorables à la santé qui valent la peine d'être adoptées en avançant en âge.

1.2 Les services de prévention et de santé au travail

Les **services de prévention et de santé au travail (SPST)**, renforcés par la loi du 2 août 2021, ont vu leurs missions redéfinies et élargies. Ils assurent plusieurs missions essentielles : le conseil aux employeurs et travailleurs sur les risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail, la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques et de leur âge, la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi, ainsi que la promotion de la santé sur le lieu de travail, incluant des campagnes de vaccination, de dépistage et de sensibilisation aux bénéfices de la pratique d'activité physique.

Une mission spécifique pourrait être mise en place. Ces services pourraient être chargés d'organiser une sensibilisation collective ou individuelle à la prévention : fournir les informations sur l'intérêt **de reconnaitre dans un certain nombre de symptômes les signaux de vulnérabilité**, de **proposer des bilans réguliers tout au long de la carrière** et **d'orienter vers des parcours personnalisés de prévention et d'adaptation des conditions de travail** avant que les difficultés ne s'aggravent.

1.3 Les dispositifs existants à mobiliser davantage

Les entreprises et les branches professionnelles disposent d'outils éprouvés qui mériteraient d'être davantage mobilisés :

- **Le Compte professionnel de prévention (C2P)** permet d'anticiper les conséquences de l'exposition à la pénibilité. Il est ouvert dès lors qu'un salarié est déclaré par son employeur exposé à un ou plusieurs des six facteurs de risques professionnels (travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, exposition aux températures extrêmes, travail en milieu hyperbare, exposition au bruit, travail répétitif) au-delà des seuils réglementaires.
- **Les démarches de Qualité de vie et des conditions de travail (QVCT)** portées par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et le réseau des Associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), favorisent un équilibre entre performance et santé des salariés. La QVCT désigne une démarche collective visant à améliorer le travail dans le but de développer la santé des personnes au travail et contribuer à la performance globale (opérationnelle, économique, sociale et environnementale) de l'organisation. Parmi les dispositifs on trouve l'accès à des activités sportives. Il pourrait y avoir plus généralement des ateliers de sensibilisation à des pratiques autres : ex. présentation de l'état des connaissances en matière de prévention ; information nutritionnelle, sur les troubles musculosquelettiques etc…
- **La gestion des carrières** doit également intégrer une logique préventive, en facilitant les reconversions, la montée en compétences ou le tutorat intergénérationnel (entre générations proches en termes d'ancienneté pour favoriser l'apport réciproque dans le parcours professionnel). Ces démarches, déjà testées dans des secteurs soumis à forte usure professionnelle, contribuent à prévenir la désinsertion et à prolonger la vie professionnelle dans de bonnes conditions.

2. La prévention « hors du travail » : s'appuyer sur les acteurs locaux

Parmi ceux encore en emploi, certains restent peu réceptifs aux actions de prévention au travail. Mais une partie importante de cette tranche d'âge est retraitée ou en situation de précarité, d'inactivité prolongée et parfois en marge du système de santé. Ces personnes ont pourtant souvent été plus exposées aux risques de santé au cours de leur vie. La prévention doit donc aller au-delà du cadre professionnel et cibler les publics les plus vulnérables, pour ne pas creuser davantage les inégalités existantes

2.1 Le rôle stratégique des collectivités

Les élus locaux, qu'ils soient maires ou présidents d'intercommunalité, disposent d'une **capacité d'action stratégique sur les environnements de vie : aménagement du territoire, accès aux services, mobilité, logement, sport et culture, cohésion sociale.** Ils sont en mesure d'identifier les publics concernés pour une stratégie globale mais aussi d'identifier les publics à risque afin de coordonner des réponses adaptées aux réalités locales. Leur rôle est essentiel pour impulser des actions transversales et favoriser l'émergence de solutions innovantes, en s'appuyant notamment sur les dispositifs locaux de santé, les centres communaux d'action sociale (CCAS), les associations et les acteurs de la prévention.

Face aux inégalités sociales de santé, largement déterminantes dans le vieillissement, il est important que **les élus locaux et les politiques territoriales occupent une place stratégique**. Les collectivités sont en première ligne pour structurer une offre de prévention inclusive, adaptée aux réalités locales et capable de toucher ceux qui ne fréquentent ni le système de santé ni les dispositifs institutionnels.

S'ils sont conscients des besoins de la population âgée de leur territoire, ils ont peut-être moins idée des actions de prévention mobilisables. Par ailleurs, ils ont des moyens contraints et font partie des acteurs qui doivent arbitrer l'allocation de ressources limitées, avec la préoccupation d'attirer plutôt des familles considérées comme la promesse de dynamisme pour la commune. Pour beaucoup, le vieillissement de la population locale soulève des questions multiples de logement, d'accessibilité, de service et de prise en charge. Les aspects de dynamisme social et économique portés par les retraités et susceptibles aussi de toucher les familles sont moins connus. Les élus doivent être sensibilisés aux écueils d'arbitrages cloisonnés selon l'âge, comme aux services et aménités couvrant une palette de besoins et envies communes aux différents âges de la vie. En matière de prévention, les collectivités doivent disposer de moyens dédiés pour sensibiliser les habitants.

2.2 Un réseau d'acteurs de proximité

Pour atteindre les publics concernés, y compris les plus éloignés des points de contacts classiques, les élus doivent s'appuyer sur un réseau d'acteurs de proximité capables de jouer un **rôle de capteurs** : **services sociaux, centres sociaux, monde associatif, activités municipales, bailleurs** … Grâce à une **stratégie « d'aller vers »,** ces relais sont essentiels pour communiquer auprès de personnes qui ne rencontrent pas encore de difficultés : sensibiliser, identifier les besoins, accompagner les publics et favoriser leur entrée dans des parcours de prévention adaptés. Cette approche proactive permet de dépasser les logiques d'attente et de guichet qui ont montré leurs limites pour toucher les populations les plus vulnérables mais aussi pour sensibiliser le plus grand nombre. Elles contribuent à une démarche d'anticipation très peu inscrite dans les pratiques aujourd'hui. La prévention ne peut se limiter à des interventions ponctuelles ni à des actions strictement institutionnelles : elle nécessite une veille active, c'est-à-dire une capacité à irriguer les populations de connaissances, à repérer en continu les

signaux faibles de fragilité grâce à un réseau mobilisé d'acteurs multiples. Cette approche s'appuie sur les acteurs du quotidien, professionnels de santé ou non, à proximité du le public cible.

- **Les professionnels de santé de proximité**. Les pharmaciens, dont la proximité permet un suivi régulier des traitements, peuvent repérer des indices signalant des difficultés de santé ou une perte d'autonomie débutante. Les kinésithérapeutes, en contact direct avec les enjeux de mobilité, de douleur chronique ou de perte fonctionnelle, sont capables de détecter précocement une aggravation de l'état de santé. Les infirmiers libéraux, par leurs interventions régulières au domicile, observent les évolutions de l'environnement de vie et de l'état de santé global.
- **Les professionnels de l'aide à domicile**. Les aides à domicile et professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) interviennent alors que des difficultés se sont déjà manifestées. Pour autant, les personnes aidées par ces services restent indépendantes dans de nombreuses autres sphères de leur vie quotidienne. Ces professionnels sont souvent les premiers témoins de changements dans les habitudes de vie, de l'isolement, d'une alimentation ou d'état de santé non optimal. Leur rôle est non négligeable dans la détection précoce des fragilités dans des domaines qui étaient jusque-là préservés, notamment chez les personnes vivant seules.
- **Les acteurs du quotidien.** Au-delà des professionnels de santé et du social, les acteurs du quotidien constituent un **réseau de vigilance précieux : voisins, gardiens d'immeubles, agents d'entretien, porteurs de repas, chauffeurs du transport à la demande, facteurs, formateurs d'auto-écoles** (qui développent des formations post permis). Ces acteurs peuvent constater des ruptures dans les routines, des absences inhabituelles, les difficultés de déplacement ou les signes d'isolement. L'objectif n'est pas de transformer ces acteurs en professionnels de santé, ni de leur attribuer un rôle de surveillant, mais d'avoir les connaissances leur permettant d'orienter les personnes en cas d'inquiétude.
- Il serait utile de **construire un relai d'information** sur les pratiques de prévention qui permettent de se projeter dans les années de vieillesse. Il s'agit de structurer un écosystème dans lequel on sait comment agir pour soi, ses proches, ses voisins ou toute personne *via* l'orientation vers les acteurs compétents. Cette information peut être universelle (adressée à tous les publics) dans le but d'élever le niveau d'éducation à la santé et à la prévention en santé ; des messages privilégiant la connaissance de ce qui aide à préserver ses capacités tout au long de la vie. Pour ce faire, il s'agit de ne pas centrer l'information seulement sur les situations de fragilité avec l'avancée en âge, mais plus largement sur la connaissance des pratiques qui épargnent les capacités à tous les âges. Cela peut passer par des informations sur la localisation d'équipements d'activités sportives pour tous ; de cours de sport proposés par la municipalité ; de campagnes de repérage de signes avant-coureurs pour soi ou ses proches ; de cycles d'information sur la prévention en santé… Les supports sont potentiellement nombreux : des campagnes régulières dans les bulletins d'information municipaux, parmi les activités syndicales, dans les courriers administratifs, dans les courriers des syndics d'immeuble, ou ceux des assureurs…

B. Outiller les professionnels pour mieux détecter : une politique de repérage proactive et coordonnée

L'un des leviers majeurs d'une politique de prévention efficace réside dans la capacité à repérer précocement les situations de fragilité. Or, **les acteurs impliqués ne disposent pas toujours d'outils communs ou de référentiels adaptés**. **Il est impératif de disposer de programmes et de références validés pour le repérage des fragilités, adaptés à la diversité des situations d'usage**.

1. Développer une stratégie d'« aller vers »

La **stratégie proactive d'« aller vers »** doit être déployée comme on l'a vu : pour familiariser l'ensemble de la population à la prévention en santé, quel que soit l'âge, pour couvrir divers contextes de vie (monde du travail, associatif, résidentiel…). Cette approche implique de sortir des logiques d'attente et de guichet pour aller à la rencontre des publics là où ils se trouvent. Elle implique aussi **d'adapter les outils de communication aux populations concernées**. Elle suppose de déployer des **interventions mobiles** (dépistages itinérants, stands de prévention), **de renforcer la présence dans les espaces du quotidien** (marchés, centres commerciaux, lieux culturels et sportifs, résidences).

> ***« Déployer un programme national de dépistage des fragilités, intégrant la télémédecine et s'appuyant sur les services existants [SSIAD et SAD]. »***
>
> Charles Guepratte et Elodie Hemery (FEHAP)

2. La généralisation des bilans de prévention

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a créé des bilans de prévention à des âges clés de la vie, dont certains concernent directement la tranche 55-75 ans : un bilan entre 60 et 65 ans et un bilan entre 70 et 75 ans. Ces bilans, déployés progressivement depuis 2024, constituent une opportunité majeure pour renforcer la prévention avant et après le départ à la retraite. Les études montrent en effet une dégradation notable de l'état de santé dans les 5 à 7 années précédant le départ à la retraite, particulièrement chez les personnes aux carrières pénibles ou discontinues.

Il conviendrait de compléter ce dispositif par la **généralisation d'un bilan global de santé quinquennal dès 55 ans, permettant d'agir en amont de la période critique précédant la retraite**. Ces bilans devraient également être encouragés en entreprise, pour toucher efficacement les personnes encore en activité et préparer la transition vers la retraite. De plus en plus d'entreprises privées mettent en place un bilan de santé à destination de leurs salariés à un âge donné (bilan cardio-vasculaire notamment). Au-delà de la dépense supplémentaire, ce type d'initiative peut contribuer à maintenir les salariés seniors dans l'emploi et constituer un élément d'attractivité.

