



ATLAS

DES SITUATIONS DE FRAGILITÉ

2014



En amont de l'accompagnement des assurés sociaux dans le cadre de parcours attentionnés, nos travaux de coordination CNAMTS/Cnav font une large place au repérage des personnes en situation de risque de fragilité.

Afin de présenter le niveau d'analyse réalisé au titre de ces repérages par les Observatoires régionaux des situations de fragilité, a été conçu le présent Atlas qui montre à l'évidence la pertinence de nos approches concertées et coordonnées.

Nous vous en souhaitons bonne lecture.



SOMMAIRE

01 LES OBSERVATOIRES DES SITUATIONS DE FRAGILITÉ	7
> Une démarche coordonnée de la Sécurité sociale pour lutter contre le non recours spontané aux aides et prioriser les territoires	7
• Repérer les retraités à risque de fragilité santé/sociale et identifier les territoires prioritaires d'intervention	7
• Identifier les publics vulnérables pour l'accès aux soins, aux droits, ou en risque de précarisation médico-économique afin de leur proposer des actions d'accompagnement du service social	8
• Mobiliser les moyens et les outils des branches « Maladie » et « Retraite » du régime général	8
> Les observatoires régionaux sont installés, les outils d'observation sont en place, des territoires sont identifiés	9
> Des perspectives prometteuses	10
• Un élargissement grâce à l'intégration à la démarche des caisses MSA et RSI	10
- Élargissement de l'observatoire à l'interrégime	
Exemple du Languedoc-Roussillon	11
• La recherche d'un ciblage encore plus pertinent des personnes fragiles	13
02 DES EXEMPLES DE MOBILISATION DES OBSERVATOIRES DES SITUATIONS DE FRAGILITÉ POUR PRÉVENIR LA FRAGILISATION DUE AUX RISQUES DU VIEILLISSEMENT	14
> La situation en France	14
• Illustration cartographique à l'échelle nationale	14
• Analyse cartographique	17
• Les actions des organismes de Sécurité sociale dans le cadre des Observatoires des situations de fragilité	18

> Des exemples en région	18
- RÉGION AQUITAINE	
Programme régional de prévention en interrégime	19
- RÉGION BOURGOGNE ET FRANCHE-COMTÉ	
Chartes territoriales	22
- RÉGION ÎLE-DE-FRANCE	
Mise en œuvre des parcours attentionnés en foyers de travailleurs migrants et résidences sociales	24
- RÉGION MIDI-PYRÉNÉES	
Bien-vieillir chez soi - prévention globale en faveur des plus fragiles	26
- RÉGION NORD-EST	
Offre de service destinée aux retraités suite à la perte d'un proche « Etre seul et prendre soin de soi »	28
- RÉGION NORD EST	
Forum « Habitez bien, Habitez malin Sainte Ménéhould (51)	30
- RÉGION NORD-PICARDIE	
Développement du partenariat avec les centres sociaux	32
- RÉGION NORMANDIE	
Expérimentation de partenariat avec la Poste	34
- RÉGION RHÔNE ALPES	
Mise en place d'un atelier « Equilibre en bougeant »	36
- RÉGION SUD-EST	
Mise en place d'actions collectives pour les personnes bénéficiant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées	38
03 PERMETTRE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PUBLICS VULNÉRABLES, PRÉVENIR LA PRÉCARISATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DES PERSONNES EN ARRÊT DE TRAVAIL LONG	40
> La situation en France	40
• Illustration cartographique à l'échelle nationale	40
• Analyse cartographique	43
• Les actions des organismes de Sécurité sociale dans le cadre des observatoires des situations de fragilité	44

> Des exemples en région	45
- RÉGION ALSACE-MOSELLE	
L'action du passage à la retraite pour le public RSA	46
- RÉGION AUVERGNE	
Promotion d'un bilan de santé aux bénéficiaires des minimas vieillesse	48
- RÉGION BRETAGNE	
Préparation du passage à la retraite	50
- RÉGION CENTRE	
Actions collectives pour éviter la précarisation des personnes en arrêt de travail	52
- RÉGION CENTRE OUEST	
Pilotage des actions collectives « Parcours Prévention Santé »	54
- RÉGION LANGUEDOC-ROUSSILLON	
L'accompagnement des sorties d'hospitalisation	56
- RÉGION NORD PICARDIE	
Les parcours prévention santé en faveur des séniors	58
- RÉGION NORMANDIE	
Accès aux droits et aux soins pour les personnes à faibles ressources	60
- RÉGION PAYS DE LA LOIRE	
Adaptation du positionnement des actions vers les invalides dans les cantons les plus fragiles	62
REMERCIEMENTS	65
GLOSSAIRE	67

INTRODUCTION

Cet Atlas des situations de fragilité est le reflet d'une volonté coordonnée entre la CNAMTS et la Cnav d'instaurer un véritable processus d'observation et de détection des fragilités de leurs ressortissants.

Les organismes de Sécurité sociale souhaitent en effet faire du repérage des risques une pièce maîtresse de leur action auprès des personnes les plus vulnérables. De façon schématique, deux usages sont assignés à ce processus d'observation sociale.

Le premier consiste à détecter des personnes dont certains critères (ressources faibles, âge,...) indiquent la fragilité potentielle et parfois le risque d'une rupture à venir. L'objectif est alors d'aller au devant de ces publics afin de leur proposer une aide personnalisée et une facilitation de l'accès aux droits.

Le second réside dans la faculté d'identifier les territoires dits « fragiles » sous la forme de cartographies à partir de données provenant de diverses sources. Les organismes de Sécurité sociale peuvent alors analyser les besoins pour adapter les modalités de leur action et susciter des partenariats en réponse aux problématiques locales.

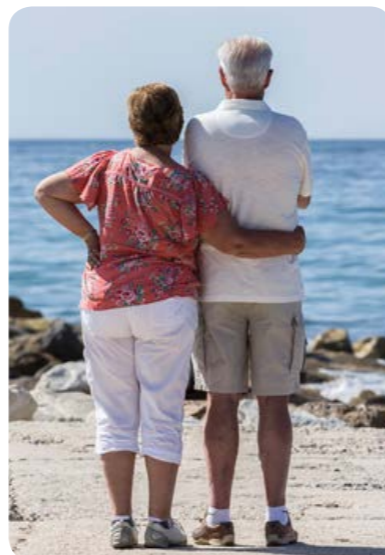
Cette démarche, on le voit, repose sur l'exploitation des données issues des systèmes d'information propres aux branches maladie et retraite. Pour ce faire, les caisses nationales ont souhaité mettre en œuvre un outil spécifique : le Système d'Information Géographique (S.I.G.) qui est évoqué plus loin.

Dans tous les cas de figure, la convergence des objectifs entre branches et régimes de la Sécurité sociale constitue un enjeu majeur. C'est ainsi qu'initié par les deux caisses nationales (maladie et retraite) du régime général et conforté par la loi¹, l'observatoire des situations de fragilité devient progressivement un outil partagé en interrégime avec le réseau des caisses de Mutualité sociale Agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI).

Demain, l'observatoire pourrait sans doute s'étendre au domaine d'action des caisses d'allocations familiales (CAF) en conservant une même finalité.

Cet Atlas des situations de fragilité ne traduit qu'une ambition modeste : illustrer par des exemples concrets d'actions entreprises par le réseau des organismes, l'utilisation qui peut être faite des données institutionnelles. Le choix a prévalu de mettre en vis-à-vis la description de quelques actions emblématiques et une présentation cartographique des données statistiques au service de ces actions.

Au-delà d'une présentation de la démarche d'observation sociale telle qu'entreprise par notre réseau (I), les actions concrètes déployées par les organismes ont été classées selon qu'elles portent sur la fragilité liée au vieillissement (II) et au déficit présumé d'accès aux droits et aux soins (III).



01 LES OBSERVATOIRES DES SITUATIONS DE FRAGILITÉ

> Une démarche coordonnée de la Sécurité sociale pour lutter contre le non recours spontané aux aides et prioriser les territoires

• Repérer les retraités à risque de fragilité santé/ sociale et identifier les territoires prioritaires d'intervention

L'enjeu des organismes de Sécurité sociale est de faciliter l'accès aux droits, aux soins et aux dispositifs de prévention des personnes fragilisées. Les Carsat et CGSS ont ainsi mis en place des Observatoires régionaux des situations de fragilité chargés de repérer les facteurs de risque de fragilité des retraités sur le plan de la santé et/ ou de l'environnement social pour mieux adapter leur offre de services aux besoins de ces personnes afin de prévenir leur perte d'autonomie.

Au niveau interne à l'institution, le plan national Proximité Autonomie de l'Avancée en Age² CNAMTS/Cnav s'appuie sur les Observatoires régionaux des situations de fragilité.

« L'âge est un facteur d'accélération d'inégalités sociales et de santé qui entraînent un risque accru de perte d'autonomie. La prévention de la perte d'autonomie passe par le repérage de facteurs de risque à toutes les étapes du parcours des personnes âgées, en privilégiant les déterminants sociaux et environnementaux au sein d'un dispositif de prévention ciblé et gradué »³. En effet, la fragilité des seniors est une résultante des problèmes liés au vieillissement et à un environnement qui se révèle parfois mal adapté (logement, réseau familial et social, mobilité, ressources économiques...).

Le repérage des risques de fragilité des jeunes seniors donne l'opportunité d'infléchir le processus de dépendance qui, une fois installé, est le plus souvent irréversible.

La capacité à identifier des profils de fragilité est donc essentielle pour développer des modèles de prévention adaptés et des parcours associés.

Les observatoires s'appuient sur les données « retraite » (identification des assurés et prestations perçues) et « maladie » (accès aux droits et aux soins) des organismes de Sécurité sociale pour cibler et analyser les risques de fragilité économique (CMUc, acquisition d'une complémentaire santé, exonération CSG, bénéficiaires de

minima vieillesse...), sociale (veuvage...), fonctionnelle (pensions d'invalidité...) et/ou liée au parcours de soins (absence de médecin traitant, non recours aux soins, affections de longue durée...).

Les données territorialisées sont issues de requêtes nationales labellisées élaborées par la CNAMTS et la Cnav.

Elles sont en accès libre au travers des Systèmes d'Information Géographique (SIG) dynamiques, consultables à partir des sites internet des Carsat, CGSS, Cnav Ile de France et Cramif.

Au travers de ces données, les Observatoires régionaux des situations de fragilité :

- identifient les territoires prioritaires d'intervention pour les publics retraités « cible » de l'Assurance retraite et de l'Assurance Maladie afin d'impulser des actions de prévention ou offres de service en lien avec les partenaires locaux ;
- déterminent le taux de couverture de ces territoires par des actions de prévention ;
- élaborent des profils des publics bénéficiaires et évaluent l'impact des actions menées sur le niveau de fragilité des personnes.
- repèrent les retraités à risque de fragilité pour leur proposer des actions proactives et de proximité de manière personnalisée.

Les observatoires contribuent ainsi à l'objectif national de développement des offres d'actions collectives de prévention des risques du vieillissement destinées à favoriser le maintien à domicile en recherchant une réduction des placements en structures d'accueil ou des hospitalisations « évitables » du fait de la prise en compte en amont des facteurs de risque de la perte d'autonomie.

Par ailleurs, les observatoires des situations de fragilité contribuent à la réalisation du diagnostic territorial des situations à risque dans le cadre des Plans locaux d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures (PLANIR) développés par l'Assurance Maladie

1 - Il s'agit du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement

2 - Ce plan vise à l'accompagnement des personnes retraitées ou préretraitées en risque de fragilité dans des parcours attentionnés conjoints Maladie/Retraite
3 - Projet de rapport annexé à la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement.

Enfin, les données territorialisées des observatoires contribuent à élaborer des diagnostics sociaux locaux partagés avec différents partenaires (ARS, Conseils généraux, Centres sociaux, associations...), fondés sur les facteurs des risques identifiés sur le champ de la fragilité santé/sociale.

L'objectif est d'expérimenter sur ces territoires prioritaires des contrats de territoire destinés au développement coordonné d'actions collectives de prévention.

• **Identifier les publics vulnérables pour l'accès aux soins, aux droits, ou en risque de précarisation médico-économique afin de leur proposer des actions d'accompagnement du service social**

Si depuis toujours, les caisses de Sécurité sociale se sont outillées afin d'offrir des accompagnements spécifiques aux assurés n'accédant pas aux droits (par exemple en santé), ou aux soins ou au bénéfice de certaines prestations, depuis quelques années l'Assurance Maladie s'est dotée d'une stratégie de ciblage pour des personnes qui pourraient potentiellement se trouver dans une situation difficile pour bénéficier de leurs droits à la santé (de base ou complémentaire), pour l'accès effectif aux soins, l'accès effectif aux dispositifs de prévention, ou encore le retour à l'emploi après un arrêt maladie.

En effet, la démarche proactive de détection à partir des données des systèmes d'informations de l'Assurance Maladie de personnes présentant des fragilités est ancienne et s'est accentuée récemment. Ainsi, depuis 2007, les Cnam signalent aux Carsat toutes les personnes connaissant un arrêt de travail de plus de 90 jours. En effet, les arrêts de travail lorsqu'ils durent fragilisent les personnes en rendant le retour à l'emploi plus complexe, en générant potentiellement une perte de revenu. Dans certains cas, c'est le projet de vie qu'il faut reconstruire, puisque du fait de la maladie le retour à l'emploi se révélera impossible, les relations sociales, familiales en seront affectées. C'est pour cela qu'en prévention, de manière systématique, toutes ces personnes bénéficient d'une offre d'accompagnement du service social à laquelle 35% donnent suite. Les personnes ainsi accompagnées bénéficient concrètement d'une meilleure probabilité de « retour à l'emploi », d'un meilleur accès aux soins. Les études d'impact ont aussi montré que cet accompagnement débouchait sur une « reprise en mains » de leur projet de vie par ces personnes (réalisation de démarches, ...).