C. Bien orienter après avoir détecté : éviter le risque de silo

Une fois les fragilités repérées, il est indispensable que les différents « capteurs » (professionnels de santé, élus locaux, acteurs associatifs ou citoyens) **disposent des moyens et des outils nécessaires pour orienter efficacement les personnes concernées sur les dispositifs pertinents.** Le repérage n'a de sens que s'il s'accompagne d'une orientation claire vers les ressources locales de prévention et d'accompagnement.

> ***« L'enjeu prioritaire est de faire de la prévention un véritable parcours personnalisé, centré sur l'humain et non sur la seule logique de dispositifs ou de plateformes. »***
>
> Sylvie Bonin-Guillaume (SFGG)

Aujourd'hui, la prévention pâtit d'un manque de continuité : les bilans sont réalisés, les diagnostics posés, mais un suivi concret fait souvent défaut par la suite. Il est donc essentiel de renforcer la présence d'acteurs de proximité sur le terrain, notamment en développant une gériatrie de ville en mesure d'assurer ce suivi et d'orienter efficacement les personnes concernées.

Une meilleure coordination entre les acteurs du monde du travail et ceux des territoires est par ailleurs indispensable pour garantir la continuité de la prévention tout au long de cette période charnière que sont les 55-75 ans.

Cette coopération structurée permet :

- Une meilleure **articulation entre milieu de travail et milieu de vie**, en assurant la continuité de la prévention avant et après la retraite,
- **L'émergence de projets territoriaux concertés**, intégrant les enjeux de santé, de mobilité, de participation sociale et d'inclusion numérique,
- Une **mutualisation des ressources et des expertises**, facilitant la mise en œuvre d'actions plus ambitieuses et mieux adaptées aux réalités locales,
- Un **repérage précoce des fragilités**, grâce à des approches croisées entre données sociales, santé publique et dynamiques économiques locales.

II. ÉTAYER LES PARCOURS DE SOINS ET ENRICHIR L'OFFRE DE PRÉVENTION

A. Développer la formation de tous les professionnels en contact avec ces groupes d'âge concernant la prévention

Pour agir efficacement sur la santé des 55-75 ans, il est indispensable que tous les professionnels en contact avec cette tranche d'âge (professionnels de santé, acteurs sociaux, intervenants du sport-santé, du logement, de l'emploi ou des collectivités) disposent d'une **culture commune de prévention**.

La formation, qu'elle soit initiale ou continue, doit permettre de mieux comprendre les spécificités de cette période charnière, durant laquelle se jouent une grande partie des trajectoires de vieillissement.

Il s'agit notamment des actions suivantes :

- **Intégrer les approches "parcours de vie" et vieillissement en santé dans les formations initiales**, en mettant l'accent sur le repérage précoce, la prévention des maladies chroniques et l'accompagnement de leurs conséquences invalidantes, la fragilité débutante, les transitions professionnelles et sociales, et l'importance de l'activité physique et autres pratiques visant à préserver les fonctions,
- **Développer des modules de formation continue** spécifiquement centrés sur l'accompagnement des 55-75 ans, accessibles à tous les métiers et favorisant l'interprofessionnalité,
- **Mobiliser la certification périodique** des professionnels de santé pour les encourager à actualiser leurs compétences en prévention en santé avec l'avancée en âge,
- **Encourager l'auto-organisation des seniors**, portée par des générations montantes plus éduquées et engagées, susceptibles d'emprunter des méthodes inspirées des mouvements féministes ou des luttes pour les droits civiques comme l'évoque Isabelle Richard (EHESP).

B. Enrichir l'offre de prévention en l'adaptant aux contextes sociaux et locaux

L'approche doit dépasser le champ sanitaire et social pour aborder l'enjeu de la prévention de manière globale. La prévention doit irriguer l'ensemble des politiques publiques (logement, urbanisme, mobilité, sport, travail, culture, environnement) afin d'agir simultanément sur les déterminants sociaux, territoriaux et comportementaux. Cette approche suppose d'**éviter une médicalisation excessive** de la prévention et de promouvoir une conception plus intégrée et plus positive de la santé et de la qualité des années vécues aux grands âges, fondée sur la création d'environnements favorables et sur le renforcement des ressources individuelles et collectives.

> ***« L'enjeu est de déployer une prévention globale, décloisonnée et intersectorielle, qui dépasse largement le champ sanitaire »***
>
> Isabelle Richard (EHESP)

1. Développer des solutions inspirantes

Il existe des initiatives déjà opérationnelles et porteuses de résultats, qui constituent des leviers majeurs pour renforcer la prévention auprès des 55-75 ans. S'appuyer sur ces solutions éprouvées permet d'accélérer leur diffusion et d'amplifier leur impact.

- **Le programme ICOPE** : un exemple de dispositif innovant en cours de généralisation. Ce dispositif permet à toute personne de 60 ans et plus, autonome, de bénéficier d'un repérage précoce des fragilités à travers un auto-questionnaire numérique évaluant six capacités fonctionnelles clés : mobilité, nutrition, mémoire, audition, vision et santé mentale. D'ici la fin de l'année le programme sera intégré par l'Assurance maladie directement au sein de « Mon Espace Santé ». Pour Yann Lasnier (Petits Frères des Pauvres) : « Le programme ICOPE doit être diffusé plus largement, notamment grâce aux réseaux d'engagement citoyen comme le Service Civique Solidarité Seniors ».
- **Les consultations de prévention coordonnées**. Selon Olivier Goeau-Brissonnière (FSM) « La généralisation des consultations de prévention coordonnées par l'Assurance maladie, en lien avec les établissements hospitaliers, peut s'appuyer sur les expérimentations réussies conduites dans certains départements ». Ces consultations permettent une évaluation globale de l'état de santé, l'identification des facteurs de risque et l'orientation vers des parcours adaptés.
- **Les programmes multidomaines,** ayant fait la preuve de leur efficacité, **notamment centrés sur l'activité physique et l'alimentation**, pourraient être renforcés. Ces dimensions ont été identifiées comme prioritaires pour préserver les capacités fonctionnelles, prévenir les maladies chroniques et maintenir l'autonomie. Les programmes multidomaines, combinant activité physique, nutrition, cognition, sommeil, relations sociales et aménagement du cadre de vie, permettent d'agir simultanément sur plusieurs facteurs de fragilité et ont démontré leur efficacité dans plusieurs études internationales.
- **Les actions "l'air de rien"**, inspirées notamment du modèle IBASHO, offrent des espaces informels où les relations sociales se créent naturellement. Leur force réside dans leur capacité à réduire l'isolement, à renforcer le sentiment d'utilité et à favoriser la participation citoyenne, sans poser explicitement un cadre "sanitaire". Ces espaces offrent un circuit d'information qui peut prendre le relais du milieu professionnel, lequel joue aussi ce rôle de partage d'expériences, de relais d'information et d'échange de conseils.

- **L'extension du principe de compensation.** Marie-Anne Montchamp (OCIRP) propose d'étendre le principe de compensation, actuellement réservé aux personnes en situation de handicap, **à toutes les personnes confrontées à des pertes de capacités liées à l'âge**. Cette approche favoriserait une égalité réelle dans l'accès aux aides et aux accompagnements nécessaires pour bien vieillir.
- **Le soutien à l'innovation gérontechnologique** doit se concentrer sur des solutions adaptées, efficaces, utilisables et validées scientifiquement. Il est essentiel d'inscrire ces innovations dans une offre de parcours de vie et/ou de soins cohérente, et non comme des solutions isolées. Le « dernier kilomètre » constitue souvent l'obstacle principal : il faut faciliter l'accès aux innovations, lutter contre le renoncement et le non-recours, et s'assurer que les outils développés répondent réellement aux besoins et aux capacités des utilisateurs.
- **La création d'un réseau de « Gériatrie de ville »**, proposé par Sylvie Bonin-Guillaume (SFGG), constituerait une innovation structurante majeure. Chaque personne âgée de plus de 55 ans pourrait bénéficier d'une consultation longue de prévention réalisée par un professionnel formé, qui deviendrait son référent santé-prévention. Ce professionnel aurait pour mission d'assurer la coordination des parcours, de simplifier l'accès aux soins et de garantir la continuité entre repérage, suivi et accompagnement. Cette consultation serait financée par un forfait dédié, reconnaissant la valeur du temps humain consacré à la prévention et à la pédagogie. Le dispositif s'appuierait sur un **double canal numérique et physique**, afin de ne laisser personne à l'écart : plateforme d'information pour les plus autonomes, médiation et visites à domicile pour les publics éloignés. Cette action pourrait être accompagnée d'un grand programme national de lutte contre l'âgisme, fondé sur une communication positive, des campagnes médiatiques et la mise en avant de **seniors ambassadeurs.**

2. Les acteurs pluriprofessionnels : s'appuyer sur les réseaux territoriaux existants qui ont prouvé leur efficacité et leur pertinence

Pour structurer une réponse adaptée**, il est nécessaire de confier aux acteurs pluriprofessionnels une mission clairement ciblée sur les 55-75 ans.** Les **structures de santé pluriprofessionnelles (MSP, CPTS, centres de santé),** ainsi que les réseaux associatifs, les acteurs du sport-santé, du logement et les collectivités, constituent des points d'appui essentiels. Cette mission pourrait inclure :

- **Un repérage systématique de la fragilité et des facteurs de risque** chez les 55-75 ans, organisé à l'échelle du territoire ;
- **Des parcours de prévention personnalisés**, articulant bilans de prévention, activité physique adaptée, conseils nutritionnels, soutien psychologique, accompagnement professionnel et adaptation du logement ;
- **Des actions collectives de prévention du vieillissement**, favorisant la participation sociale, la mobilité, la prévention de l'isolement et l'adoption de comportements favorables à la santé ;
- **Une coordination renforcée entre les acteurs**, afin de garantir un continuum cohérent entre le repérage, l'accompagnement et le suivi dans la durée.

3. Soutenir des initiatives collectives autonomes

Dans une logique d'*empowerment* et d'inclusion, il est essentiel d'encourager les formes d'engagement collectif et d'entraide qui renforcent la prévention au quotidien :

- Le développement de la **pair-aidance** et de l'**autosupport** représente un levier puissant. Ces pratiques permettent aux personnes d'échanger, de s'informer et de progresser ensemble, que ce soit dans des cadres professionnels, résidentiels, associatifs, communautaires ou numériques.
- Le soutien aux **politiques d'adaptation de la société au vieillissement** est également essentiel. Ces politiques (logement, urbanisme, espaces publics, transports, accès aux services publics) bénéficient à toute la population et sont particulièrement utiles quel que soit l'âge pour faciliter la mobilité et réduire les risques d'accident.

4. Accompagner l'adaptation des territoires au vieillissement

L'ancrage territorial constitue un levier majeur pour déployer une prévention efficace et adaptée aux réalités locales. Plusieurs initiatives démontrent déjà leur utilité.

- **Les « Villes amies des aînés »**[16]. Le programme porté par le réseau "Villes amies des aînés", lancé en 2012, favorise l'inclusion, le lien social, la mobilité et l'accessibilité des services. En 2024, plus de 250 collectivités françaises sont engagées dans la démarche. Ces programmes s'articulent autour de huit domaines d'action : espaces extérieurs et bâtiments, transports, habitat, participation sociale, respect et inclusion sociale, participation citoyenne et emploi, communication et information, soutien communautaire et services de santé. Afin d'accompagner plus efficacement les collectivités qui le souhaitent, le réseau porte le « fonds d'appui pour les territoires innovants seniors » financé par la CNSA.
- **De nouvelles formes d'habitats.** Quand l'immense majorité des seniors souhaitent vieillir à domicile, des dispositifs publics comme privés doivent permettre d'apporter des réponses à l'adaptation des logements au vieillissement. De l'adaptation de la salle de bains à la domotique en passant par le confort d'été, les perspectives sont nombreuses. Néanmoins, dans certains cas de figure, le maintien à domicile n'est plus possible (logement non adaptable, trop excentré ne permettant pas l'accès aux services essentiels, dégradation de l'état de santé…). Dans ce cas, si le déménagement vers un autre logement mieux situé et plus adapté est possible, un certain nombre de solutions non médicalisées sont aujourd'hui accessibles à l'échelle d'un bassin de vie. Habitats inclusifs, résidences autonomie, résidences services seniors, colivings… il est nécessaire de mettre en place un véritable parcours résidentiel à l'échelle d'un bassin de vie afin de permettre aux seniors de trouver un autre « chez soi » sans rompre le lien social.
- **L'initiative « Territoires 100% inclusifs ».** Inspirée du champ du handicap, elle permet de repenser l'action locale grâce à des assouplissements réglementaires et financiers facilitant l'innovation. Lancée en 2019, elle vise à construire une société inclusive en s'appuyant sur les territoires volontaires pour expérimenter de nouvelles formes d'accompagnement et de coordination des acteurs. Cette approche pourrait utilement être étendue aux enjeux du vieillissement.
- **Les initiatives portées par France Silver Eco aux côtés des associations d'élus.** À travers ses différents partenariats avec ces associations représentatives, France Silver Eco a déjà publié trois guides de bonnes pratiques (Association des petites villes de France, Intercommunalités de France et le groupement des autorités responsables de transport) afin de partager certaines initiatives portées par des élus précurseurs. L'objectif est également d'identifier les partenaires potentiels locaux avec qui porter ces projets (ingénierie,

[16] https://www.villesamiesdesaines-rf.fr

financements). À l'occasion des élections municipales de 2026, un guide a également été publié permettant d'identifier les mesures à mettre en place afin d'adapter son territoire au vieillissement de la population[17].

5. Soutenir, en les sécurisant, les approches d'auto-soins

Les approches d'auto-soins occupent une place importante dans les pratiques individuelles de santé. Elles doivent être reconnues, accompagnées et encadrées pour garantir leur utilité et leur sécurité.

- Il est nécessaire de **reconnaître la diversité de ces approches**, dès lors qu'elles contribuent au bien-être et s'inscrivent dans une logique complémentaire à la prévention structurée,
- Une vigilance renforcée doit être apportée concernant les **risques de dérives**, les pratiques potentiellement dangereuses et les fausses informations en santé (« fake-meds »), qui peuvent exposer les personnes à des risques,
- Un **référencement clair** des pratiques, des acteurs et des dispositifs d'auto-soins permettrait d'offrir une meilleure lisibilité aux citoyens et de favoriser un usage éclairé.

6. Mobiliser des moyens financiers ciblés et pérennes

Le sous-financement structurel de la prévention constitue en effet un frein majeur au déploiement d'actions à la hauteur des enjeux. Il pourrait être créé un fonds spécifique de soutien au vieillissement, dont les crédits seraient répartis entre les territoires en fonction de leurs dynamiques démographiques, afin de répondre au plus près des besoins locaux.

> ***« La réussite d'une stratégie de prévention renforcée auprès des 55-75 ans suppose la mobilisation de moyens financiers ciblés et pérennes. »***
>
> Yann Lasnier (Petits Frères des Pauvres)

III. ENGAGER LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET OPTIMISER L'ADHESION A LA PREVENTION

A. Produire des connaissances

Les connaissances sur la longévité et les conditions du vieillissement restent parcellaires et les dynamiques en cours demandent de développer des projets innovants. Le soutien à la recherche et à la production de données est indispensable à la compréhension des dynamiques de santé avec l'avancée en âge, des déterminants des années de vieillesse en bonne santé et du fonctionnement des dispositifs de prévention.

Le **programme AUTONOMIE de l'Iresp** est une source de financement assez régulière, issue principalement de la CNSA. Des projets et financements de thèse ont été mis en place et ont contribué à donner une dynamique à ce champ de recherche, y compris dans les disciplines des sciences humaines et sociales. **Dans le cadre des Projets et équipements d'avenir,** l'ANR a publié le **2 juillet 2021** l'appel à projets sur les défis 1 et 2 du PPR Autonomie. Pour le **défi 1**, il s'agit pour les projets de

[17] https://filieresilvereconomie.fr/rapports-publications/

travailler sur **la définition de la notion d'autonomie, les modalités de sa compréhension et de sa mesure.** Pour le **défi 2**, il s'agit pour les projets d'étudier la **conception des politiques publiques** en matière d'autonomie, avec un volet comparatif, à partir de deux axes. Les projets abordant la question des situations des personnes âgées sont les suivants :

- Projet AtOrI – Caractérisation des interventions autonomisantes dans l'accompagnement des personnes âgées et handicapées
- Projet Aurelia – Régimes d'autonomie dans le soin de longue durée : instrumentation et territoires
- Projet COMPAC – Approches comparées des politiques de l'autonomie
- Projet KAPPA – Conditions d'accès aux aides et politiques publiques de l'autonomie Origines, implications et perspectives d'évolution de la segmentation par âge

Pour le défi 3, il s'agit pour les projets **d'analyser les contextes, les situations et les expériences de l'autonomisation et de la réduction de l'autonomie.** Pour le défi 4, il s'agit pour les projets **d'étudier la conception, la réception et les usages de dispositifs et expérimentations innovants.** Les projets abordant la question des situations des personnes âgées sont les suivants :

- Projet AUVI – Ancrer l'autonomie de vie. Une approche pragmatiste par les droits humains.
- Projet HILAUSENIORS – Habitats Intermédiaires – Logements – AUtonomie – SENIORS.
- Projet INNOVCARE – L'innovation tirée par le care : le cas des soins aux personnes âgées en France et au Japon.
- Projet LivACT – Vivre et vieillir avec des maladies chroniques et des dispositifs technologiques : Sens, pratiques et recompositions de l'autonomie au fil du temps.
- Projet Models of Autonomy – Une approche sociale, économique et mathématique de l'autonomie dans le vieillissement.
- Projet PreSAge – Parcours personnalisé de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées : accessibilité, *empowerment* et adaptations à l'environnement.

Si cette dynamique est encourageante, l'effort ne devra pas s'arrêter là, compte tenu des dynamiques de long terme de la longévité et du vieillissement. Il faut poursuivre le financement de la recherche sur les déterminants du maintien de l'autonomie et soutenir d'autres axes de recherche, affiner les connaissances sur les facteurs et déterminants des conditions de vie des plus âgés, leur santé, sur les inégalités en la matière, sur les contextes favorables, ou encore sur l'évaluation des dispositifs déployés.

B. Promouvoir une représentation juste des vieillesses

1. L'âgisme : un obstacle à la prévention

Il est indispensable de promouvoir une vision réaliste et inclusive du vieillissement, afin de renforcer l'intérêt et l'engagement des individus et d'améliorer l'impact des politiques publiques de prévention. Cette vision du grand âge, comme pour l'ensemble des âges, doit se défaire d'une injonction de performance, alors qu'une partie des personnes âgées a perdu des capacités. Il faut ouvrir le débat sur l'attente, de plus en plus répandue, d'une contribution sociale de leur part. En effet, en réponse aux discours pointant les plus âgés comme une charge pour la société, il est fréquent d'entendre la liste des engagements, non rémunérés, des personnes âgées, comme pour justifier une forme d'utilité. Dans le même temps, l'image d'une dégradation inéluctable avec les années devrait au contraire conduire à admettre que les plus âgés ne peuvent pas, ou ne souhaitent pas nécessairement, s'engager dans des activités sociales.

Une meilleure appréciation des conditions de vie, des ressources, des besoins et des aspirations des plus âgés, de la manière dont leurs années de bonne et de mauvaise santé s'inscrivent dans leur

parcours de vie et de la manière dont on inscrit ces années dans la vie sociale, passera notamment par la production de connaissances.

La prévention contre l'âgisme en santé doit viser plusieurs publics :

- Les **professionnels de santé**, pour considérer les symptômes comme signaux de problèmes de santé, recommander les parcours de prévention, informer et orienter
- Les **personnes de 55-75 ans elles-mêmes**, pour lutter contre la résignation, pour encourager le recours aux bilans de santé, aux pratiques de prévention, aux soins et pour favoriser l'adoption de pratiques permettant de maintenir ou d'adapter les activités qui comptent pour elles
- Les **acteurs politiques**, **économiques et sociaux**, pour valoriser les parcours de vie, y compris aux âges élevés, par les contributions économiques et sociales qui ont été apportées tout au long de la vie par les personnes ayant atteint les âges élevés, et continuent d'être apportées pour une partie d'entre elles que ce soit dans la sphère publique, familiale ou amicale
- **L'ensemble de la population**, à travers une éducation à la compréhension des enjeux du vieillissement, des parcours de vie et des âges de la vie, ainsi que de la contribution apportée par chacun tout au long de sa vie

2. Des initiatives à double impact intergénérationnel et social

Au-delà du développement d'espaces permettant la pair-aidance et les échanges au sein des générations autour d'intérêts partagés et d'expériences proches, des initiatives peuvent favoriser les liens intergénérationnels au bénéfice à la fois de la prévention et de la lutte contre l'âgisme. Mais elles doivent reposer sur des rencontres choisies plus qu'arrangées. Au-delà des initiatives visant à rapprocher les plus jeunes et les plus vieux, la société peut favoriser des échanges autour d'intérêts et d'apports bilatéraux.

> ***« Une initiative de covoiturage portée par une auto-école a vu le jour en Saône-et-Loire et a été interrompue par les services de l'État pour des raisons administratives et de sécurité. Il faudrait réfléchir à faire évoluer le cadre législatif afin de soutenir ce type de projet au service de l'autonomie et sur un format intergénérationnel. La création de clubs intergénérationnels fondés sur les passions communes (marche, jeux, culture, numérique) favorise la santé physique et les liens sociaux tout en brisant les barrières générationnelles. »***
>
> Pierre-Olivier Lefebvre (RFVAA)

C. Informer massivement

La prévention est souvent perçue comme une contrainte, renforcée par des discours qui véhiculent une image négative des politiques de santé publique. **L'éducation et l'information régulières sont essentielles pour encourager une meilleure adhésion aux mesures de prévention.** Les mesures perçues comme contraignantes doivent répondre à une motivation qui fait sens pour les personnes.

1. Les enjeux de la désinformation en santé et la nécessité de simplifier les messages

La désinformation en santé constitue un **obstacle majeur à l'adhésion aux mesures de prévention**, notamment en matière de vaccination. Selon le baromètre Santé publique France 2023[18], la confiance dans les vaccins en général a connu une baisse significative au cours des dernières années, passant de 75 % de Français favorables en 2010 à 59 % en 2023. **Cette défiance s'explique en partie par la circulation d'informations fausses ou trompeuses sur les réseaux sociaux et certains médias.** La prolifération de « fake-meds » (fausses informations médicales) nécessite une **stratégie active de fact-checking et de contre-communication**. Il apparaît nécessaire de simplifier et valoriser la communication publique en **évitant le langage technocratique ou anxiogène, en privilégiant des messages simples, engageants et centrés sur les bénéfices pour les personnes et la collectivité**. Par le biais d'une communication adaptée, la prévention doit être présentée comme un levier d'épanouissement personnel, de liberté et de participation sociale, et non comme une série d'injonctions culpabilisantes. **Informer permet à chacun de devenir acteur de sa propre santé.**

Les messages doivent être adaptés aux différents publics et aux différents canaux de communication. Les personnes de 55-75 ans constituent une population hétérogène en termes de centre d'intérêt, d'aspiration, d'usage du numérique, de niveau de connaissance et de rapport à la santé. Il est donc nécessaire de diversifier les supports (papier, numérique, audiovisuel), les messages de promotion, et les lieux de diffusion (cabinets médicaux, pharmacies, espaces publics, médias).