Au-delà de cet exemple historique, d'autres populations sont « signalées » par les Cnam et font l'objet d'une offre attentionnée, les personnes qui ont demandé mais non utilisé le chèque-santé, les personnes nouvellement bénéficiaires d'une pension d'invalidité, les invalides

demandant leur retraite... Dans tous les cas, ces personnes ont un « marqueur » qui indique un risque d'une fragilité.

Depuis la structuration des Observatoires des situations de fragilité au plan régional, et la mise en œuvre des plans « PLANIR », ces démarches de proposition d'accompagnements « pro-actifs » de personnes en risques de fragilité se sont multipliées, pour lutter contre le non-recours aux soins ou aux droits (ciblage des personnes sans médecin traitant, ou sans organisme complémentaire d'Assurance Maladie,...), pour prévenir la précarisation des personnes en arrêt de travail d'un ou deux ans, pour aider dans l'accès à leurs droits les personnes ayant l'âge de passer à la retraite et ayant des carrières pouvant laisser présager des risques de fragilité en santé (salariés d'entreprises avec forte sinistralité d'accident du travail, ...). De nombreux exemples figurent dans cet atlas.

Ces cibrages permettent aussi de repérer des territoires où ces populations « fragilisées » résident particulièrement, et sur lesquels les Caisses et leurs partenaires peuvent mener des actions.

Les données territorialisées portant sur ces thématiques sont en accès libre au travers des Systèmes d'Information Géographique (SIG) dynamiques, consultables à partir des sites internet des Carsat, CGSS, Cnav Ile-de-France et Cramif.



• **Mobiliser les moyens et les outils des branches « Maladie » et « Retraite » du régime général**

La Sécurité sociale est l'un des seuls opérateurs du champ de la puissance publique à pouvoir - dans une perspective de prévention- proposer un accompagnement attentionné à des populations pouvant se trouver en situation de non recours de fait, en grande précarité sociale ou financière, ou en situation de fragilité au sens gériatrique du terme. En effet, cette capacité repose d'une part sur la possession par la Sécurité sociale de bases de données importantes comportant des

marqueurs de fragilité sociale, économique, mais aussi sur des professionnels de l'accompagnement.

Plus précisément, la Sécurité sociale a développé des systèmes d'informations décisionnels permettant à un niveau fin de cibler des populations et territoires. Elle s'est aussi dotée de règles permettant une utilisation « éthiquement » responsable de ces données. La Sécurité sociale s'est aussi dotée de divers professionnels (assistants de services sociaux, conseillers sociaux, chargés de développement territoriaux, chargés de prévention, ...) en mesure de conduire les actions

d'accompagnement nécessaires aux publics fragilisés.

Enfin, la Sécurité sociale a mis « en réseau » ses différents organismes afin que ceux qui disposent des données puissent en lien avec les organismes dotés de professionnels de l'accompagnement conduire les actions nécessaires aux populations ou territoires ciblés. Ainsi, même si sur ce champ, des évolutions sont encore possibles, la collaboration entre les Cnam et les Carsat, par exemple permet aux personnes en arrêt de travail long d'être accompagnées.



> **Les observatoires régionaux sont installés, les outils d'observation sont en place, des territoires sont identifiés**

L'Assurance maladie et l'Assurance retraite se sont organisées pour faire fonctionner ces Observatoires au travers de moyens humains et de compétences techniques (statistiques, analyses cartographiques, pilotage de projets...) spécifiquement affectés à ces outils.

Ainsi, 112 000 retraités à risque de fragilité ont été repérés au niveau national en 2013 via les Observatoires régionaux des situations de fragilité au vu de leur situation économique (minima vieillesse, exonération de la CSG, personnes antérieurement au chômage, bénéficiaires du RSA, de l'AAH ou inaptes), sociale (veuvage, sorties d'hospitalisation, résidents de foyers de travailleurs migrants), professionnelle (salariés d'entreprises à forte sinistralité) et/ou liée au parcours de soins (absence de médecin traitant, de complémentaire santé, non recours aux soins).

Ces seniors ont été invités par les Carsat à bénéficier d'une offre de service ou d'une action collective de prévention adaptée à leurs besoins.

Par ailleurs, plus de 22% des territoires ont été identifiés

comme prioritaires, soit 776 territoires au niveau national sur lesquels ont été conduites des offres de services/actions collectives de prévention proactives et de proximité.

Les données territorialisées sont consultables au travers de systèmes d'information géographique (SIG) via des sites internet ouverts au grand public. A cet effet, deux SIG dynamiques⁴ ont été déployés au niveau national, le SIG Grand Nord et le SIG Grand Sud.

Ces SIG mettent à disposition des données territorialisées (démographiques, socio-économiques, de santé et d'accès aux droits, ...) sous des formes « cliquables » c'est-à-dire accessibles aisément par internet, rendant de fait les différents services internes et les partenaires acteurs de leur diagnostic afin de mettre en œuvre les analyses réalisées par les Observatoires.

Ces données territorialisées sont consultables⁵ à des niveaux géographiques différents (commune, EPCI, bassin de vie, canton, territoire de santé, département) et sont rafraîchies annuellement.

4 - Possibilité de création de cartes par les internautes

5 - www.observatoiredesfragilites.fr et www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr

> Des perspectives prometteuses

Les perspectives fixées à cette démarche d'observation des fragilités visent à élargir la démarche auprès d'autres partenaires du réseau et à approfondir les méthodes de repérage des fragilités.

• Un élargissement grâce à l'intégration à la démarche des caisses MSA et RSI

Ce partenariat entre régimes général, agricole et des indépendants trouve son origine dans une préoccupation commune de prévenir les difficultés des assurés le plus en amont possible. Même si certaines spécificités marquent indéniablement les caractéristiques des populations couvertes par les trois régimes, il n'en reste pas moins que les problématiques fondamentales de l'accès aux droits et aux soins, en particulier en maladie et de la prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement sont communes aux trois réseaux. Il convient en outre de souligner que le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement en cours de discussion à l'Assemblée nationale reprend la dimension interrégime en instituant le principe d'une convention pluriannuelle signée entre l'Etat et les trois régimes qui fixe les

objectif en matière de préservation de l'autonomie des personnes âgées.

L'enjeu de ce rapprochement est, en premier lieu, de pouvoir apporter une vision plus complète des territoires fragiles. Le régime général des salariés représente en effet une forte majorité de la population totale au plan national, ce qui peut être considéré comme une bonne représentation de la population française. Cependant, force est de constater que cette part diminue sensiblement dans de nombreux cantons ruraux. Il est donc d'ores et déjà prévu d'intégrer les données provenant des régimes MSA et RSI dans le Système d'Information Géographique tel que décrit plus haut.

Le rapprochement est aussi l'occasion de mutualiser les moyens et les expertises des trois régimes dans la réalisation de diagnostics territoriaux et le déploiement d'actions pour lesquelles des complémentarités doivent être identifiées. Vis-à-vis des partenaires externes (Etat, collectivités, secteur associatif,...), le fait que la Sécurité sociale intervienne de façon conjointe sur l'observation sociale et développe des actions en commun ne peut que renforcer la cohérence et la lisibilité de sa démarche.

- ÉLARGISSEMENT DE L'OBSERVATOIRE À L'INTERRÉGIME - Exemple du Languedoc-Roussillon

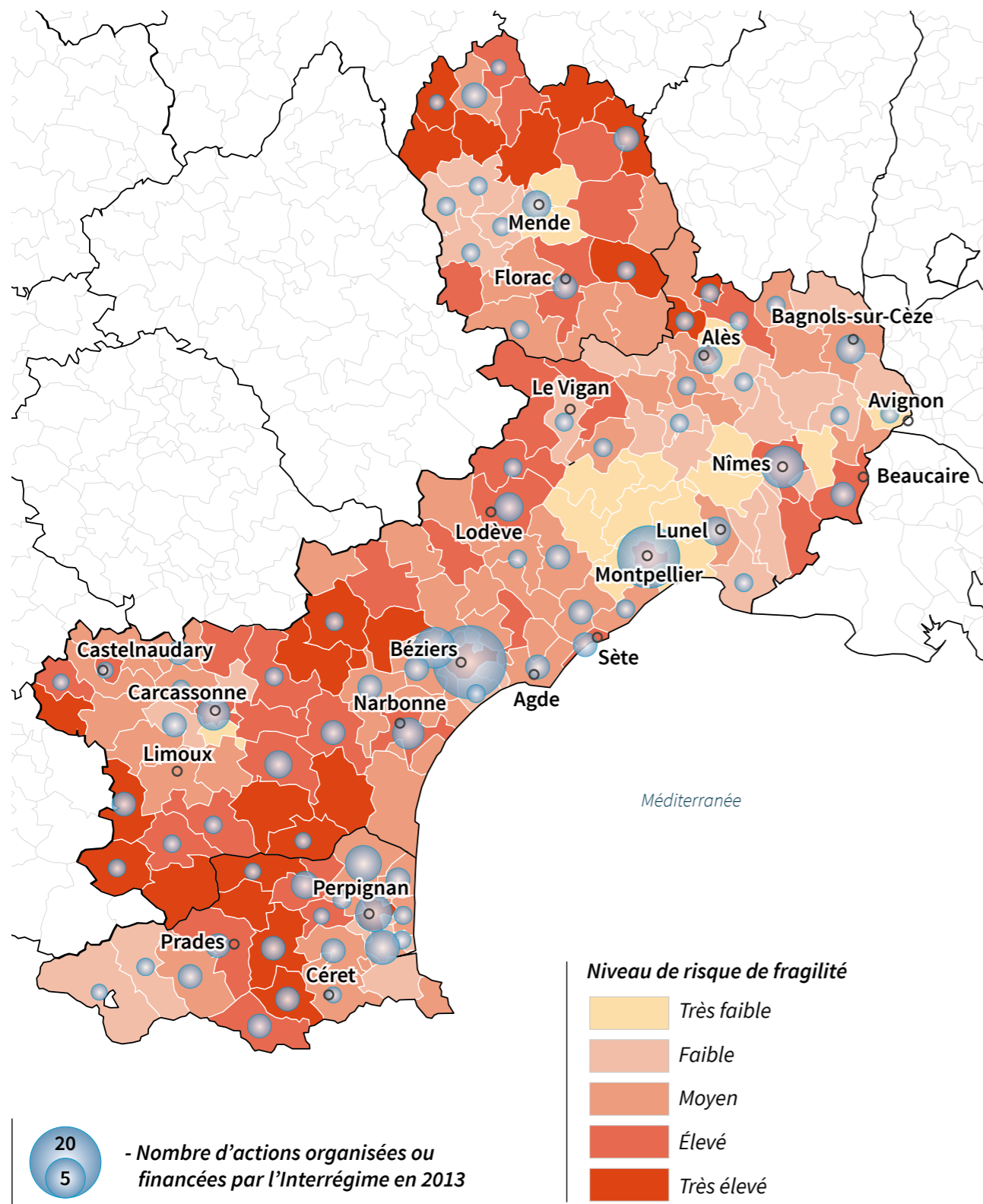
Trois facteurs de risque ont été retenus pour réaliser les diagnostics territoriaux de la fragilité sociale des jeunes seniors (55-79 ans) : l'âge, la situation de veuvage et l'exonération de la contribution sociale généralisée (CSG). Cet indicateur composite prend en compte le cumul de facteurs de risque individuels. Il est corrélé aux variables concernant les dimensions de la fragilité : faiblesse musculaire, nutrition déficiente, problèmes de santé physique et psychologique, précarité sociale et financière, mauvais support social, charges d'aidant, difficultés d'habitat. Il permet de déterminer un niveau moyen de fragilité par canton.

En Languedoc-Roussillon, une typologie a été établie à partir des données « retraite » de l'interrégime (MSA-RSI-Carsat). Les 170 cantons-ville de la région ont ainsi été regroupés en 5 classes selon l'écart de leur niveau moyen à la moyenne régionale. 62 cantons ont été identifiés comme étant à risque de fragilité « élevé » ou « très élevé ». Situés dans les zones rurales du piémont languedocien et les grandes villes, ils forment une dorsale regroupant plus d'un tiers des territoires et 44,8 % des retraités fragilisés de la région. Ces cantons présentent des facteurs de risque de fragilité plus marqués : en moyenne la part des retraités de 55 à 79 ans à risque y est de 41 % contre 34,9 % en région (soit 6,1 points de plus).

En Languedoc-Roussillon, 171 actions de prévention des risques liés au vieillissement ont été soutenues par l'interrégime en 2013.

Un appel à projets est lancé annuellement en région pour mettre en place des actions de prévention des risques liés au vieillissement, destinées aux publics les plus fragiles. Il est lancé par les caisses de retraite des principaux régimes (général, agricole, indépendants, agents des collectivités locales), les caisses de retraite complémentaire (Agirc-Arrco) et, à partir de 2014, l'Agence régionale de santé. Réparties sur 81 cantons, 98,8 % des 171 actions financées ou mises en œuvre par l'interrégime en 2013 ont été conduites sur des territoires définis comme prioritaires. Au total, ce sont 28 238 retraités repérés à risque de fragilité qui ont été invités par la Carsat-LR à participer à une action de prévention. L'évaluation a mis en évidence que plus d'un participant sur 3 est en situation de précarité sociale au regard du score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé), indicateur individuel qui comprend 11 questions relatives à la précarité financière, l'isolement social, l'absence d'activité physique et culturelle.