Beaucoup de personnes ont du mal à se projeter dans des démarches de prévention faute d'une compréhension claire des transformations à venir. Intégrer pleinement le vieillissement dans le paysage des grandes transitions permet de donner du sens à l'action, d'encourager l'anticipation et de renforcer l'engagement individuel comme collectif.

D. Expliquer le changement de paradigme : traiter le vieillissement démographique comme une des transformations actuelles auxquelles il faut s'adapter

> ***« Le vieillissement des populations et les transitions environnementales constituent deux transformations majeures jumelles, aux impacts convergents sur la santé et les équilibres sociaux. Pourtant, le vieillissement reste souvent perçu comme un enjeu sectoriel, alors qu'il relève d'une véritable transition sociétale nécessitant une mobilisation comparable à celle engagée pour le climat. Ces réflexions doivent être engagées en intégrant les transformations technologiques actuelles. »***
>
> Éric Gilson (CHU de Nice)

1. Climat et démographie : des transformations interdépendantes

Il est nécessaire de faire du vieillissement un **enjeu transversal de société**, dépassant les approches strictement démographiques ou médico-sociales. Cela suppose d'aborder le vieillissement non pas

[18] https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france

comme un problème à résoudre, mais comme une **transformation à accompagner, porteuse à la fois de défis et d'opportunités.**

Les liens entre vieillissement et changement climatique sont multiples. Les aléas climatiques (canicules, inondations, pollution de l'air), leurs causes et leurs conséquences ont un impact important sur la santé des populations et en particulier en cas de fragilité. Les personnes âgées paient un lourd tribut en cas d'événements extrêmes. Au-delà de ces atteintes directes, la répétition d'événements extrêmes modifie les conditions d'existence dans certaines régions, avec des conséquences parfois dramatiques sur les logements, les infrastructures, les cultures… L'effet de long terme sur la santé et les ressources physiologiques des générations qui les subissent est un point de vigilance.

La transition écologique s'impose aux populations, pour tenter de contenir les effets du dérèglement climatique, et doit permettre d'améliorer les conditions d'existence. La diminution des niveaux de pollution, une meilleure performance thermique des logements, la piétonisation et la végétalisation d'espaces bénéficieront tant au climat qu'à la santé et à la prévention de la perte d'autonomie. Le dérèglement climatique et le vieillissement de la population partagent des solutions : en matière d'urbanisme, de logement, de mobilité. Il s'agit ainsi de mettre en œuvre des pratiques favorables à ces deux transformations majeures qui s'imposent aux sociétés.

2. Une transformation technologique en appui

La tranche des 55-75 ans, souvent qualifiée de "seniors actifs" ou de "primo-avancée en âge", constitue un terrain privilégié pour le déploiement des technologies de prévention, précisément parce qu'elle se situe en amont des ruptures majeures de santé et de perte d'autonomie. C'est à cet âge que les comportements de prévention, soutenus par des outils numériques adaptés, peuvent produire les effets les plus durables sur la trajectoire de vieillissement. Nous citons quelques exemples d'utilisation de ces outils mais les évaluations scientifiques sont toujours en cours dans la plupart des cas pour ces solutions.

- Les objets connectés de suivi de la santé permettent une auto-observation continue des paramètres physiologiques. Des solutions comme les montres connectées grand public se sont progressivement diffusées dans cette classe d'âge, tandis que des dispositifs plus spécifiquement médicaux, à l'image des plateformes de télésurveillance cardiologique ou diabétologique désormais remboursées dans le cadre du forfait "télésurveillance" de la Sécurité sociale, structurent un suivi à distance des pathologies chroniques les plus fréquentes après 55 ans.
- Les applications de prévention cognitive et les plateformes de stimulation intellectuelle ou des programmes d'entraînement cérébral proposés par certaines mutuelles dans leurs offres de prévention, constituent un second axe prometteur. Leur efficacité repose cependant sur un usage régulier et accompagné, ce qui pose la question de l'ingénierie de l'engagement à long terme, souvent négligée dans la conception de ces outils.
- Les robots sociaux et compagnons conversationnels, les assistants vocaux dédiés au lien social et au rappel de prise médicamenteuse, commencent à trouver leur place, notamment dans les résidences autonomie et certains habitats inclusifs, en complément — et non en substitution — du lien humain. L'intelligence artificielle ouvre par ailleurs des perspectives en matière de détection précoce, à travers des dispositifs de détection de chute par capteurs ou d'analyse de données de santé agrégées permettant d'identifier des profils à risque avant l'apparition de symptômes cliniques.
- Enfin, la téléconsultation et les dispositifs de téléassistance de nouvelle génération — depuis les médaillons classiques jusqu'aux solutions intégrant géolocalisation et capteurs de chute automatiques — offrent une réponse aux enjeux de désertification médicale qui touchent particulièrement les territoires ruraux où réside une part significative de cette classe d'âge. Leur généralisation suppose toutefois une validation à large échelle en amont et un

accompagnement humain de proximité, sans lequel la promesse technologique risque de rester lettre morte pour les publics les moins familiers des outils numériques. Notons que bien que ces dispositifs en plein développement aient des usages et fonctionnalités très divers, la confiance de la population dans les dispositifs de prévention, et dans les efforts consentis pour suivre les recommandations, repose sur une connaissance de leur portée. Par ailleurs, l'usage d'objets connectés ou des IA pose la question des données personnelles, de leur usage ou encore des aspects prescriptifs déguisés de certains dispositifs.

3. Le logement comme lieu de santé et de prévention

Le logement constitue, avant même l'accès aux soins, le déterminant environnemental le plus structurant de la santé aux âges avancés. Pour la tranche des 55-75 ans, les solutions technologiques appliquées à l'habitat offrent des réponses concrètes à plusieurs enjeux de santé, de la prévention des chutes au confort thermique, en passant par la qualité de l'air intérieur et la vigilance sanitaire au quotidien.

- **La prévention des chutes**, premier facteur de basculement vers la dépendance, bénéficie d'un écosystème technologique désormais mature. Les détecteurs de chute au sol par capteurs de mouvement ou par radar permettent une alerte automatique sans que la personne ait à déclencher elle-même un dispositif — un enjeu majeur sachant qu'une chute entraîne souvent une perte de conscience ou une incapacité à actionner un médaillon d'alerte classique. L'éclairage automatique par détection de mouvement, installé sur les trajets nocturnes entre chambre et salle de bains, réduit significativement le risque de chute lié à la désorientation ou à la baisse de vigilance nocturne. Les sols et revêtements connectés, encore émergents, intègrent des capteurs de pression capables de détecter une chute ou une immobilité prolongée sans dispositif porté sur soi, une piste particulièrement intéressante pour les publics réticents au port d'un médaillon perçu comme stigmatisant.
- **Le confort thermique d'été et d'hiver** constitue un second enjeu de santé technologique trop souvent négligé dans les politiques d'adaptation du logement, alors que les épisodes de canicule répétés ont révélé la vulnérabilité particulière des seniors à l'hyperthermie, et que la précarité énergétique hivernale expose à des risques cardiovasculaires et respiratoires documentés. Les thermostats connectés et systèmes de gestion thermique intelligente permettent un pilotage à distance et une régulation automatique évitant les surchauffes estivales comme les sous-chauffages hivernaux liés à un oubli ou une difficulté de manipulation des commandes. Les volets roulants automatisés, programmables pour se fermer aux heures les plus chaudes de la journée, constituent une solution simple et déjà largement diffusée pour limiter les pics de température intérieure sans recourir à la climatisation. Des dispositifs plus avancés de rafraîchissement passif piloté (brasseurs d'air connectés, ventilation double flux avec régulation automatique) commencent à être intégrés dans les programmes de rénovation énergétique globale, avec un co-bénéfice santé qui reste cependant peu valorisé dans les grilles de financement actuelles, largement centrées sur la performance énergétique plutôt que sur l'impact sanitaire.
- **La qualité de l'air intérieur**, troisième enjeu, bénéficie de capteurs connectés mesurant en continu les niveaux de CO_2, d'humidité et de composés organiques volatils, avec des systèmes de ventilation mécanique contrôlée (VMC) pilotée qui ajustent automatiquement le renouvellement d'air en fonction des mesures — un enjeu de santé respiratoire particulièrement sensible pour une classe d'âge où les pathologies chroniques respiratoires et cardiovasculaires commencent à se manifester.
- **La vigilance sanitaire au quotidien**, enfin, s'appuie sur des solutions de suivi des habitudes de vie par capteurs discrets : ouverture du réfrigérateur, temps passé au lit, fréquentation de la

salle de bains, permettant de détecter des ruptures dans le quotidien pouvant signaler un problème de santé émergent pour permettre aux personnes de rester vigilantes quant à des changements dans leurs routines, qu'elles pourraient signaler aux professionnels de santé le cas échéant. Des piluliers connectés avec alerte en cas d'oubli de prise médicamenteuse complètent cet écosystème, avec un enjeu d'observance thérapeutique particulièrement significatif pour les pathologies chroniques qui se multiplient statistiquement à partir de 55-60 ans.

L'ensemble de ces solutions technologiques se heurte cependant à un même obstacle structurel : leur diffusion reste aujourd'hui concentrée sur les publics déjà en perte d'autonomie ou sur les segments de logement les plus récents et les mieux équipés, alors que leur logique de prévention primaire justifierait un déploiement anticipé, dès 55-60 ans, et une meilleure articulation avec les dispositifs de financement de la rénovation énergétique — dont les objectifs de performance thermique et de santé publique gagneraient à être davantage pensés ensemble. Par ailleurs, là encore le déploiement de tels dispositifs doit se faire avec des précautions pour informer les usagers sur le périmètre d'actions, les risques de mésusages ou de normativité intégrée des bonnes habitudes de vie, la protection des données collectées. Il faudra aussi appréhender la manière dont les professionnels orientent les personnes en demande d'information vers ces produits, dans un marché concurrentiel. Des plateformes comparatives et informatives semblent devoir être développées rapidement, de même qu'une réglementation des prescriptions par les professionnels.

IV. CONTRATS A IMPACT SOCIAL ET VIEILLIR EN SANTE : L'OCCASION DE DEPLOYER RAPIDEMENT DES ACTIONS A FORT IMPACT

A. Un défi de financement structurel

1. La prévention du vieillissement : un investissement rentable mais sous-financé

Le champ du « vieillir en santé » est face à un paradoxe : si l'impact de certaines actions ou pratiques est désormais objectivé de manière de plus en plus robuste, notamment en matière d'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité, les moyens manquent afin d'envisager une massification de ces actions (permettant par ailleurs d'améliorer les connaissances sur leur impact).

Dans un contexte relativement contraint pour les finances publiques, l'accès à l'investissement nécessite innovation et multiplication des parties prenantes afin d'accroître les moyens mobilisés et de réduire les délais de mise en œuvre. La littérature scientifique est convergente : une fraction des pathologies invalidantes associées au vieillissement est évitable ou retardable par des interventions préventives ciblées. Les économies potentielles sont considérables :

- Une chute évitée représente en moyenne une économie de 4 000 à 10 000 € de soins aigus, sans compter la réduction du risque d'institutionnalisation prématurée (coût médian d'un séjour hospitalier estimé à environ 4 200 €, pouvant dépasser 10 000 € pour les cas nécessitant une chirurgie et une rééducation)[19]

[19] Évaluation économique des lésions associées aux chutes des personnes âgées vivant à domicile, mars 2015 (https://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/evaluation_economique_des_lesions_associees_aux_chutes_des_personnes_agees_vivant_a_domicile_303964/article.phtml) et données Plan anti-chute

- Un épisode de dénutrition traité précocement peut contribuer à réduire la durée et le coût des hospitalisations.
- Des études de cohorte européennes montrent qu'un mode de vie physiquement actif est associé à 6 à 8 années supplémentaires en bonne santé par rapport à la sédentarité[20]. Des essais randomisés, dont l'étude LIFE, confirment qu'un programme structuré d'activité physique réduit significativement le risque de perte de mobilité chez les personnes fragiles

Il n'est pas évident de chiffrer les pertes financières liées à la perte d'autonomie des citoyens et les bénéfices qu'il y aurait à actionner des leviers sociaux. En France des modèles ont été développés pour affiner la compréhension des dynamiques en jeu en matière de perte d'autonomie, dans une perspective de long terme : on peut notamment évoquer les modèles Autonomix et LIVIA de la statistique publique de la santé et des solidarités[21].

2. La fragmentation des financeurs : un verrou systémique

Au-delà du contexte budgétaire décrit précédemment, le principal obstacle au financement de la prévention n'est pas l'absence de preuves, mais la déconnexion structurelle entre celui qui investit dans la prévention et celui qui perçoit l'économie générée. En France :

- Les caisses d'Assurance maladie financent les soins aigus mais disposent de budgets prévention contraints et peu articulés avec ceux des opérateurs de terrain.
- Les conseils départementaux gèrent l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) mais n'ont pas d'intérêt direct à financer des programmes de prévention dont le retour s'observera sur l'APA de leurs successeurs.
- La CNSA finance les actions de prévention de la perte d'autonomie des 60 ans et plus à travers les commissions des financeurs, mais ces crédits annuels n'ont pas vocation à financer durablement des actions, ce qui freine le déploiement de programmes pluriannuels.
- Les caisses de retraite (CNAV, AGIRC-ARRCO) investissent dans l'action sociale, mais leurs programmes restent limités en volume et peu évalués de manière rigoureuse.
- Les organismes mutualistes et assuranciels évoluent dans un contexte de forte volatilité des clients et sociétaires, tout au long de la vie et notamment à l'âge de la retraite, freinant les investissements dans la prévention au bénéfice d'acteurs concurrents.

Cette fragmentation perpétue une logique de court terme radicalement incompatible avec la temporalité de la prévention.

[20] Sabia et al., 2012, *Int J Epidemiol, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6937009/*

[21] Projection de personnes âgées dépendantes par lieu de vie : le modèle LIVIA (DREES-INSEE) (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/definitions-ressources-et-methodes/projection-de-personnes-agees-dependantes-par-lieu-de-vie-le)

Le modèle de microsimulation Autonomix (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/le-modele-de-microsimulation-autonomix)

B. Le contrat à impact social : un outil adapté à l'enjeu

1. Rappel du mécanisme et pertinence pour la prévention de la perte d'autonomie

Le contrat à impact social (CIS) est un mécanisme de financement conditionnel associant trois parties. Un opérateur social met en œuvre un programme d'intérêt général ou « à impact ». Des investisseurs privés avancent les fonds nécessaires, supportant le risque d'échec. Un financeur public s'engage à rembourser ces investisseurs — avec ou sans prime de performance — uniquement si des indicateurs de résultats prédéfinis sont atteints, mesurés par un évaluateur indépendant.

Ce mécanisme, né en Grande-Bretagne sous le nom de Social Impact Bond en 2010, a depuis été expérimenté dans plus de 30 pays. En France, une quinzaine de CIS ont été lancés depuis 2016, principalement dans les champs de l'insertion professionnelle et de la petite enfance.

Le vieillissement remplit toutes les conditions d'applicabilité afin de tendre vers un « contrat à impact social » ou « Social impact bond » :

- Des économies publiques documentables et monétisables, sur des systèmes de données (PMSI, Mon espace santé, données APA, icope, données mutuelles) accessibles à l'évaluation
- Des opérateurs structurés et expérimentés, capables de déployer des programmes à l'échelle d'un département ou d'une région.
- Un horizon temporel compatible avec les CIS (3 à 7 ans), suffisant pour observer les effets de la plupart des interventions préventives
- Une demande croissante d'investisseurs à impact souhaitant orienter des capitaux vers le champ de la santé/prévention et du vieillissement
- Un sujet (le bien vieillir en général) désormais installé dans l'opinion publique

2. La question-clé : identifier le bon financeur public

Le CIS exige un financeur public qui bénéficie directement des économies générées et qui dispose d'une capacité d'engagement pluriannuel. Le maintien à domicile actif — combinant coordination de soins, aides techniques, adaptations du logement et accompagnement social — représente un différentiel de coût public considérable par rapport à une entrée en EHPAD (coût annuel moyen en charge nette : 25 000 à 45 000 €). Les conseils départementaux via l'APA, et la CNSA, sont les financeurs naturels d'un CIS sur cette thématique. L'indicateur de résultat le plus direct est l'évolution du niveau GIR dans la cohorte : un maintien ou une amélioration évite l'attribution de droits APA supplémentaires, générant une économie directement imputable au programme.

Dans le champ du « vieillir en santé », plusieurs configurations sont envisageables :

- L'Assurance maladie / CNAM, pour les interventions réduisant les hospitalisations évitables et l'iatrogénie médicamenteuse.
- Les conseils départementaux, pour les programmes retardant ou évitant l'apparition de fragilités, l'entrée en GIR élevé et l'attribution de l'APA.
- La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), comme co-garante ou co-financeur dans une logique nationale.
- La CNAV et les caisses de retraite complémentaires, pour des programmes ciblant leurs affiliés actifs seniors ou retraités récents.

Des montages hybrides, associant deux financeurs publics dont les intérêts sont complémentaires, pourront être envisagés.

C. Pistes de structuration d'un CIS

1. Thématiques prioritaires d'intervention

Plusieurs domaines d'action présentent les conditions requises pour un CIS : effets documentés, indicateurs mesurables, économies publiques quantifiables. Ils constituent autant de cas d'usage potentiels, à adapter selon les territoires et les opérateurs disponibles.

1.1 Prévention des chutes :

Les chutes représentent la première cause de mortalité accidentelle chez les plus de 65 ans et génèrent chaque année plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations. Le coût moyen d'une hospitalisation pour chute grave atteint 8 000 à 10 000 €, sans compter les entrées en établissement qu'elles précipitent. Les programmes de prévention — aménagement du domicile, bilan médicamenteux, renforcement musculaire — affichent des effets mesurables à 12-24 mois, avec des taux de réduction du risque de chute de 23 à 40 % selon les méta-analyses (Sherrington et al., Cochrane Reviews). Le taux d'hospitalisations pour chute dans une cohorte constitue un indicateur robuste et directement mesurable via les données PMSI.

1.2 Activité physique adaptée

L'activité physique est une des clés de voute de la prévention de la perte d'autonomie. L'implémentation d'une politique de prévention devrait inclure une communication efficace sur les retours attendus de l'exercice physique dans le cadre d'activité sportive, d'activité d'entretien des fonctions ou encore d'activité physique incidente consistant à une pratique physique dans le cadre d'activités quotidiennes. Lorsque les fonctions sont altérées, l'activité physique est aussi recommandée. L'activité physique adaptée désigne les pratiques modifiées en fonction des capacités et de l'état de santé des personnes fragiles. Elle est portée par des professionnels diplômés d'État (STAPS mention APA-Santé) et reconnue dans le cadre de la prescription médicale depuis la loi de 2016. Ses effets sont parmi les mieux documentés en médecine préventive : amélioration de la capacité fonctionnelle, ralentissement du déclin cognitif léger à modéré, réduction des hospitalisations évitables, effets positifs sur la dépression et l'isolement. Elle constitue l'un des leviers transversaux les plus efficaces, agissant simultanément sur la fragilité physique, la santé mentale et le risque de chute. Le modèle économique des opérateurs et porteurs de projets reste cependant fragile — financement morcelé, logique de court terme. Le CIS peut précisément corriger cette fragilité en sécurisant un financement pluriannuel conditionné aux résultats. Les indicateurs utilisables incluent le score de fragilité (grille de Fried, Short Physical Performance Battery), l'évolution du niveau GIR et le taux d'hospitalisations évitables.

1.3 Lutte contre le repli chez soi

Outre les difficultés fonctionnelles de mobilité, les sorties à l'extérieur du logement peuvent représenter un défi pour certaines personnes : des difficultés d'orientation, la crainte d'être fatigué, les espaces de déplacement inadaptés (accidentés, très empruntés…). Les solutions visant à faciliter les sorties, que ce soit en sécurisant les espaces ou en facilitant les accès ou le repérage, contribueront à prolonger des activités sociales et utilitaires, diminueront le risque d'isolement et de recours à des tiers pour des activités extérieures.

1.4 Lutte contre l'isolement social

L'isolement social est un facteur de risque majeur de dépression, de déclin cognitif accéléré et de surmortalité. Il est fortement corrélé à une augmentation du recours aux soins non programmés. Des

acteurs structurés comme les Petits Frères des Pauvres, Monalisa, réseaux de voisinage déploient des programmes d'accompagnement dont les effets restent peu évalués de manière rigoureuse. Le CIS constituerait ici un double levier : financement sécurisé pour les opérateurs, et incitation à mettre en place des dispositifs d'évaluation qui font encore défaut. Les indicateurs pertinents incluent le recours aux urgences, la consommation de psychotropes et des échelles validées de solitude (UCLA Loneliness Scale).

1.5 Soutien à la coordination des soins, Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse

Les outils et plateformes qui permettent aux personnes de coordonner leurs parcours dans le système de prévention et de santé peuvent probablement faire partie de la palette des outils à développer (rendez-vous, traitements, rappels…). Ces outils pourraient permettre de gérer la polymédication des personnes âgées et le risque d'iatrogénie médicamenteuse, source documentée d'hospitalisations évitables : 10 à 20 % des hospitalisations en gériatrie seraient d'origine iatrogène. Des programmes de révision des ordonnances chez les 80 ans et plus, portés par des équipes pluriprofessionnelles, ont un impact mesurable à 12 mois sur les hospitalisations et la consommation médicamenteuse, deux indicateurs directement accessibles via le Système national des données de santé (SNDS). L'économie générée pour l'Assurance maladie est quantifiable avec précision, ce qui fait de ce champ l'un des plus matures pour un CIS.

Illustration : un CIS adossé à un conseil départemental

Scénario : un consortium opérateur APA / coordinateur gérontologique déploie un programme pluriannuel auprès de 300 personnes âgées de 70 ans et plus, identifiées comme fragiles via une plateforme de coordination. L'investissement initial (500 000 €) est apporté par un fonds d'impact et une fondation. Le conseil départemental s'engage à rembourser jusqu'à 600 000 € si, à 24 mois, le taux d'entrée en GIR 1-2 dans la cohorte est inférieur de 20 % au taux constaté dans un groupe témoin comparable. L'Assurance maladie co-finance en cas d'atteinte d'un indicateur secondaire (réduction de 15 % des hospitalisations évitables). Un évaluateur indépendant accrédité par la HAS valide les données.

2. Développer le contrat à impact social, impliquer les acteurs pertinents

2.1 Lancer un appel à projets CIS dédié à la prévention de la perte d'autonomie

À l'initiative du Secrétariat d'État au grand âge ou de la CNSA, en lien avec la Direction générale de la santé et la Direction générale de la cohésion sociale. Un appel à projets spécifique, doté d'un cadre d'évaluation commun, permettrait de sélectionner 5 à 8 expérimentations territoriales.