Source : Interrégime (MSA, RSI, Cnav) - bases de données des retraités de 55 à 79 ans

• La recherche d'un ciblage encore plus pertinent des personnes fragiles

Au-delà des réalisations déjà en cours dont témoigne cet atlas, il existe diverses autres pistes qui permettraient aux organismes d'accroître la pertinence et l'efficacité de leur repérage.

Le croisement des données détenues dans les différentes branches de la Sécurité sociale offre donc des perspectives très importantes pour cibler de manière encore plus précise des populations « fragiles ». Si les règles dont la Cnil se porte garante, se doivent bien entendu d'être respectées, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement précédemment cité, envisage dans son article 6 que « l'article L. 115-2-1 du Code de la Sécurité sociale prévoit, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, le recueil et les échanges d'informations entre les organismes de Sécurité sociale lorsqu'ils sont nécessaires à l'appréciation des droits de leurs ressortissants aux prestations et avantages sociaux qu'ils délivrent. Ces dispositions permettront aux caisses de retraite de croiser leurs données avec celles des caisses d'Assurance maladie pour repérer les retraités en risque de perte d'autonomie, qui constituent la cible prioritaire de leur action sociale ».

Dans la mesure où la fragilité des individus est rarement fondée sur une caractéristique unique mais dépend de multiples critères, l'idée de procéder à des croisements de données est potentiellement féconde. Compte tenu des problématiques auxquelles s'attache l'observatoire des situations de fragilité, le recoupement des données

issues des branches Maladie et Retraite est de nature à permettre un accroissement considérable de notre « acuité » institutionnelle. A titre d'exemple, on peut citer le croisement entre un critère de faible ressources (issues de la branche Retraite) et l'absence de recours au soins sur une certaine période (données issues de la branche Maladie) qui conduirait à proposer une offre d'accompagnement et d'orientation vers un bilan de santé ou tout autre démarche utile de prévention.

Il conviendrait aussi de mieux analyser les facteurs de fragilité (quelle que soit leur forme) afin que les populations ou territoires ciblés soient les plus pertinents. De même, les modalités d'accompagnement peuvent aussi faire l'objet d'une adaptation toujours plus grande au regard des populations ciblées.

Ces voies d'approfondissement ne font que souligner le potentiel d'intervention pour la Sécurité sociale qu'offrent ces dispositifs de ciblage préventif de personnes en risque de fragilité, dans un contexte de moyens contraints.

Cet approfondissement du ciblage des populations fragiles suppose l'implication et la coopération des organismes compétents Carsat (ou Cramif et CGSS), Cnam, MSA, RSI, Direction Régionale du Service Médical,...

Ces présentations faites, les parties qui suivent proposent des exemples d'actions menées par les organismes de Sécurité sociale pour les assurés fragilisés grâce au concours des Observatoires des situations de fragilité.



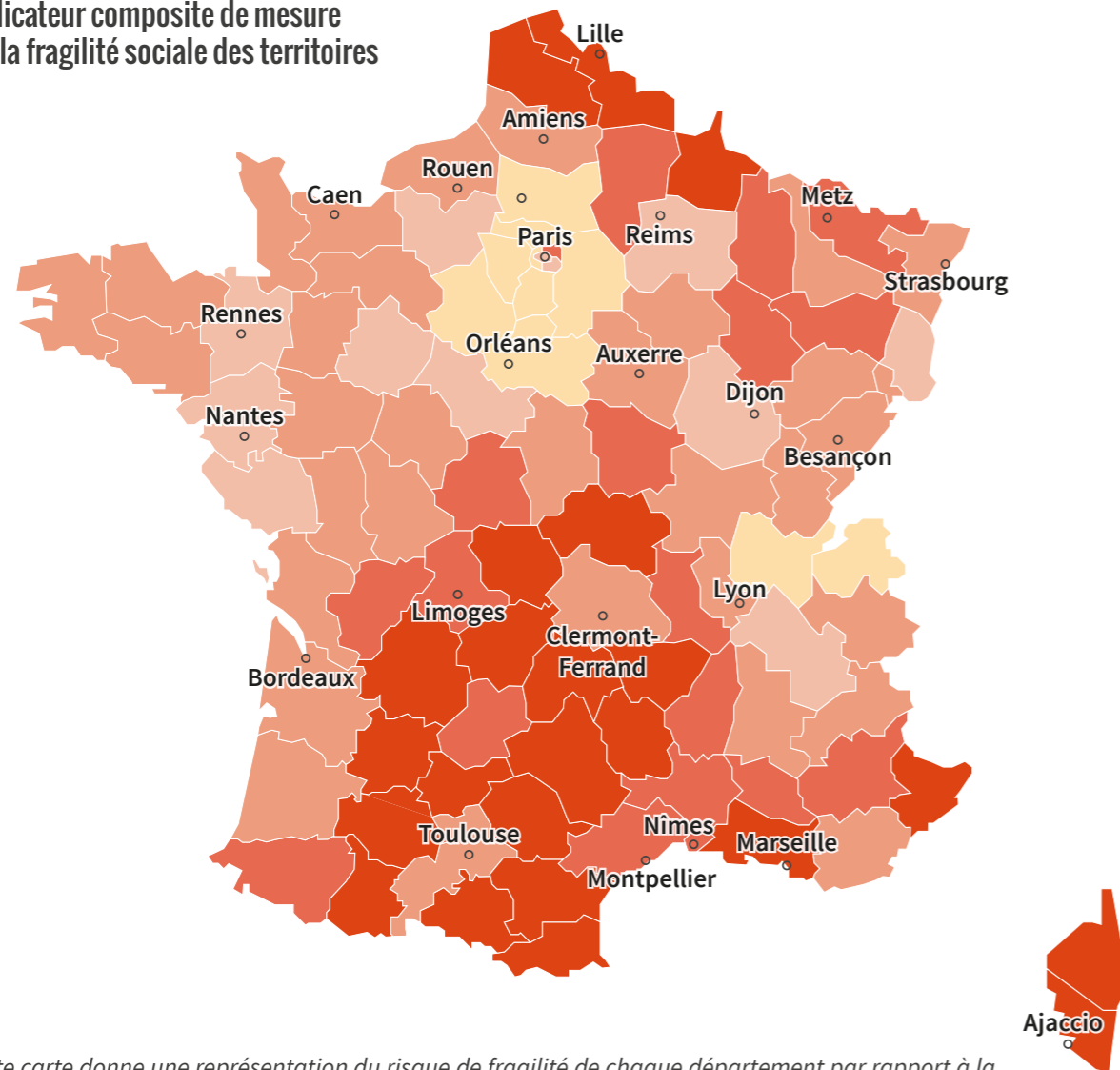
02 DES EXEMPLES DE MOBILISATION DES OBSERVATOIRES DES SITUATIONS DE FRAGILITÉ POUR PRÉVENIR LA FRAGILISATION DUE AUX RISQUES DU VIEILLISSEMENT

> La situation en France

Les deux cartes ci-après proposent, pour la première, une illustration de la fragilité au moyen d'un indicateur composite de mesure du risque de fragilité sociale des territoires⁶ et décrit, pour la seconde, la répartition sur le territoire des bénéficiaires des aides individuelles financées dans le cadre de la politique d'action sociale de la Cnav.

• Illustration cartographique à l'échelle nationale

Indicateur composite de mesure de la fragilité sociale des territoires

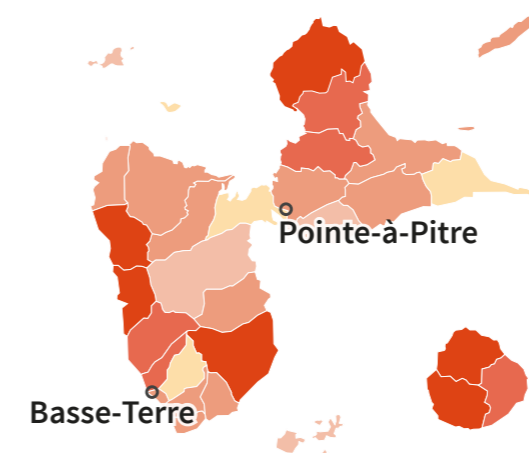


Cette carte donne une représentation du risque de fragilité de chaque département par rapport à la moyenne régionale. Les risques de fragilité sont appréciés essentiellement au regard des données d'isolement social et de précarité économique des personnes retraitées de 55 ans et plus (régime général).

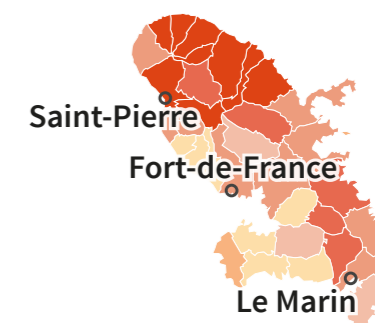
6 - A cet égard, afin d'identifier de manière harmonisée les territoires prioritaires d'intervention sur le champ de la prévention des risques du vieillissement, un indicateur synthétique partagé de mesure du risque de la fragilité sociale est en cours d'élaboration au niveau national. Il permettra de déployer une politique nationale de repérage de la fragilité homogène sur tout le territoire.

Concernant les départements d'outre-mer, des diagnostics par canton-ville ont été réalisés.

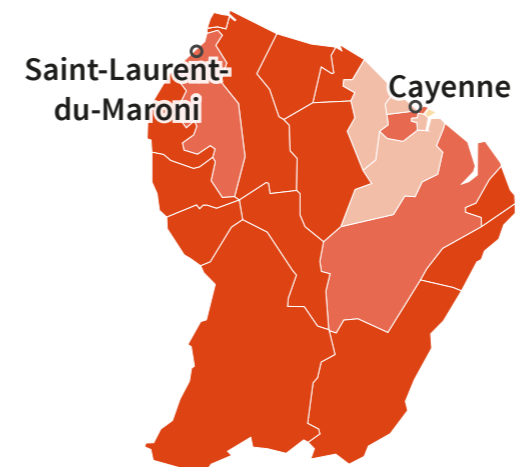
Guadeloupe



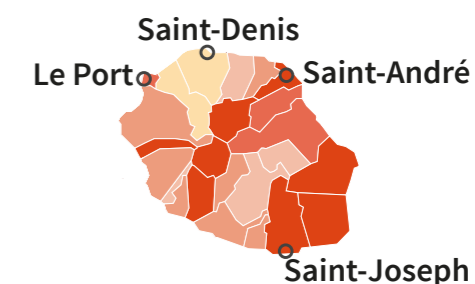
Martinique



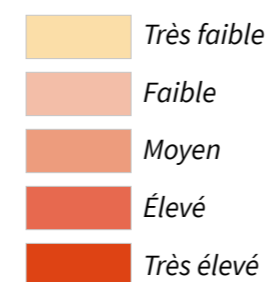
Guyane



La Réunion

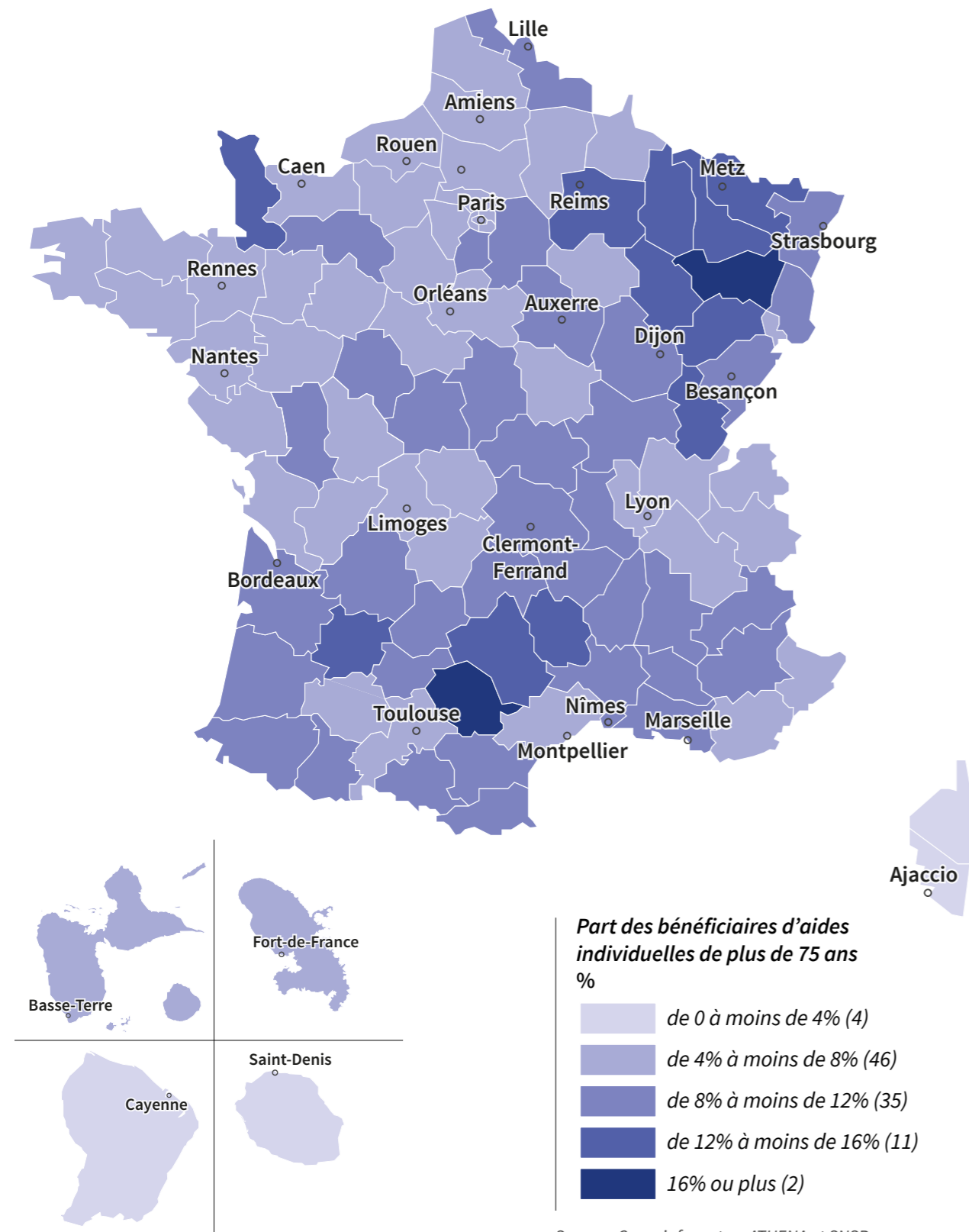


Niveau de risque de fragilité



Source : Cnav, infocentres, SNSP

Le pourcentage de recours aux aides individuelles



Source : Cnav, infocentres ATHENA et SNSP

• Analyse cartographique

► La carte de la fragilité sociale des territoires permet de visualiser une mesure de cette dernière, obtenue au moyen du calcul d'un indicateur composite.