2.2 Désigner la CNSA comme tiers de confiance et co-garant

La CNSA est idéalement positionnée pour garantir la cohérence méthodologique des CIS en autonomie, contribuer à la mesure via ses données, et représenter une interface crédible avec les investisseurs privés.

2.3 Créer un cadre fiscal incitatif pour les investisseurs en CIS social seniors

À l'instar des mécanismes existants pour l'ESS, une réduction d'impôt sur les investissements en CIS dans le champ de la perte d'autonomie permettrait d'attirer des capitaux additionnels, notamment des particuliers et des investisseurs institutionnels à impact.

3. Les opérateurs et porteurs de projet (acteurs de la filière)

3.1 Structurer des consortiums opérateurs-évaluateurs

Les porteurs de programmes ont intérêt à se regrouper et à s'associer dès l'amont avec des équipes de recherche (universités, EPST, CHU, IREPS) capables d'assurer une évaluation indépendante crédible. Cette préparation est déterminante pour l'accès aux CIS.

3.2 Développer des outils de collecte de données standardisés

La mesure robuste de l'impact suppose une collecte systématique et harmonisée des données de santé et de fragilité. Les opérateurs APA doivent investir dans des outils numériques de suivi compatibles avec les bases de données de l'Assurance maladie.

4. Un opérateur d'envergure comme animateur du dispositif

4.1 Produire un référentiel d'indicateurs pour les CIS en prévention du vieillissement

Un opérateur d'envergure, disposant d'une connaissance fine de la Silver économie et reconnu dans ce domaine par les pouvoirs publics, pourrait jouer un rôle fédérateur en proposant un cadre commun d'indicateurs, élaboré avec les acteurs de la filière, les épidémiologistes et les financeurs. Ce référentiel permettrait de réduire les coûts de transaction liés à la négociation des CIS et de faciliter leur réplication sur différents territoires.

4.2 Animer un groupe de travail CIS au sein de la filière

Grâce à sa capacité à fédérer les acteurs de la Silver économie et à sa connaissance approfondie de l'écosystème, cet opérateur pourrait réunir au sein d'un groupe de travail les opérateurs, investisseurs à impact, caisses de retraite, conseils départementaux et représentants des personnes âgées. L'objectif serait de co-construire les premiers montages de CIS et d'identifier les territoires pilotes susceptibles de les expérimenter.

4.3 Être l'interlocuteur de référence dans les discussions nationales

Le CIS appliqué à la prévention du vieillissement constitue encore un sujet émergent dans le débat public français. Un opérateur d'envergure, reconnu par le Gouvernement pour son expertise de la Silver économie, pourrait se positionner comme interlocuteur de référence et porter un plaidoyer structuré auprès du Parlement, des ministères concernés ainsi que, lorsque cela est pertinent, des institutions européennes.

SOUTENIR DURABLEMENT LA FILIERE SILVER ECONOMIE : UNE CONDITION DE REUSSITE DE LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE

La réussite d'une politique de prévention à la hauteur des enjeux décrits dans ce rapport ne dépend pas uniquement de la volonté politique ou de l'ingénierie des dispositifs : elle dépend de la capacité d'un écosystème d'acteurs à la mettre en œuvre, dans la durée. Cet écosystème, c'est la filière Silver économie, un ensemble d'acteurs privés, publics et associatifs qui, précisément parce qu'ils opèrent hors du champ traditionnel de la santé (habitat, mobilité, numérique, services à la personne, assurance,

distribution), sont en mesure de porter une prévention qui ne se limite pas au soin, mais qui investit l'ensemble des déterminants du bien vieillir identifiés dans ce rapport.

Or cette filière se trouve elle-même à un moment charnière. Elle bénéficie d'une dynamique de structuration réelle depuis une dizaine d'années, mais son modèle économique reste fragile, largement dépendant de financements publics ponctuels — appels à projets, expérimentations territoriales — plutôt que d'une stratégie sectorielle inscrite dans la durée, comparable à celle dont bénéficient d'autres filières industrielles ou de services reconnues comme stratégiques. Cette fragilité n'est pas anecdotique : elle limite directement la capacité du secteur à investir, à recruter, à structurer une offre lisible pour les personnes et pour les financeurs, et donc à déployer à l'échelle les solutions de prévention dont ce rapport démontre l'efficacité.

Le contexte de transition démographique transforme cette question en urgence. Alors que la tranche des 55-75 ans représente déjà près d'un quart de la population française, et que ce poids démographique va continuer de croître dans les deux prochaines décennies, la filière Silver économie n'est plus un secteur de niche : elle est l'un des rares leviers capables de transformer une contrainte démographique en trajectoire économique positive (création d'emplois non délocalisables, innovation industrielle et technologique, aménagement des territoires) à condition que la puissance publique accompagne cette transformation plutôt que de la subir. Les comparaisons internationales mobilisées dans ce rapport convergent sur ce point : les pays qui ont le mieux anticipé le vieillissement de leur population (Danemark, Pays-Bas, Singapour) sont ceux où l'État a assumé un rôle d'investisseur et de coordinateur de long terme, plutôt que de spectateur d'initiatives dispersées.

Ce soutien doit se décliner sur deux plans, indissociables. Sur le plan financier, il s'agit de sortir la prévention de la logique de financement fragmenté et court-termiste documentée dans ce rapport, en donnant à la filière les moyens d'expérimenter, d'évaluer et de répliquer ses solutions, le contrat à impact social, présenté précédemment, en est un instrument, mais il ne saurait suffire seul à sécuriser un secteur entier. Sur le plan politique, il s'agit de reconnaître la Silver économie comme une filière stratégique à part entière, au même titre que d'autres secteurs bénéficiant de comités stratégiques de filière et de feuilles de route pluriannuelles, et de lui donner voix au chapitre dans l'élaboration des politiques publiques qui la concernent directement, faute de quoi les préconisations de ce rapport resteront des intentions sans opérateurs pour les porter.

Le Conseil exécutif de la filière, créé en 2024, rassemblant divers acteurs de la filière répartis au sein de différents collèges (grandes entreprises, acteurs innovants, acteurs territoriaux, fédérations professionnelles, associations d'élus) pourrait devenir un véritable conseil consultatif pour le Gouvernement en matière de transition démographique.

CHAPITRE III – L'AVENIR DE LA PRÉVENTION

I. COMPRENDRE LES GEROSCIENCES : LE TEMPS DE LA RECHERCHE

A. Une approche systémique du vieillissement

Les avancées récentes en gérosciences ouvrent de nouvelles perspectives pour comprendre le vieillissement et agir de manière précoce, en particulier auprès des personnes âgées de 55 à 75 ans. Loin des promesses fantasmatiques d'immortalité, cette discipline émergente propose une révolution plus pragmatique : celle de passer d'une médecine curative, centrée sur le traitement des maladies une fois déclarées, à une médecine préventive, capable d'intervenir en amont des manifestations cliniques. Comme l'indique Éric Gilson (Inserm), « L'intervention en amont des manifestations cliniques est l'objectif à atteindre ». Une perspective est aussi de transformer l'approche de la prévention, notamment dans le cadre des maladies liées à l'avancée en âge.

La géroscience repose sur un constat fondamental : une grande majorité des maladies chroniques survenant au cours de l'avancée en âge (maladies cardiovasculaires, diabète, démences, cancers) font suite à des dysfonctionnements de mécanismes biologiques qui leur sont communs. Plutôt que de traiter chaque pathologie séparément, les gérosciences proposent de cibler directement ces mécanismes fondamentaux du vieillissement qui pourraient retarder simultanément l'apparition de multiples maladies chroniques et prolonger l'espérance de vie en bonne santé.

Au cœur de cette révolution se trouve la distinction entre **l'âge chronologique** (le nombre d'années écoulées depuis la naissance) et **l'âge biologique** (l'état réel de nos cellules et de nos organes). L'objectif n'est pas la simple mesure biologique du vieillissement pour elle-même, mais son utilisation effective au service du bien-être et de la longévité en santé. **Certains biomarqueurs du vieillissement devraient permettre d'identifier précocement des risques de processus délétère et d'orienter à terme vers des interventions personnalisées.**

B. Repenser les politiques publiques à l'aune des parcours plutôt que de l'âge ?

La diversité des parcours et des processus biologiques invite à travailler sur les leviers qui actionnent aujourd'hui les politiques publiques. Repérer les trajectoires qui protègent et celles qui exposent, proposer des marqueurs sanitaires, biologiques et sociaux de risques pour la santé sont des éléments constitutifs de la mise en place de stratégies de protection et de prévention. L'émergence du concept d'âge biologique ouvre une perspective radicalement nouvelle pour repenser les politiques de fin de carrière et de retraite. Aujourd'hui, ces politiques reposent exclusivement sur l'âge chronologique, qui ne reflète qu'imparfaitement la réalité des capacités fonctionnelles et de l'état de santé des individus. En démographie, on parle aussi de l'âge prospectif : c'est l'âge auquel les populations atteignent une espérance de vie donnée (ex. 15 années), une sorte de "reste à vivre". Avec l'allongement de l'espérance de vie, cet âge prospectif augmente au cours du temps : la dynamique du vieillissement basé sur l'âge prospectif permet de relativiser le vieillissement démographique. Toutefois cet indicateur, comme celui de l'espérance de vie ou comme l'âge chronologique ne tient pas compte de la diversité des situations des personnes qualifiées par ce critère moyen.

Un raisonnement fondé sur l'âge biologique permettrait de repenser la prévention non pas sur un critère d'âge mais sur un critère de besoins. À terme, il serait envisageable de disposer d'une cartographie de biomarqueurs permettant de déceler des vulnérabilités de santé. L'analyse des situations sociales

associées à ces biomarqueurs permettrait non seulement de mieux comprendre les processus d'altération du fonctionnement biologique, mais aussi d'affiner les critères de vigilance.

C. La recherche sur le vieillissement

Structurer la recherche française dans le domaine du vieillissement est indispensable pour que la France soit à la hauteur de l'enjeu ; un effort significatif d'investissement et de coordination est nécessaire. Plusieurs leviers peuvent être actionnés. La France est dotée d'un IHU sur le vieillissement en bonne santé[22], d'un Programme Prioritaire de Recherche Autonomie[23] et d'appels à projets d'envergure allant de la recherche fondamentale à la recherche en population dotés de moyens substantiels. Un PEPR dans le domaine du vieillissement pourrait être proposé. L'approche biologique a déjà ouvert de nombreuses pistes de compréhension du processus de vieillissement et de marqueurs susceptibles d'annoncer des pertes de chance pour un vieillissement en bonne santé. Il reste toutefois un long chemin pour une traduction en intervention de santé publique.

Les programmes à développer dans le domaine doivent intégrer des approches holistiques de la santé qui permettront d'interpréter les succès de laboratoires à l'aune des expositions variées des personnes au cours de leur parcours de vie. La prévention, et la construction des outils de mesure permettant de repérer la fragilité, ne peuvent reposer uniquement sur les aspects biologiques. Le croisement des facteurs biologiques et des expositions (environnementales, professionnelles, sociales, médicales…) est indispensable à la compréhension des processus biologiques et à ce qui en modifie les trajectoires.

Une politique ambitieuse de prévention vise à mettre en cohérence les programmes de développement qui répondent aux grandes transformations du moment. En matière de santé et de prévention, on ne peut plus ignorer les longévités exceptionnelles atteintes par une partie de la population. La période des 55-75 ans constitue une fenêtre d'opportunité privilégiée pour l'intervention préventive. C'est à cet âge que se jouent, au niveau biologique mais aussi social, une grande partie des trajectoires ultérieures de vieillissement. Les gérosciences développent des outils destinés à objectiver le vieillissement, identifier les personnes à risque d'altération de leur santé, et proposer à terme des interventions ciblées. Malgré la persistance de nombreux défis scientifiques, techniques et éthiques, la direction est claire : l'intervention en amont des manifestations cliniques est souhaitable et possible. Elle s'appuie sur une dynamique d'adaptation des sociétés au vieillissement et s'articule avec elle, en s'intégrant aux autres évolutions et transitions majeures, notamment climatiques et écologiques.