L'objectif est d'identifier, sur le champ de la prévention sociale, des territoires prioritaires d'intervention en matière de prévention de risques de vieillissement des seniors à risque de fragilité.

L'indicateur prend en compte :

- dans la population des retraités de plus de 55 ans du régime général, l'âge des retraités ;
- l'existence ou non d'une pension de réversion, comme indication sur la situation de personne isolée ;
- l'exonération de la CSG, comme indication sur la fragilité économique.

La méthode consiste à déterminer un score moyen de fragilité de chaque département à partir de scorings individuels.

Les départements sont répertoriés en 5 classes selon l'écart de leur niveau moyen par rapport à la moyenne nationale.

Il est important de noter que, d'un point de vue sémantique, les départements apparaissant dans les classes 4 et 5 n'ont pas forcément un niveau de fragilité élevé, mais ce sont ceux qui s'éloignent le plus de la moyenne nationale.

Compte tenu de ces précisions méthodologiques, on observe sur la carte de la fragilité sociale des territoires les situations suivantes :

- un vaste territoire couvrant la partie centrale de la France (Limousin, Auvergne) et s'étalant vers le Sud-Ouest jusqu'à longer les Pyrénées, présente une fragilité le situant à un niveau prioritaire d'intervention, au regard de l'indicateur calculé ;
- le Nord de la France présente le même profil, de façon moins prononcée, la partie Sud-Est du territoire est à considérer également sous l'angle de la fragilité ;
- à l'opposé, un territoire circulaire assez étendu autour de Paris échappe à cette fragilité ainsi que le nord de la région Rhône-Alpes ;
- Cette répartition géographique des territoires prioritaires d'intervention est conforme aux analyses produites par les grands organismes d'observation et d'analyse socio-démo-économiques.

► La seconde illustration offre une vision plus institutionnelle de la fragilité puisqu'elle cartographie la population accompagnée dans le cadre de la politique d'action sociale destinée aux plus fragilisés des publics de l'action sociale des caisses de retraite du régime général.

Les aides individuelles de l'Assurance retraite, financées

dans ce cadre, sont constituées :

- d'aides temporaires retraite destinées à faire face à des événements déstabilisants : ASIR (Aide aux retraités en situation de rupture), ARDH (Aide de retour à domicile après hospitalisation) ;
- d'aides pour le financement de prises en charge pérennisées : les plans d'actions personnalisés (PAP) ;
- d'aides destinées à financer l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie : le kit prévention (consistant dans l'attribution de forfaits pour financer des aides techniques destinées à prévenir les effets du vieillissement) et de l'aide à l'habitat (plus conséquente financièrement, qui permet de réaliser des travaux d'amélioration du logement et/ou de répondre aux difficultés liées à la précarité énergétique) ;
- de secours exceptionnels, attribués parfois dans les situations d'urgence.

L'indicateur retenu pour caractériser la population des bénéficiaires de ces aides est le pourcentage de ceux-ci parmi la population des retraités du régime général de plus de 75 ans.

Ainsi rapportée à la population départementale des retraités du régime général âgée de 75 ans et plus - le cœur de cible de la politique de niveau 3 de la branche retraite - celle des bénéficiaires d'une aide individuelle représente 7% de la population considérée.

La carte de France des aides individuelles est marquée par une diagonale passant par Bordeaux et Metz. Au sud de cette diagonale, la proportion de bénéficiaires d'« aides individuelles » est globalement plus élevée qu'au Nord, à l'exception notable du département de la Manche.

L'Est de la France ainsi que des zones rurales au Sud du Massif Central sont particulièrement visibles sur la moitié Sud-Est de la carte. On observe également que des zones (où la population retraitée est relativement plus aisée) sont moins marquées : les Savoie, l'Isère, le Var, les Alpes Maritimes.

Des motifs économiques, politiques, opérationnels sont autant de facteurs d'explication à analyser pour comprendre cette carte : fragilité économique des retraités, politiques concertées avec les Conseils généraux en charge de l'Allocation personnalisée autonomie (APA) opérationnalité des acteurs de terrain en relation avec les Carsat, etc.

L'information offerte à travers ces deux cartes nationales ne doit pas faire perdre de vue que les observatoires des situations de fragilité ont une vocation non seulement descriptive mais également opérationnelle. C'est donc à l'échelle de territoires plus restreints que la cartographie des fragilités présente une réelle opportunité d'aide à la décision. Les fiches qui suivent viennent en témoignage.

• Les actions des organismes de Sécurité sociale dans le cadre des Observatoires des situations de fragilité

Pour aller au devant de leurs ressortissants les plus fragilisés, ou en situation de rupture et anticiper un accompagnement au meilleur moment possible, les caisses de retraite entendent mettre en œuvre un repérage précoce des retraités à risque de fragilité.

Pour ce faire, dans le cadre d'une approche globale santé/retraite, elles s'appuient sur leur connaissance des retraités et plus particulièrement sur les observatoires des situations de fragilités et travaillent à l'optimisation du rapprochement de leurs données. Ces initiatives permettent une démarche proactive à l'attention des retraités pour leur proposer des réponses globales couvrant les différents champs du bien-vieillir :

- la prévention relative aux comportements et modes de vie (alimentation, sommeil, mobilité et prévention des chutes, aide à la vie quotidienne...);
- la prévention destinée à lutter contre l'isolement, la solitude et la précarité;
- la prévention touchant à l'environnement de la personne, en particulier le logement;

Ces offres de prévention sont organisées par les caisses de retraite autour de trois niveaux d'intervention complémentaires :

- les informations et conseils pour bien vivre sa retraite et pour favoriser notamment l'égalité d'accès aux droits des retraités en difficulté et bénéficiaires de minima sociaux;

› Des exemples en région

Les Carsat mènent en région, en interrégime et en lien avec de nombreux partenaires implantés sur les territoires (Centres sociaux, ...), des actions en direction des publics fragilisés. Elles s'appuient, d'un point de vue opérationnel, sur les Observatoires des situations de fragilité.

Les dix exemples présentés ci-dessous montrent la diversité des actions, adaptées à la population ciblée, ainsi que leurs impacts.

- actions collectives de prévention, avec la mise en place de conférence et d'ateliers (mémoire, équilibre, nutrition, habitat et précarité énergétique...) qui ont pour objectif d'informer et de faire prendre conscience des comportements à adopter pour le bien-vieillir. Ces actions permettent aux caisses de retraite de faire connaître leur offre de service et d'orienter les personnes retraitées en fonctions de leurs besoins;
- actions collectives pour maintenir le lien social et éviter l'isolement des personnes repérées comme étant fragiles;

- sur les territoires identifiés comme prioritaires par les observatoires, les caisses de retraite entendent favoriser la lutte contre l'isolement et la participation sociale des retraités. D'où leur volonté commune de promouvoir et de favoriser l'émergence de programmes partenariaux d'actions, d'ateliers collectifs ou d'appels à projet de prévention pour bien-vieillir portant sur une grande variété de thématiques (activité physique adaptée, prévention des chutes, nutrition, stimulation cognitive...). Ces activités, en renvoyant aux déterminants de l'avancée en âge visent à transmettre aux retraités des comportements favorables à la préservation de leur autonomie;

- enfin, lorsque le retraité est identifié comme fragilisé à l'occasion d'un événement de rupture (comme le veuvage ou le retour à domicile après hospitalisation) ou qu'il rencontre des difficultés affectant sa capacité à se maintenir à domicile, les caisses de retraite peuvent proposer, à la suite d'une évaluation globale des besoins du retraité à son domicile, des aides individuelles (informations et conseils personnalisés, aides à la vie quotidienne, maintien du lien social...).

Sur l'ensemble de ces services, les caisses de retraite travaillent conjointement avec de nombreux partenaires (Agirc et Arrco, Inpes, Anah, ANCV...) pour organiser des réponses globales et coordonnées autour des besoins des personnes à risque de fragilité. Les fiches qui suivent viennent en témoigner.

- des actions ciblées et des offres de services dédiées, dans une logique de parcours attentionné, pour accompagner ponctuellement les assurés lors de la survenance d'une difficulté de nature à affecter leur autonomie: perte d'un proche, retraités immigrés vivant en foyer, passage à la retraite pour les personnes en situation de fragilité économique et sociale...

De par la connaissance fine de son public et grâce à ses nombreux partenariats, l'Assurance retraite utilise différentes stratégies de ciblage et d'approche de ces populations fragiles.

Ainsi, les actions de prévention se déroulent sur la quasi-totalité des territoires et elles ont permis de toucher plus de 53 000 personnes en 2013. Et plus de 550 actions ont été mises en place pour favoriser directement le lien social. Ainsi, le nombre de participants croissant témoigne de l'intérêt grandissant des retraités qui se disent très satisfaits de la qualité de ces actions.

- RÉGION AQUITAINE -

Programme régional de prévention en interrégime

Diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

En 2012, 194 ateliers de préventions (bien-vieillir, mémoire, chute et nutrition) ont été organisés sur 93 cantons en Aquitaine dont 43 ont été identifiés à posteriori comme étant à un niveau prioritaire d'intervention (carte 1) par rapport à leur indice de fragilité, soit un taux de couverture des cantons fragiles de près de 42% et un taux de couverture de l'ensemble de l'Aquitaine de près de 40%.

Le besoin d'intervention consistait donc à améliorer le maillage territorial des zones catégorisées comme fragiles par une offre généraliste de prévention auprès du public senior sur le bien-vieillir.

Les actions conduites

Dans le cadre d'une convention régionale de partenariat gérontologique, les trois caisses de retraite de base : Carsat, MSA, RSI, ont mis en place une action phare en faveur des seniors : un programme régional inter institutionnel de prévention, permettant aux participants de s'informer sur les clefs du bien-vieillir, de mieux gérer leur santé et de développer du lien social. Il s'adresse à des retraités non dépendants dans le cadre de la préservation de l'autonomie.

- Outre les caisses de base, d'autres partenaires tels que la Mutualité française, la CNRACL, l'ARS ont rejoint ce socle partenarial et des partenariats techniques ont également été développés avec la SNCF, l'Agirc Arrco et certaines Cnam ;
- Le programme régional de prévention interrégime est confié pour sa déclinaison locale aux 4 ASEPT (Association santé éducation prévention sur les territoires) qui couvrent l'intégralité de la région Aquitaine ;
- Les Asept veillent au maillage territorial des actions et à la mise en synergie du programme avec les acteurs gérontologiques locaux.

Ce programme propose des actions selon les trois niveaux suivants :

- information et prise de conscience par des conférences débat et des réunions de sensibilisation ;
- développement thématique et sensibilisation renforcée par les ateliers du bien-vieillir (7 séances et 7 thématiques abordées) ;
- modification des comportements par des ateliers Mémoire, Activité Physique adaptée, Nutrition (de 10 à 15 séances selon les ateliers).

• Nombre de participants / lieu

Dordogne : 103 actions, 1659 participants

Gironde : 150 actions, 2160 participants

Lot et Garonne : 68 actions, 907 participants

Landes : 28 actions, 519 participants

Pyénées atlantiques : 98 actions, 1576 participants

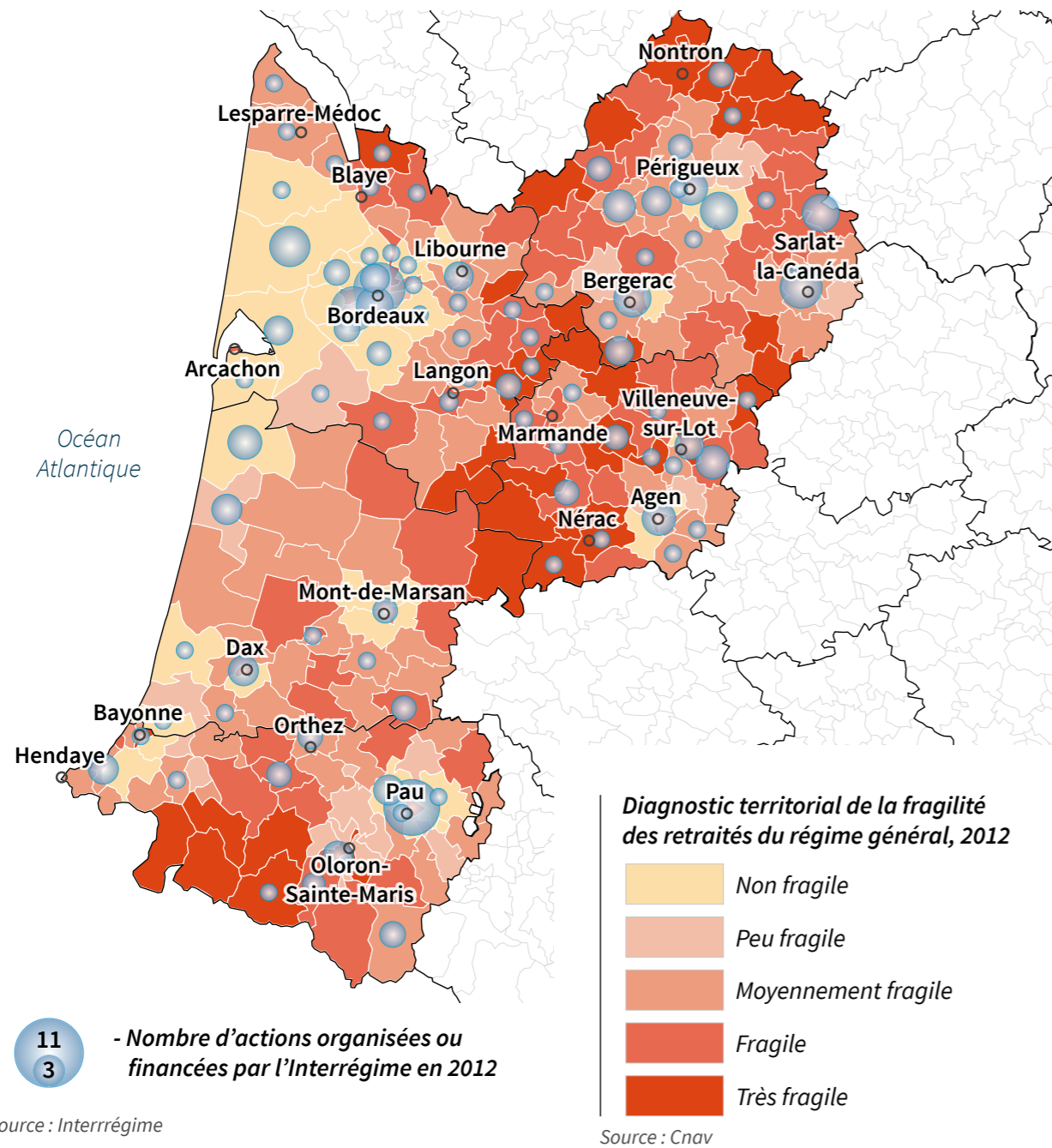
Total région en 2013 : 447 actions, 6821 participants

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

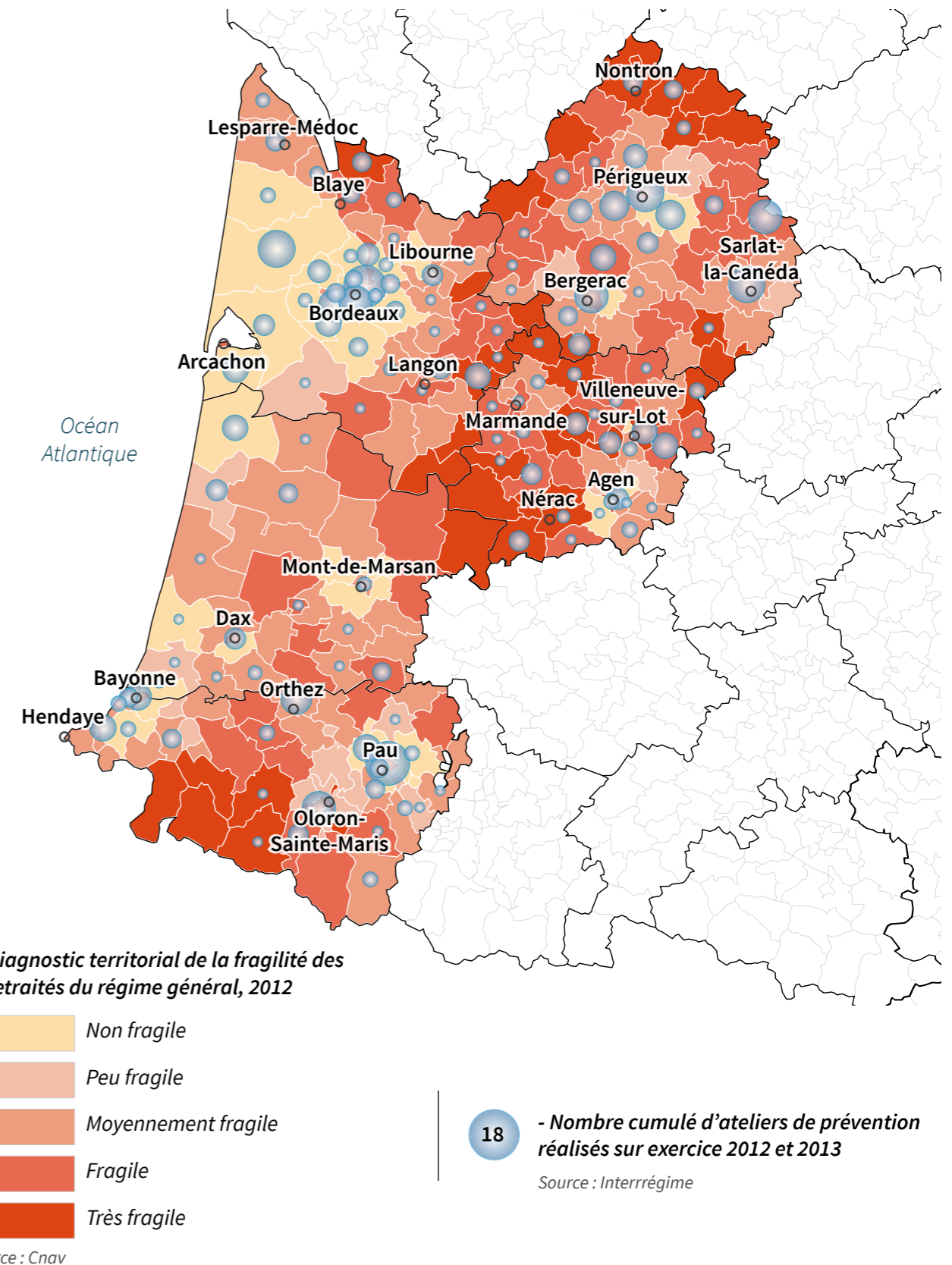
- Progression du comportement à court terme: Le dispositif d'évaluation du Prip mis en place depuis 2011 permet de constater que : alors que près de 90% des participants aux ateliers sont des nouveaux bénéficiaires, le profil de la population reste inchangé et on observe pour tous les ateliers un schéma quasi identique (niveaux de score et courbe d'évolution) de progression des comportements à court terme, suivi d'une stabilisation des acquis à moyen terme.

- **Progression du maillage des zones fragiles :** La carte des fragilités 2012 a été proposée aux Asept avec pour objectif, non pas d'organiser des actions de prévention uniquement sur les territoires identifiés comme fragiles mais d'étendre l'offre d'action sur des nouveaux territoires, priorité étant donnée aux territoires fragiles, de sorte que l'ensemble de la région Aquitaine soit couvert par au moins une action de prévention sur plusieurs exercices. En 2013, 247 ateliers de prévention (bien-vieillir, mémoire, chute et nutrition) ont été organisés sur 109 cantons dont 42 n'étaient pas couverts par un atelier de prévention en 2012 ce qui porte le taux de couverture du territoire de 40% en 2012 à près de 58% en cumulé sur les exercices 2012 et 2013. Concernant les territoires fragiles, on constate également que les objectifs d'amélioration du maillage territorial ont été atteints. En effet, en 2013, 48 cantons identifiés comme fragiles ont été couverts par une action de prévention. Parmi ces cantons, 19 n'étaient pas couverts en 2012, ce qui porte le taux de couverture des territoires fragiles de 42% en 2012 à 58% en 2013.

CARTE 1 - Diagnostic régional de fragilité et nombre d'ateliers de prévention (hors réunions de sensibilisation) réalisés en 2012



CARTE 2 - Diagnostic régional de fragilité et nombre d'ateliers de prévention (hors réunions de sensibilisation) réalisés sur les exercices cumulés 2012 et 2013



- RÉGION BOURGOGNE ET FRANCHE-COMTÉ -

Chartes territoriales

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

Un regroupement des cantons en classes présentant des profils analogues permet de mettre en évidence des cantons comportant plusieurs indicateurs de fragilité (faible revenu des habitants, faible densité, peu d'équipements, forte proportion de personnes âgées vivant seules, ...). Ces cantons dits « fragiles » font l'objet d'une attention particulière de la Carsat.

Après analyse des potentialités de chacun des territoires fragiles (structuration des acteurs, ...) il a été retenu deux territoires sur lesquels une action de développement social local serait mise en œuvre.

Les actions conduites

L'objet de ces actions de DSL est de lutter contre l'isolement et développer les solidarités et les services pour les retraités sur les territoires ruraux les plus isolés en complémentarité de l'existant et avec les acteurs locaux. Cinq champs d'actions concernés: le soutien au lien social et aux solidarités de proximité, la valorisation des engagements et de l'expérience des aînés, la prévention du vieillissement, le développement ou le maintien d'une offre de services ou de structures de proximité et le développement d'une offre de santé de proximité.

Pour cette action une démarche de développement social local est entreprise comprenant : un diagnostic partagé et la définition d'un plan d'action (actions concrètes et mesurables d'animation et de solidarité et études de faisabilité concernant la création ou le développement de services et structures). Cette action est portée en interrégime (Carsat+MSA) sur les deux territoires.

Des instances locales ont été créées pour élaborer et animer cette démarche : un comité de pilotage dédié qui agit en lien avec des commissions/groupes de travail.

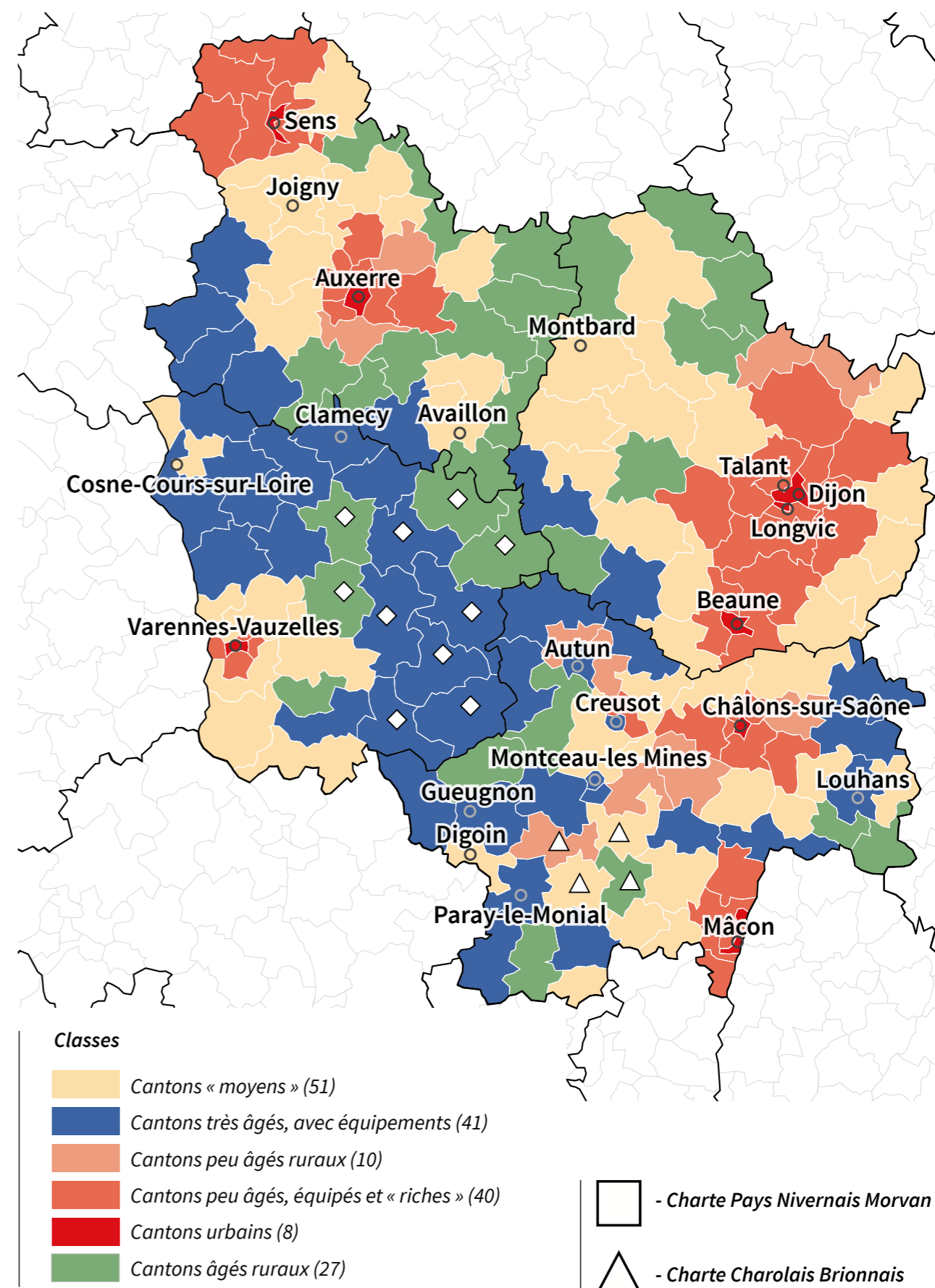
L'action a été mise en place grâce à divers partenariats :

- des décideurs et élus : (conseillers généraux, élus locaux) ;
- des partenaires locaux : (centres sociaux, sites d'action médico-sociale du Conseil Général, associations locales, SSIAD, réseaux de bénévoles...) ;
- des représentants des habitants et des aînés eux-mêmes ;
- d'autres partenaires et structures intéressés.