En effet, l'enjeu dépasse la seule question sanitaire. Il s'agit d'accompagner une transition démographique sans précédent, qui s'impose à nous et nous impose de construire une société plus inclusive et attentive à la qualité de vie tout au long des parcours.

II. Technologie et intelligence artificielle

A. L'intelligence artificielle au service de la prévention de la perte d'autonomie

Depuis quelques années l'intelligence artificielle a fait son entrée dans le champ du médico-social. De nombreux experts s'accordent sur les opportunités offertes par l'IA pour faciliter le quotidien et la qualité de vie des personnes qui sont confrontées à des altérations de la santé.

[22] IHU HealthAge, https://ihuhealthage.fr/

[23] https://ppr-autonomie.com/

1.1 Personnalisation des parcours de soins

L'IA permettrait de personnaliser les recommandations en fonction du profil de chaque personne, son état de santé, ses habitudes, ses facteurs de risque, ses préférences. Elle peut ainsi orienter vers un programme d'activité physique adaptée plutôt qu'un conseil nutritionnel, suggérer un bilan auditif plutôt qu'un suivi cognitif, ou identifier les personnes les plus à risque d'isolement pour les orienter vers des dispositifs de lien social. Cette personnalisation est la condition d'une prévention efficace et acceptée. Elle suppose aussi que les outils d'intelligence artificielle intègrent l'effet des risques croisés : au-delà de leur simple addition, les risques peuvent se multiplier ou, au contraire, se compenser. Elle doit faire l'objet d'études poussées de manière à ce que les algorithmes embarqués s'adaptent aux contextes (par exemple nationaux) dans lesquels on les utilise. Le défi est enfin d'inscrire leur développement et leur usage dans un cadre régulé : tant du point de vue des données personnelles collectées, que des formes de prescriptions dont les dispositifs pourraient faire l'objet.

1.2 Soutenir l'observance et l'engagement dans la durée

L'un des défis majeurs de la prévention est l'observance. Les applications de suivi, les objets connectés et les rappels personnalisés permettent d'accompagner les personnes dans leurs habitudes de vie (activité physique, nutrition, prise de médicaments) sans être intrusifs. L'IA peut analyser les données collectées pour détecter des oublis, un décrochage et, le cas échéant et à la demande de l'utilisateur, déclencher une intervention humaine ciblée avant que la personne n'abandonne complètement sa démarche de prévention.

1.3 Dispositifs d'autodiagnostic de signaux faibles

Les outils de détection permettent de repérer des signaux faibles qui échappent souvent aux bilans médicaux ponctuels. Comme par exemple, une modification du rythme de marche, une diminution des sorties, des troubles du sommeil inhabituels ou une baisse de l'activité quotidienne peuvent être les premiers signes d'une fragilité naissante.

1.4 Des outils de communication et d'aide au déplacement

Pour maintenir ses activités, son insertion sociale et son indépendance, des outils peuvent accompagner les personnes : que ce soit pour garder le lien avec les proches, dans le cadre d'engagements sociaux, ou pour s'informer dans tous les domaines. L'aide au déplacement (trajets, réservations en ligne…) peut aussi être des outils de l'indépendance. Dans le cadre de la santé, ces outils peuvent aider les personnes à la coordination de leurs activités de consultations et de soins afin qu'elles restent autonomes dans le déroulé de leur prise en charge.

B. L'intelligence artificielle au service du développement de la prévention

Les professionnels du secteur du maintien au domicile de personnes dont la santé est altérée voient les opportunités offertes par l'IA : dans un secteur exsangue, des outils au service des aidants (professionnels ou familiaux) permettraient d'alléger un certain nombre d'activités.

1.1 Libérer du temps médical et d'accompagnement qui pourra être consacré à la prévention

La dictée vocale, la génération automatique de comptes rendus, l'optimisation des plannings et la gestion automatisée des transmissions entre professionnels permettent de réduire significativement le temps consacré à l'administratif. Ce temps libéré peut être réinvesti dans ce qui ne peut pas être délégué à une machine : l'écoute, le repérage des signaux faibles, l'éducation thérapeutique, l'orientation vers des parcours de prévention adaptés. Pour les professionnels de santé et d'accompagnement, chaque minute gagnée sur l'administratif est une minute disponible pour aborder avec le patient ses habitudes de vie, ses facteurs de risque ou ses premiers signes de fragilité. C'est à cette condition que la prévention cessera d'être une intention et deviendra une pratique systématique.

1.2 Dispositifs d'autodiagnostic de signaux faibles

En rendant les personnes plus autonomes, les outils d'autodiagnostic leur fourniraient aussi des informations précieuses pour se tourner vers les professionnels et construire avec eux les soins et l'accompagnement utiles à la préservation de leurs ressources et de leur autonomie.

C. Des questions éthiques de la préconisation et de l'usage des technologies du care

Le développement des technologies dans le champ de la santé des plus âgés pose de nombreuses questions sur leurs usages et mésusages. Si les capacités des technologies à capter et analyser des informations sont indéniablement une source de progrès dans bien des domaines, il convient de se doter d'une grille de lecture de leurs apports.

1.1 Une éthique de la surveillance au domicile et la régulation des dispositifs

Dans la mesure où les outils de surveillance et d'autodiagnostic partagé empiètent sur la liberté et l'intimité des personnes, il s'agit d'analyser les conséquences de leur déploiement. La préconisation de leur usage n'est pas un acte neutre et devrait faire l'objet d'une régulation. C'est d'autant plus important que ces outils enregistrent, stockent et transmettent des données personnelles de santé.

Par ailleurs, l'usage d'un certain nombre de technologies, consommatrices d'énergie et d'espace de stockage, dont l'efficacité et/ou le besoin ne sont pas avérés, va à l'encontre des principes de sobriété écologique. Une approche "Low tech" est déployée dans le domaine du care. Elle propose plusieurs pistes pour s'en tenir à une préconisation et à un usage raisonné des technologies.

Parmi les critères d'acceptabilité individuelle ou sociale, figure le rôle des algorithmes utilisés et leurs dimensions normatives, qui tendent à effacer la diversité des choix de vie des personnes. Reste à savoir dans quelle mesure les micro-modifications repérées traduisent un signal d'alerte ou de simples changements de pratiques. Ces outils peuvent aussi tendre à orienter des pratiques ou des choix de produits ou de professionnels. Il convient donc aussi d'analyser les aspects commerciaux que ces outils d'aide à l'autonomie, dans la prévention comme dans le soin, introduisent plus ou moins explicitement, alors même qu'ils revêtent souvent l'apparence d'une préconisation professionnelle.

1.2 Équilibrer l'usage, laisser la main aux personnes, maintenir des interactions humaines

La surveillance des proches engendre de nombreuses préoccupations pour les aidants. Les dispositifs de détection, en assurant une surveillance continue et automatisée comme dans le cadre de la détection de chute, offrent ainsi à l'aidant ce qui lui manque le plus : la possibilité de se reposer sans culpabiliser. Savoir qu'une alerte se déclenchera en cas d'anomalie permet de lâcher prise. Cette réassurance n'est pas anecdotique. Elle conditionne directement la capacité de l'aidant à tenir dans la durée, et donc la durée du maintien à domicile de la personne accompagnée. Un aidant reposé est un aidant qui accompagne mieux et plus longtemps. Pour les aidants professionnels, les outils technologiques sont parfois mobilisés pour pallier le manque de personnel et gérer les urgences. Ainsi, des dispositifs de surveillance et d'autodiagnostic peuvent avoir pour objectif de communiquer les informations. Des capteurs de mouvement installés au domicile, des objets connectés ou des dispositifs d'analyse vocale permettent de suivre ces indicateurs en temps réel et d'alerter un professionnel de santé dès qu'une anomalie est détectée.

Ces technologies constituent une intrusion dans le quotidien. Il est essentiel d'analyser le positionnement des personnes "suivies" vis-à-vis de ces dispositifs et les configurations d'alerte qui paraissent acceptables. Un enjeu serait d'identifier ce que les personnes perçoivent comme un signe de leur dépendance, et qu'elles seraient donc tentées de refuser. Il s'agirait que ces outils soient conçus comme des outils de collaboration dans le maintien de l'autonomie plutôt qu'uniquement comme des

aides aux aidants. Le choix de ce qui est communiqué et ce qui nécessite l'interaction humaine doit être au maximum à la main de la personne accompagnée.

ANNEXES

ANNEXE 1

Lettre de mission

MINISTÈRE
CHARGÉ DE L'ORGANISATION
TERRITORIALE ET DES
PROFESSIONS DE SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

La Ministre déléguée

Paris, le 17 MAI 2023

Monsieur le Président, cher Luc,

Comme vous le rappelez régulièrement et notamment dans votre rapport de mai 2021 « Nous vieillirons ensemble, 80 propositions pour un pacte entre générations », la transition démographique est un défi social, sociétal et sanitaire qui nécessite des réponses coordonnées et à la hauteur des enjeux.

Cette transition conjuguée avec la crise de notre système de santé, renforce la nécessité d'anticiper un accompagnement des personnes à appréhender des comportements et adopter des routines de prévention des problématiques de santé liées à l'avancement en âge.

La mission que je souhaite confier à la filière Silver économie porte sur l'enjeu du repérage voire de la détection des « pré-fragilités », condition du « vieillissement en santé ». Les chiffres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'accordent sur le fait que la catégorie des 55-75 ans doit bénéficier de toute l'attention de cette démarche. Il s'agit d'une période « charnière » qui doit permettre la préservation de l'état de santé et de l'autonomie.

La première partie de cette mission doit apporter un éclairage concret sur les actions et initiatives permettant le « vieillissement en santé ». L'enjeu sera d'identifier l'ensemble des initiatives à même de faciliter le repérage des publics cibles au service du dépistage de ces pré-fragilités.

Ce travail doit nous permettre d'identifier toute initiative permettant de faciliter la coordination des professionnels de santé et l'organisation territoriale et d'assurer un parcours de soins efficace et coordonné, du dépistage à la mise en place d'actions concrètes afin de garantir une bonne articulation entre prévention et soins.

Dans le cadre de cette mission, vous garderez à l'esprit la nécessité d'identifier des initiatives duplicables ou disposant d'une capacité de « passage à l'échelle », qui garantiront la nécessaire équité territoriale en termes d'accès aux soins.

Une attention particulière sera accordée à l'enjeu des outils numériques, permettant de faciliter le travail et la coordination mais également l'identification des professionnels de santé dans les territoires. Un travail approfondi pourra être mené auprès, tant auprès des services de l'Etat dédiés à la conception d'outils numérique (Direction interministérielle du numérique – DINUM), qu'auprès des éditeurs privés afin de garantir fiabilité et compatibilité des outils ou encore protections des données de santé.

.../...

Monsieur Luc BROUSSY
Président de la Filière Silver Economie
France Silver Eco
5 rue de l'Amiral Hamelin
75116 Paris

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

2

Enfin, cette mission devra comporter un certain nombre de préconisations, notamment concernant le rôle à jouer par chacun des acteurs, dans leurs complémentarités. Si l'Etat doit se positionner comme garant de l'égalité d'accès à ces outils de détection des pré-fragilités (enjeux sociaux et territoriaux) en fixant le cadre d'une politique publique permettant le « vieillissement en santé », l'objectif sera de définir comment s'appuyer sur les conseils régionaux et départementaux, ou encore sur le bloc communal et comment accompagner les élus dans la démarche. La mission permettra également de proposer des pistes de travail afin d'associer l'ensemble des parties prenantes : gérontopôles, CHU, acteurs privés ou encore associatifs.