Deux territoires fragiles ont été retenus : Pays Nivernais Morvan et Charolais-Brionnais

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

L'action est en cours, et sera évaluée à la fin de la démarche. A ce stade, il est permis de constater la réelle « fragilité » de ces territoires mais aussi la grande capacité des habitants à avancer ensemble pour un projet commun pour leurs aînés.



- RÉGION ÎLE-DE-FRANCE -

Mise en œuvre des parcours attentionnés en foyers de travailleurs migrants et résidences sociales

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

Le repérage des territoires s'est effectué sur la base de trois types de cartographies élaborées en concertation avec les gestionnaires des foyers de travailleurs migrants (FTM) et résidences sociales (RS) : ADOMA, ADEF et COALLIA. Ces cartographies recensent les 284 FTM et RS en Ile-de-France, les établissements selon l'âge des résidents (55 ans et moins / 55 ans et plus) et mettent en évidence les établissements dont la part des personnes âgées de plus de 55 ans est supérieure ou égale à 50 % de la population accueillie.

En complément de ces données cartographiques, un diagnostic partagé régional associant la Cnav en IDF, la CRAMIF, l'ARS IDF, les Cnam, la MSA et les gestionnaires de FTM et RS a permis le repérage de cette population âgée et en situation d'isolement, ainsi que le recensement des établissements bénéficiant d'interventions de médiation et des actions mises en œuvre par les organismes membres du groupe PAPA.

Les cartographies réalisées, ainsi que le diagnostic partagé régional ont favorisé le repérage des besoins des résidents âgés par territoire (au regard de la proportion de la population âgée et des problématiques recensées) et la mise en exergue de territoires peu ou non couverts par des offres de prévention ou d'accompagnement (ateliers concernant la nutrition, la mémoire, parcours prévention santé, etc.). Une analyse des besoins d'intervention a été réalisée sur les axes suivants : accès aux soins et aux droits / prévention et bien-vieillir / maintien à domicile afin de proposer une offre de service spécifique sous la forme de parcours attentionnés.




Les actions conduites

La mise en œuvre d'interventions auprès des résidents en FTM ou RS s'intègre dans un plan d'actions concerté. Celui-ci s'appuie sur une instance de gouvernance régionale qui détermine, à partir d'une analyse des besoins dans les territoires, les établissements (FTM/Résidences sociales) prioritaires et élabore une programmation annuelle des actions. Cette démarche de programmation vise à renforcer la coordination des interventions (réunions d'informations, ateliers collectifs de prévention, actions d'accompagnements, etc.) des organismes membres du groupe PAPA (Cnav en IDF, service social Cramif, PRIF, ARS, Cnam) et à mobiliser ces acteurs sur les établissements où sont recensés des besoins spécifiques. Un projet de coordination locale conforme au référentiel national a ainsi été défini. Il vise l'élaboration de parcours attentionnés articulant les offres de service de l'Assurance maladie et de l'Assurance retraite. La mise en œuvre des projets de coordination locale a débuté par différentes expérimentations. Dans un FTM de Gennevilliers, un projet d'aide à domicile mutualisée a été déployé à destination de 10 résidents âgés. Dans le sud des Yvelines (Trappes, Elancourt et La Verrière), un café santé a été mis en place dans trois établissements, en direction des résidents âgés. En Seine-Saint-Denis, dans un foyer d'Épinay sur Seine, des parcours nutrition-santé ont été proposés en 2013. Ces expérimentations vont s'étendre à 20 établissements environ en 2015 sur les départements de Paris, Yvelines, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Essonne.

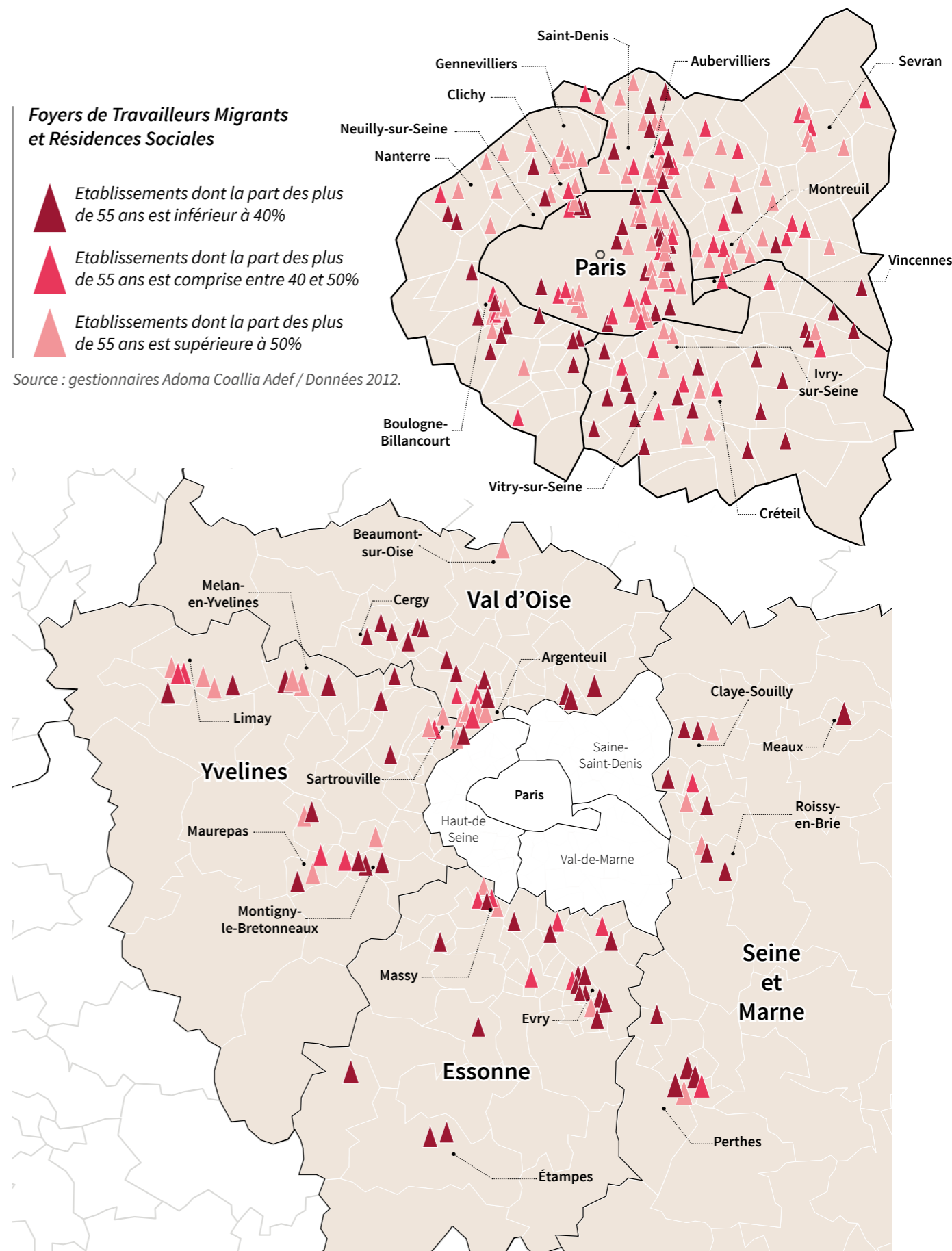
L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

La mise à disposition de données fiables et objectives sur les FTM et RS, et sur le profil socio-économique des territoires a constitué le socle d'un diagnostic partagé. L'observatoire, en tant qu'outil d'aide à la décision, permet ainsi de définir un projet de programmation annuelle régionale, de faciliter la coordination des interventions et de légitimer les actions réalisées par la Cnav en IDF, la Cramif et leurs partenaires. Il s'agit, à terme de modéliser et labelliser un parcours attentionné dédié aux migrants âgés résidant en FTM ou RS, par l'engagement de tous les partenaires associés au projet.

Foyers de Travailleurs Migrants et Résidences Sociales

-  Etablissements dont la part des plus de 55 ans est inférieure à 40%
-  Etablissements dont la part des plus de 55 ans est comprise entre 40 et 50%
-  Etablissements dont la part des plus de 55 ans est supérieure à 50%

Source : gestionnaires Adoma Coallia Adef / Données 2012.



- RÉGION MIDI-PYRÉNÉES -
Bien- vieillir chez soi - prévention globale
en faveur des plus fragiles

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

L'Ariège est le deuxième département le plus pauvre de France. Le canton de Lavelanet se situe en lisière de région, sur « l'arc pyrénéen », ce qui lui confère un caractère d'isolement géographique et de ruralité. Il s'agit d'une zone de tradition de petites industries lainières ayant subi de plein fouet les conséquences économiques liées à aux transformations successives de l'industrie française. De nombreux établissements industriels ou artisanaux ont successivement fermé leurs portes sans que le tissu économique ne soit parvenu à se redynamiser.

Le diagnostic territorial du canton de Lavelanet révèle un territoire à risque fort de fragilité. Ce territoire est concerné par un contrat local de santé.

L'analyse des données retraite fait apparaître :

- une part importante des retraités du régime général exonérés de la CSG (36.3%) ;
- de nombreux retraités bénéficiaires d'une pension de réversion (22.42%) ;
- des retraités bénéficiaires d'une pension ex-invalidé ou d'une pension d'invalidité ;
- une part importante de séniors du régime général en ALD (41,4%) ;
- une part importante des retraités du régime général fragilisés (46.87%).

Les actions conduites

Une association locale « Age d'Olmes bien-vieillir chez soi », nouvellement structurée a présenté une demande de subvention dans le cadre de l'appel à projet 2013 dans l'objectif de mettre en place d'un réseau de bénévoles veilleurs avec des jeunes du service civique.

S'appuyant sur cette opportunité de partenariat, la Carsat a proposé d'inclure à la convention signée un objectif de mobilisation des personnes isolées en vue de conduire 2 ateliers de prévention en faveur des retraités isolés de ce secteur.

La municipalité a soutenu le projet en mettant des locaux à disposition de l'association.

L'atelier « équilibre » s'est déroulé en 10 séances de travail effectives avec un total de 14 personnes inscrites.

L'atelier « mémoire » a eu lieu dans les mêmes locaux. Les séances ont eu pour objectifs : la stimulation et l'entretien de la mémoire, la réalisation d'exercices de mémoire auditive et visuelle, de raisonnement.

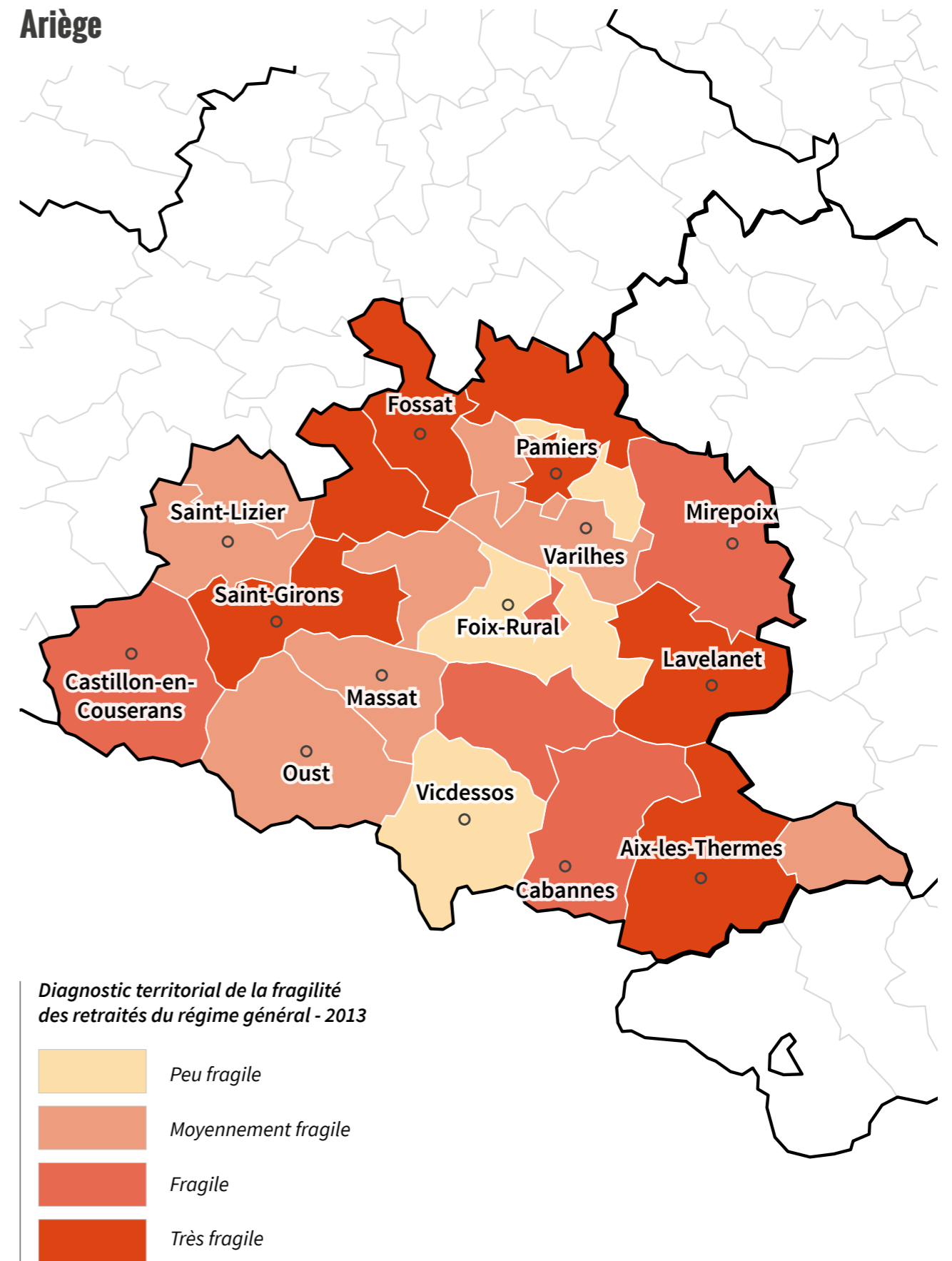
L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

Toutes les personnes présentes ont apprécié le travail réalisé en atelier équilibre et ont souhaité le prolonger par des séances de gymnastique volontaire qui perdurent.

Ces opportunités de regroupement ont eu un effet favorable sur les conditions d'isolement vécues par les personnes âgées. La dynamique partenariale est lancée, et des liens ont pu être créés avec le service social et l'agence retraite.

Ce type d'actions financées dans le cadre d'appel à projets a pu être transposé sur d'autres territoires repérés comme fragiles en Midi-Pyrénées. L'observatoire des situations de fragilité nous a permis de cibler les zones sur lesquelles nous voulions financer ce type d'actions dans la région : le CCAS de Lourdes, l'association Génération Solidaire dans un quartier de Toulouse, l'association Envisage à Rouffiac Tolosan... Nous avons ainsi pu développer des actions collectives de prévention pour des publics fragilisés qui n'auraient pu bénéficier de cette offre de service sans un ciblage par l'observatoire.

Ariège



Diagnostic territorial de la fragilité des retraités du régime général - 2013

	Peu fragile
	Moyennement fragile
	Fragile
	Très fragile

Source : Carsat.

- RÉGION NORD-EST -

Offre de service destinée aux retraités suite à la perte d'un proche « Etre seul et prendre soin de soi »

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

L'analyse ayant permis la mise en place d'une offre de service « perte d'un proche » se base sur deux sources distinctes. Il s'agit du pourcentage de PAP (plan d'action personnalisé) « urgent » d'ASIR (aide aux situations de rupture) au regard de la totalité des PAP attribués, ainsi que le pourcentage de bénéficiaires d'une pension de réversion au regard du nombre total de retraités du régime général. Nous avons également utilisé le tableau de suivi ASIR pour le motif « perte d'un proche ». Afin d'affiner l'offre de services perte d'un proche en lien avec les besoins des bénéficiaires, une requête informatique sur les bénéficiaires d'une pension de réversion de plus de 6 mois et moins de 18 mois a été réalisée.

L'objectif de cette action est de permettre aux personnes ciblées de disposer d'informations, de connaissances et de compétences pour faire valoir leurs droits santé et retraite, contribuer au développement des conditions nécessaires à la santé et maintenir ou retrouver du lien social. Le public cible de cette action, mobilisé par invitations personnalisées, est : les bénéficiaires ASIR pour le motif « perte d'un proche », les bénéficiaires d'une pension de réversion du régime général de plus de 6 mois et moins de 18 mois.

Les actions conduites

L'objectif de cette action était de proposer une offre de services aux bénéficiaires d'une pension de réversion de plus de 6 mois et moins de 18 mois, ainsi qu'aux bénéficiaires ASIR au motif de la perte d'un proche. Cela a pour but de faciliter l'accès aux droits et aux soins, de viser l'appropriation des conseils en matière de prévention et d'amélioration de l'habitat, faciliter l'accès aux structures participant au maintien du lien social ainsi que de proposer un accompagnement individuel pour préserver l'autonomie des personnes.

3 actions ont été mises en place sous forme d'ateliers, composés de 3 séances minimum, sur les thématiques d'accès aux droits, accès à la santé, sensibilisation à la prévention et au bien-vieillir, information sur l'habitat, conférence thématique ou théâtre forum. Les partenaires impliqués dans l'action et la mobilisation du public sont les suivants : les CCAS (centre communal d'action sociale, les Clic (centre local d'information et de coordination gérontologique), les centres sociaux, la MSA (Mutuelle Sociale Agricole), les caisses de retraite complémentaire Agirc-Arrco, les conseils généraux, la Favac (face au veuvage Ensemble Continuons), Cpam, Siel Bleu, centre d'examen de santé, les partenaires de l'amélioration de l'habitat. Ces actions ont impliqué les services sociaux de la Carsat, l'action sociale, ainsi que le réseau retraite pour le repérage des bénéficiaires ASIR et l'information accès aux droits retraite.

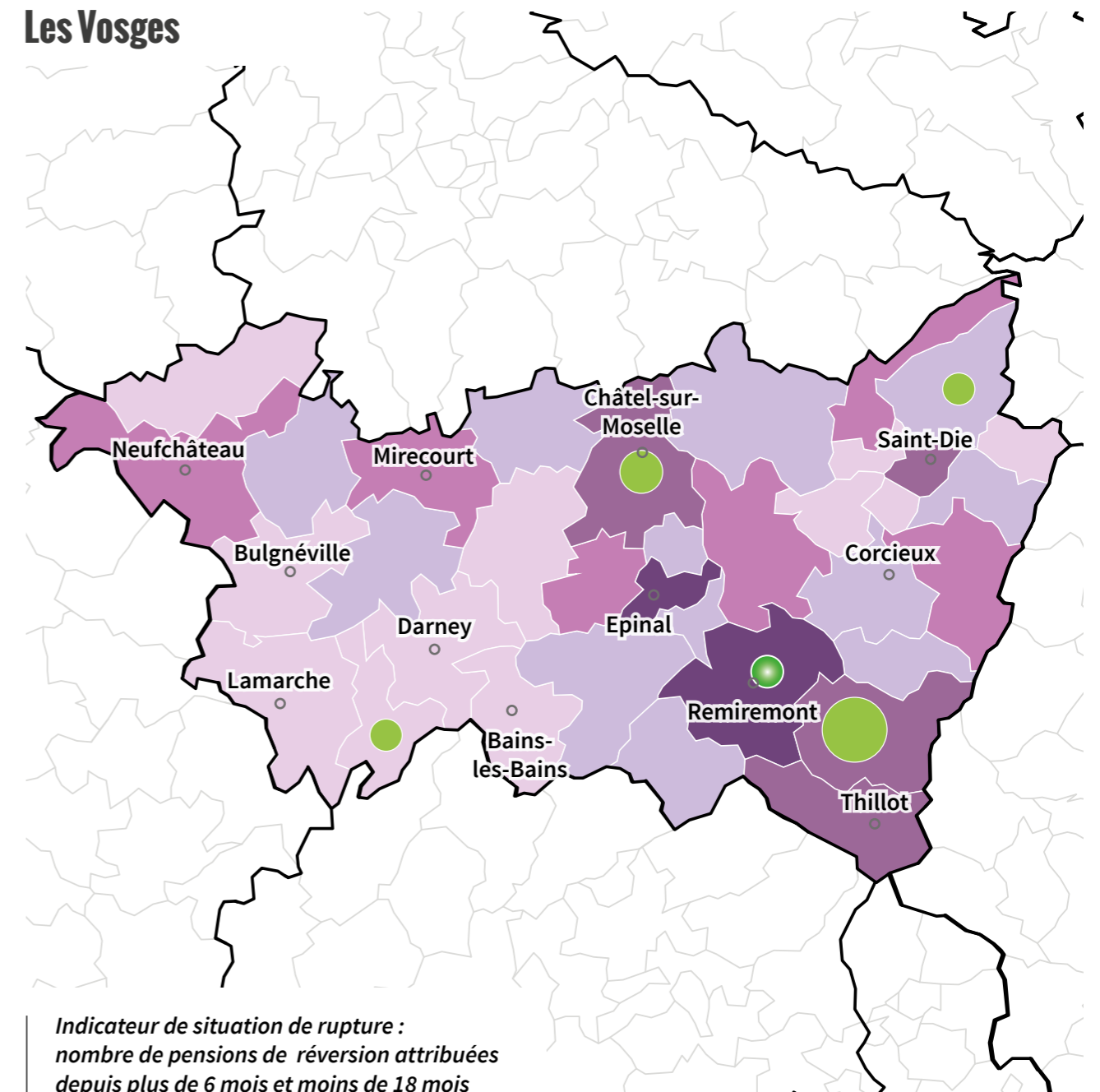
Nombre de participants / lieu

Remiremont : 53 bénéficiaires pour 85 participations
Charleville Mézières : 7 bénéficiaires pour 16 participations
Pagny sur Moselle : 41 bénéficiaires pour 78 participations

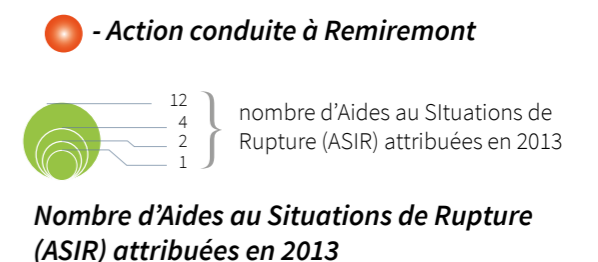
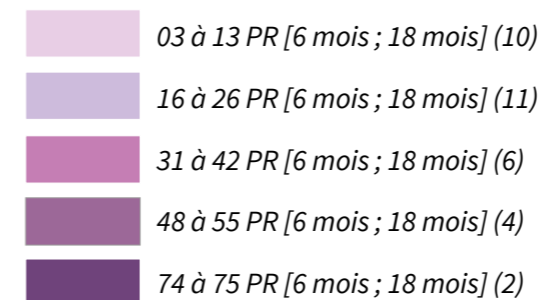
L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

Evaluations réalisées auprès des bénéficiaires et des partenaires associés traduisant un fort taux de satisfaction. Un atelier nutrition a été mis en place et financé par la Carsat suite à l'action de Remiremont. Impact très positif suite aux débats après la pièce de théâtre. Promotion des actions collectives de prévention et financements via l'appel à projets pour 2014 pour les centres sociaux. Ces actions ont permis de développer et de renforcer les partenariats avec les conseils généraux, les centres sociaux et l'interrégime.

Les Vosges



Indicateur de situation de rupture :
nombre de pensions de réversion attribuées
depuis plus de 6 mois et moins de 18 mois



Source : Cnav, infocentre Retraite et infocentre Action sociale

- RÉGION NORD EST -
FORUM « HABITEZ BIEN, HABITEZ MALIN »
 Sainte Ménéhould (51)

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

L'analyse des cartographies a permis d'identifier le territoire comme fragile car il regroupe des critères comme l'isolement et la précarité (données sur bénéficiaires du régime général et exonéré CSG). Le diagnostic territorial est également partagé avec l'ARS (agence régionale de santé) de Champagne-Ardenne et la MSA (Mutuelle sociale Agricole) Marne-Ardenne-Meuse. Des problématiques de rupture du lien social en rapport avec l'isolement des personnes et d'habitat ont été également mises en évidence par les partenaires locaux que sont la ville et le Clic (centre local d'information et de coordination gérontologique).

Un travail partenarial a été engagé en concertation avec tous les partenaires concernés par la thématique. Cela a permis de recenser les besoins et d'identifier les demandes autour de la thématique de l'habitat, en termes de sécurité intérieure et extérieure, de logement inadapté à la perte d'autonomie, de précarité énergétique, d'accès aux droits et aux aides financières dédiées au logement. Il est alors convenu d'organiser avec le Comité Régional de Coordination Action Sociale AGIRC-ARRCO de Champagne-Ardenne et le CLIC du canton, une journée thématique autour de l'habitat, regroupant des stands d'information des partenaires, ainsi que des conférences ciblées sur les thèmes identifiés lors des réunions préparatoires répondant aux besoins et aux demandes.

Les actions conduites

L'objectif est de permettre aux personnes résidant sur le territoire ciblé d'accéder à l'information en termes de sécurisation du domicile, d'adaptation du logement, d'économies d'énergie, et de démarches administratives.

La journée rassemblant un nombre important de visiteurs, permet de favoriser le lien social et la rencontre avec les acteurs locaux.

L'action permet également de valoriser la dimension du logement par rapport à la notion de bien-vieillir ainsi qu'à l'importance de la vie sociale : « bien-vieillir chez vous, dans votre logement, votre quartier, votre commune ».

5 conférences thématiques ont été proposées en lien avec les problématiques identifiées: « je sécurise mon domicile », « j'aménage mon domicile », « de l'environnement à l'habitat », « habitez mieux, habitez économique » et « le logement dans tous ses droits ». Les visiteurs ont pu aller sur les stands des partenaires présents pour des réponses et des conseils plus personnalisés.