L'enjeu de la détection des pré-fragilités chez les 55-75 ans signifie que l'on s'adresse à un public dont une partie significative est en activité. Ce travail devra permettre de déterminer comment s'appuyer au mieux sur les employeurs dans une démarche de sensibilisation, de détection et donc d'aide au dépistage, sans oublier l'enjeu de la santé au travail.

Cette partie nécessitant une approche transverse, je vous invite à vous rapprocher des services du ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion et du ministère de la Transformation et de la Fonction Publiques.

Pour mener à bien ces objectifs, vous m'avez proposé qu'un comité de pilotage animé par le Professeur Olivier GUERIN et composé de la Professeur Sandrine ANDRIEU, du Professeur Cédric ANNWEILER et de Madame Emmanuelle CAMBOIS, soit, au sein de la filière, en charge de cette mission. Les compétences de ces personnalités seront à l'évidence un gage de la qualité du rendu final.

Cette mission qui s'inscrit dans le cadre des travaux que j'ai initiés sur la thématique « vieillir en santé », contribuera à ceux conduits largement avec le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées afin de faire de la prévention de la perte d'autonomie un véritable projet de société.

Sur la base d'outils adaptés, les préconisations que vous me remettrez pour le 1er octobre 2023, doivent permettre à chacune des parties prenantes de s'approprier les problématiques de santé publique posées par le défi du « vieillir en santé » et d'identifier des solutions qui seront autant de potentielles opportunités économiques, sociales et sanitaires.

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

Agnès FIRMIN LE BODO

Copie à :
Pr Olivier GUERIN, Chef du Pôle réhabilitation autonomie vieillissement (RAV) au CHU de Nice et Vice-président de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)
Pr Sandrine ANDRIEU, Chef du service d'épidémiologie clinique et de santé publique, CHU de Toulouse, Responsable de l'équipe Aging UMR1295 Inserm-Université Toulouse III
Pr Cédric ANNWEILER, Chef du service de gériatrie du CHU d'Angers, professeur des universités en gériatrie et biologie du vieillissement
Mme Emmanuelle CAMBOIS, Directrice de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED) et Directrice de l'Institut de la longévité, des vieillesses et du vieillissement (ILVV)

ANNEXE 2
Déroulement de la mission

La mission s'est appuyée sur une démarche mêlant consultation large des acteurs et entretiens approfondis. Dans un premier temps, un **questionnaire commun** consacré aux enjeux de transition démographique, de prévention et de vieillissement en santé a été diffusé auprès de plus de **200 organisations** – institutions publiques, associations, experts, fédérations professionnelles et acteurs de terrain, et a recueilli **plus d'une centaine de réponses**. Dans un second temps, la mission a également conduit **neuf entretiens approfondis**. Ces échanges, menés sur la base d'une trame commune, ont permis de dessiner un panorama des attentes, des besoins et des expériences de terrain.

Ont ainsi été auditionnés (*noms et fonctions à date*) :

- **Éric Gilson**, Ambassadeur de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ;
- **Isabelle Richard**, Directrice de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ;
- **Marie-Anne Montchamp**, Directrice Générale de l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP) ;
- **Olivier Goeau-Brissonnière**, Conseiller spécial auprès du Président de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) ;
- **Sylvie Bonin-Guillaume**, Présidente de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) ;
- **Yann Lasnier**, Délégué Général des Petits Frères des Pauvres ;
- **Charles Guepratte**, Directeur Général, et **Élodie Emery**, Directrice de l'Autonomie à la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP) ;
- **Pierre-Olivier Lefebvre**, Délégué général du Réseau Francophone Villes Amies des Aînés (RFVAA) ;
- **Caroline Gadou**, Directrice Générale, et **Nicolas Fraix**, Responsable du Département Capitalisation et Développement des Connaissances à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).

Ont répondu au questionnaire :

Structure	Nom
ALOGIA	Lisa POTTIER
AME2P / UNH (Université Clermont Auvergne)	Camille CHAMBONNIERE
Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE)	Fanny SOUM-POUYALET
Biogen	Alexandre TORTEL
Calyxis	Marion DUPUY
Carsat des Hauts de France	Sarah LEVEUGLE

Structure	Nom
Centre Borelli UMR 9010 École normale supérieure Paris-Saclay	Nicolas VAYATIS
Centre de Recherche en Psychologie	Valentin GRAVET
Centre Hospitalier de Périgueux - pole EHPAD - Centre de Ressources EHPAD	Corinne LACHAUD-RONGIERAS
Centre National Fin de Vie - Soins Palliatifs (CNSPFV)	Giovanna MARSICO
CHU Angers et Gérontopôle des Pays de Loire	Frédéric NOUBLANCHE
CHU de Lille	Céline BONHOMME
CHU de Lille, Université de Lille	Eric BOULANGER
CHU de Limoges	Muriel MATHONNNET
CHU de Rouen	Karine GUIGNERY-KADRI
CHU de Saint-Etienne	Thierry THOMAS
CHU et université	Marc PACCALIN
CHU Grenoble Alpes	Jean-Marc BAIETTO
CHU Toulouse - Université Paul Sabatier (Toulouse)	Fati NOURHASHEMI
CHU Toulouse- Oncopole	Odile RAUZY
Cifre	Marie MEYER
CNRS	Pierre-Paul VIDAL
CNRS / Université de Paris	Michael RERA
CNSA	Benjamin LEROUX
CNSPFV – Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie	Thomas GONCALVES
Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes -Hôpital Prive de la porte verte-Versailles	Aude QUESNOT
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	Benoît OURLIAC
DIREVP	Angélique CARRÉ
Doctolib	Camille VAZIAGA
École Pratique des Hautes Études (EPHE)	Anne MARCILHAC
EHESP	Marie-Aline BLOCH
EHESP	Philippe QUENEL
EHESP, CNRS, INSERM,	Dominique SOMME
Fédération des entreprises de services à la personne (FESP)	Pierrick BUYSSCHAERT
Fédération Hospitalière de France	Marc BOURQUIN
Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)	Anne PASCAUD
Fédération nationale des orthophonistes (FNO)	Aurélien BRESSON
Fondation Tecnalia Research & Innovation	Pierre BARRALON
France Assureurs	Hicham AFRACHE
GCSMS Défi autonomie seniors	Marie VERNY
Gérontopôle Auvergne Rhône Alpes - Chaire Santé des Aînés de l'Institut PRESAGE	Pauline GOUTTEFARDE
Health Data Hub	Stéphanie COMBES
Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve	Juliette REERINK-BOULANGER

Structure	Nom
I2ML	Marianna DANKO
IDP santé	Emmanuelle TAFFU
IDP SANTÉ	Serge LE FAUCHEUR
IHU ICAN	Anne-Marie ARMANTERAS
ILC France	Francoise FORETTE
INRAE	Lionel BRETILLON
INSERM, U1298,	Claudine BERR
Institut PRESAGE	Bienvenu BONGUE
MACIF	Fanny BASTID
MGEN	Patrick BRUNET
Ministère de la Santé. ONDPS/DREES.	Emmanuel TOUZE
Petits Frères des Pauvres	Samuel DEBRIL
PSPU Lille Moulins	Ingrid BURY
Réseau des Jeunes Chercheurs en Santé et Société (RJCSS)	Hubert KWILU LANDUNDU
Santélys	Jean DELRUE
Service de Gériatrie, CHU de Rennes Laboratoire Traitement du Signal et de l'Image	Joaquim PRUD'HOMM
SFGG – Société française de gériatrie et gérontologie	Sylvie BONIN-GUILLAUME
SNGC	Anne DAVID-BRÉARD
Synerpa Domicile	Nicolas HURTIGER
Union Territoriale SOLIHA Hauts de France	Maryse BRIMONT
Université de Bologna et Institut national d'études démographiques (INED)	Hoang Khanh Linh DANG
Université de Brest	Olivier CRASSET
Université de Haute Alsace	Dominique KERN
Université de Picardie Jules Verne	Véronique QUAGLINO
Université Grenoble Alpes	Emmanuel MONFORT
Université Grenoble Alpes et laboratoire de sciences sociales	Stéphane ALVAREZ
Université Paris Dauphine - PSL	Thomas RENAUD
Université Savoie Mont Blanc, laboratoire LIP/PC2S	Marine BEAUDOIN
URH des Hauts de France	Paméla PRUVOST
VyV3 Pays de la Loire	Jawad HAJJAM

ANNEXE 3

Contenu du questionnaire adressé à l'écosystème

- A quelle structure appartenez-vous ?
- Quel est votre métier / fonction / champ disciplinaire ?
- Quelle est la nature de votre structure ?
- Qu'est-ce qui, dans votre activité professionnelle, vous relie à la problématique du vieillissement en santé ?
- Comment mesure-t-on les critères de bonne santé dans votre activité professionnelle ?
- Quels sont les actions menées par votre établissement / structure qui contribue à maintenir, perdre ou restaurer la santé ?
- Dans votre secteur d'activités, quels signaux déclencheur d'actions de promotion de la santé ou de prévention identifiez-vous ? Quels sont les outils de repérage des fragilités ?
- Dans vos activités et fonctions, comment la santé se définit-elle classiquement (ou le plus souvent) ? (Possibilité de cocher plusieurs cases)
- Quelle est votre définition du vieillissement ?
- Selon vous, qu'est-ce qu'une personne âgée ?
- Quelles sont les tranches d'âge clefs dans les problématiques de santé liées à l'avancée en âge ?
- Quelles sont les enjeux en matière de santé pour la tranche d'âge 55-75 ans ?
- Quels sont pour vous les caractéristiques d'un vieillissement en bonne santé pour la tranche d'âge 55-75 ans ?
- Selon vous, le vieillissement en santé constitue-t-il une préoccupation pour nos concitoyens ? Pour les pouvoirs publics ?
- Parmi les déterminants de la santé énumérés ci-dessous, quels seraient pour vous les trois principaux sur lesquels agir autour de l'âge de 60 ans ?
- Dans vos activités et fonctions, quels sont ou pourraient être les acteurs clefs au niveau national et local de la promotion de la santé ? Et ceux de la prévention ?
- Dans vos activités et fonctions, quels sont ou pourraient être les publics cibles de la promotion de la santé ? Et ceux de la prévention ?
- Quels sont ou devraient être les moyens qu'il faudrait mobiliser pour parvenir à des résultats significatifs à court, moyen et long terme ?
- Avez-vous connaissance d'une ou de plusieurs initiatives dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention qui pourraient être déployées au niveau national ? Si oui, lesquelles ?
- Comment, au sein de vos activités, la détection et le diagnostic précoce des maladies sont-ils envisagés et traités ? Comment les publics sont-ils orientés vers le ou les professionnels de santé compétents ?
- Faut-il faire reposer ces actions sur les professionnels de santé ?
- Faut-il les ouvrir à d'autres communautés ? Si oui, lesquelles et pourquoi ?
- Comment créer une réelle liaison entre les actions de promotion, de prévention et les actions de prises en charge ?
- Comment voyez-vous l'usage des objets connectés dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention ?
- Avez-vous connaissance d'initiatives (en matière de promotion de la santé ou de prévention pour un vieillissement en santé) qui mériteraient d'être déployées au niveau national ou répliquées sur d'autres territoires ?
- Quel est le modèle économique des initiatives que vous portez en matière de vieillissement en santé ?
- Quelle est la pertinence de l'existence d'actions différenciées en matière de promotion et de prévention en santé ? Si oui, sur quels critères ?
- Quels sont les enjeux éthiques du vieillir en santé ?
- Quels sont pour vous les meilleurs outils qui facilitent le parcours du vieillissement en santé ?
- Quelle place donner au vieillissement en santé pour des publics après 75 ans ?