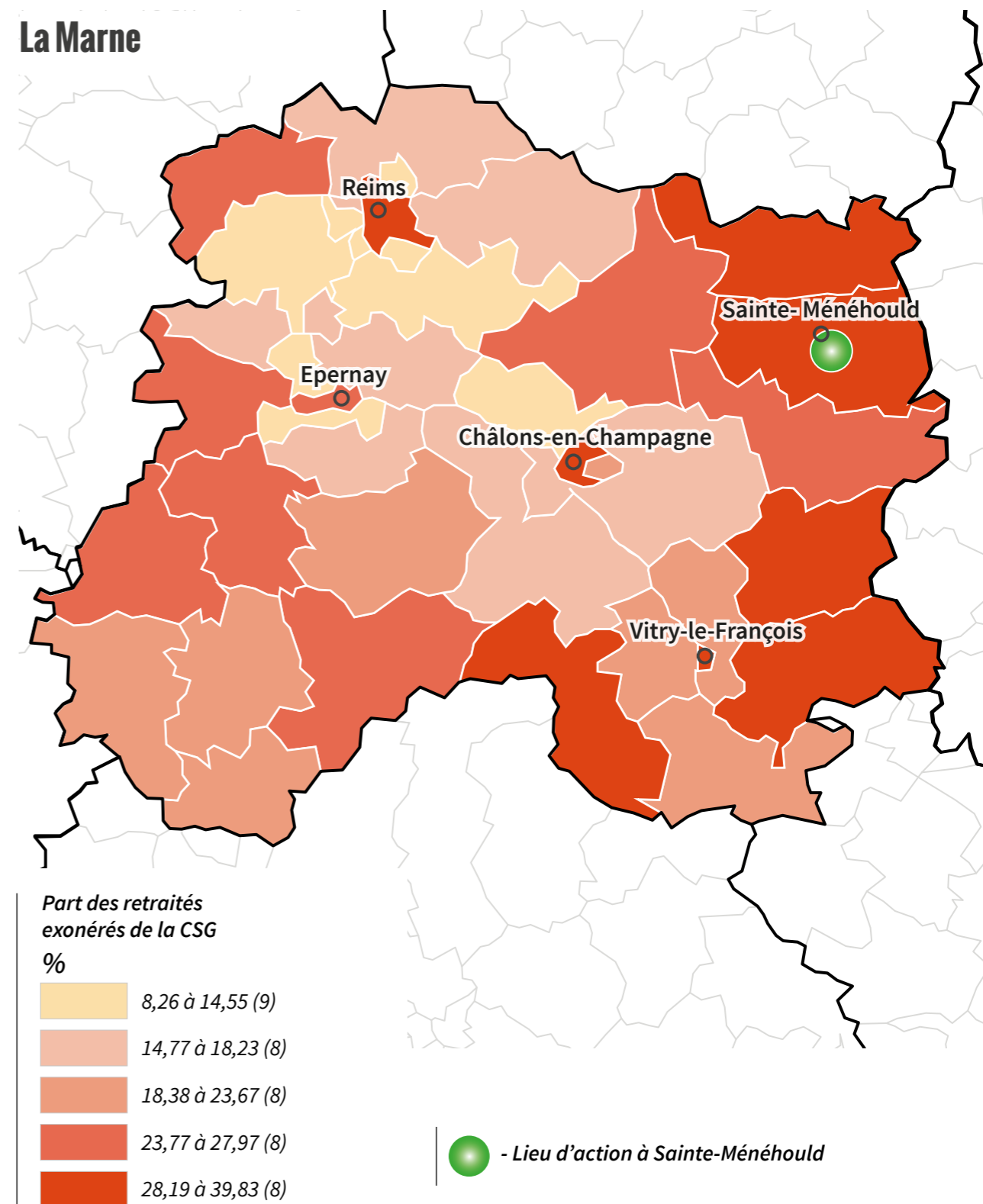
Les partenaires : les caisses de retraite complémentaires AGIRC-ARCCO / CLIC / CCAS / MSA / bailleur social Châlons Habitat / les structures sur l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie/ Conseil général 51 / logement-foyer « les jonquilles » / SIEL BLEU / Familles Rurales.

Invitation des bénéficiaires par courrier sur les requêtes de la Carsat, des caisses de retraite complémentaires AGIRC-ARRCO et de la MSA sur le canton, ainsi qu'une mobilisation par affichages et communication par le réseau local.

L'action a attiré 200 participants sur les stands et les conférences thématiques.

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

L'évaluation s'est faite par le biais d'un questionnaire et a permis de mesurer une grande satisfaction des visiteurs et des partenaires sur le contenu et la formule retenue. Les personnes sont plus intéressées par les conférences thématiques que par les stands d'information. La précarité énergétique est une thématique très prisée. Cette action partenariale est reconduite sur d'autres territoires identifiés comme fragiles sur les mêmes critères en 2015.



Source : Cnav, infocentre SNSP

- RÉGION NORD-PICARDIE -

Développement du partenariat avec les centres sociaux

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

La région Nord-Pas-de-Calais est confrontée à des enjeux sanitaires et sociaux plus prononcés qu'en moyenne nationale. Avec un taux de pauvreté de 19,7 %, le Nord-Pas-de-Calais compte ainsi parmi les trois régions métropolitaines où ce taux est le plus élevé.¹ La situation financière des seniors du Nord s'avère également plus difficile que pour la moyenne de France métropolitaine. En particulier pour les 60-74 ans, le taux de 12,8 % de ménages sous le seuil de pauvreté est parmi les plus élevés du pays. ² Concernant la variable de l'isolement, 72 % des personnes âgées dépendantes vivent à domicile, contre 61 % au niveau national. La part de personnes âgées vivant seule est par ailleurs relativement élevée, surtout après 80 ans. Il s'agit dans la majorité des cas de femmes qui restent à domicile après la mort de leur conjoint.

Compte tenu des taux de précarité et de pauvreté au sein même du département du Nord, et au regard du vieillissement de la population, la Carsat Nord-Picardie a souhaité mettre en place un partenariat afin de prévenir les effets du vieillissement. Les centres sociaux, par leur rôle d'animation globale du territoire se sont donc révélés être des structures incontournables pour lutter contre l'isolement, prévenir le vieillissement et repérer les situations de fragilités.

Les actions conduites

L'action a consisté à développer une démarche territoriale et partenariale avec la Fédération des centres sociaux du Nord et ses centres sociaux fédérés sur le territoire, pour la réalisation de diagnostics territoriaux, la création de réseaux locaux autour du vieillissement ainsi que la réalisation d'ateliers de prévention et de maintien du lien social.

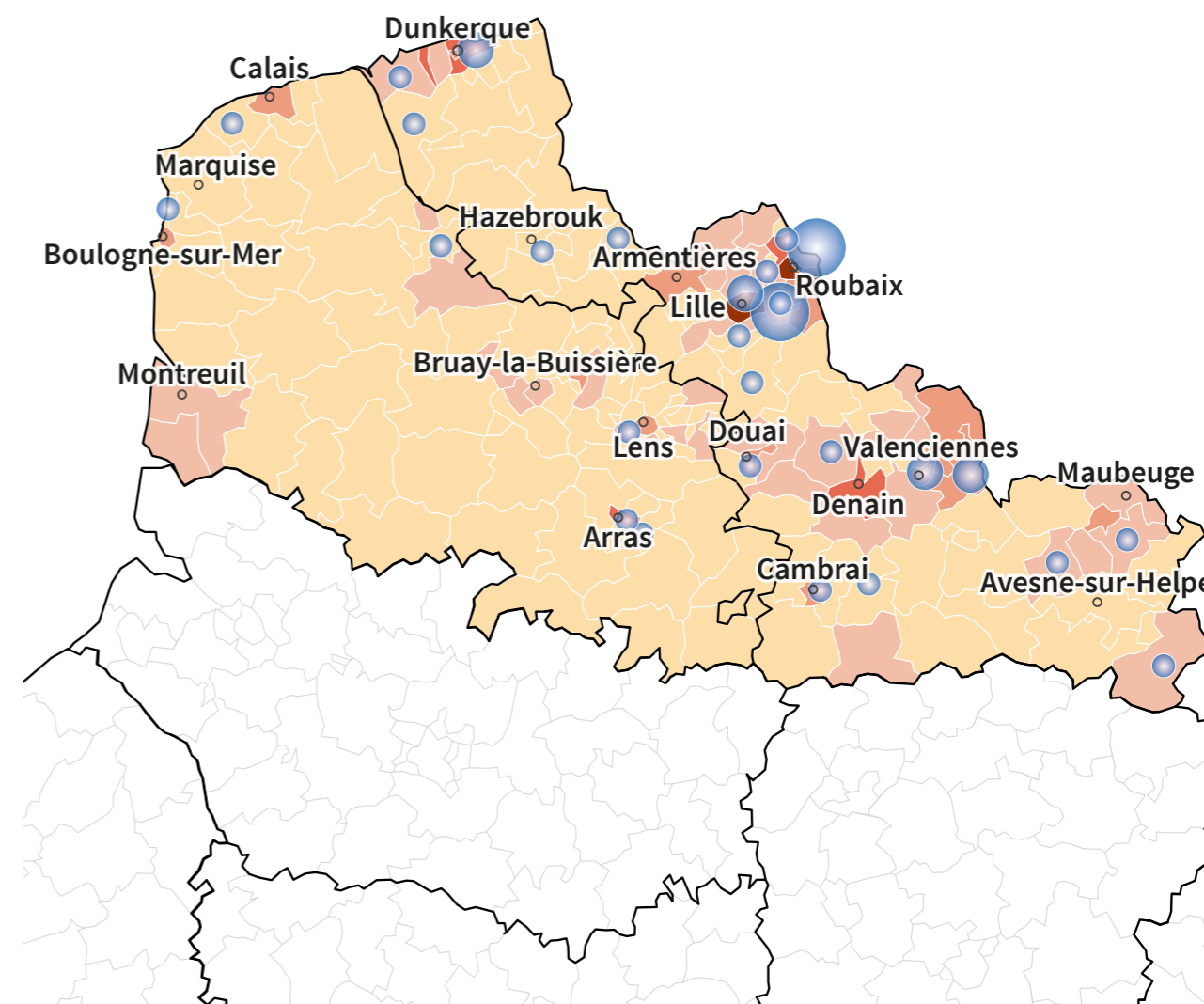
Les centres sociaux, accompagnés de la Fédération des Centres sociaux du Nord développent et réalisent des activités vieillissement en partenariat avec les associations et les structures gérontologique locales tels que les Clic, sur différentes thématiques :

- maintien du lien social (Sorties culturelles, Café seniors, visites de convivialité, etc) ;
- prévention (Nutrition, santé, activités physiques, prévention des chutes, mémoire, etc).

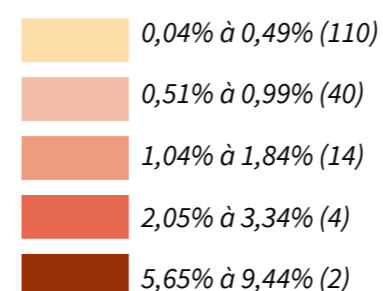
Les 27 centres sociaux du Nord ont touché 6677 personnes âgées en 2013 pour 281 activités réalisées.


L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

Ces actions ont montré leur pertinence et leur impact sur le développement et le maintien du lien social, l'intégration et l'implication des seniors dans la vie locale. Ainsi, il est constaté une augmentation du nombre d'adhérents des personnes retraitées et de leur participation aux activités des centres sociaux.



Fragilité du territoire



 - Nombre de Centres Sociaux

Source : Carsat, INSEE.

7 - Nord-Pas-de-Calais - La région et ses départements - INSEE Nord Pas de Calais, décembre 2013

8 - Fragilité sociale des personnes âgées du Nord: entre vieillissement, précarité et dépendance - Rapport d'étude - INSEE Nord Pas de Calais, février 2014

- RÉGION NORMANDIE -

Expérimentation de partenariat avec la Poste

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

En 2013, la Cnav a proposé à la Carsat Normandie d'expérimenter un partenariat avec la Poste pour faire connaître l'offre de services de l'action sociale retraite par le biais des facteurs.

Il nous était demandé de déterminer, en région, le territoire sur lequel devait avoir lieu l'expérimentation : région, département, commune...

Au regard des données de l'observatoire, nous avons décidé de mener cette expérimentation sur 2 cantons du département de la Manche apparaissant comme particulièrement fragilisés.

Pour déterminer les territoires fragiles nous avons raisonné à l'échelle du canton et créé un indicateur composite à partir des indicateurs composites pondérés des trois familles suivantes :

- indicateurs financiers ;
- indicateurs environnementaux (isolement géographique, absence de commerce) ;
- indicateurs d'offre de soins.

Puis nous avons rapproché cet indicateur de l'indicateur composite pondéré démographique (proportion de personnes âgées par tranches d'âge).

Cette méthode nous a permis de mettre en évidence 31 cantons normands regroupant une proportion de personnes âgées importante avec une fragilité financière, une situation d'isolement et une offre de soins restreinte.

Sur ces 31 cantons répartis sur les 5 départements normands, 10 se situent dans le département de la Manche. Les cantons de Villedieu les Poêles et la Haye du Puits ont été choisis parmi les cantons fragilisés de la Manche pour leur situation géographique (sud et nord du département) et pour leur absence d'actions collectives de prévention sur les 2 années précédentes.

Les actions conduites

Un courrier les informant de la visite du facteur et leur demandant leur acceptation a été envoyé à 1 176 retraités du régime général des 2 cantons, ayant entre 73 et 85 ans et ne résidant pas en EHPAD. Parmi ces 1 176 retraités, 369 ont accepté de recevoir le facteur qui était chargé de leur administrer un questionnaire pour connaître leurs besoins en matière d'aide au bien vieillir.

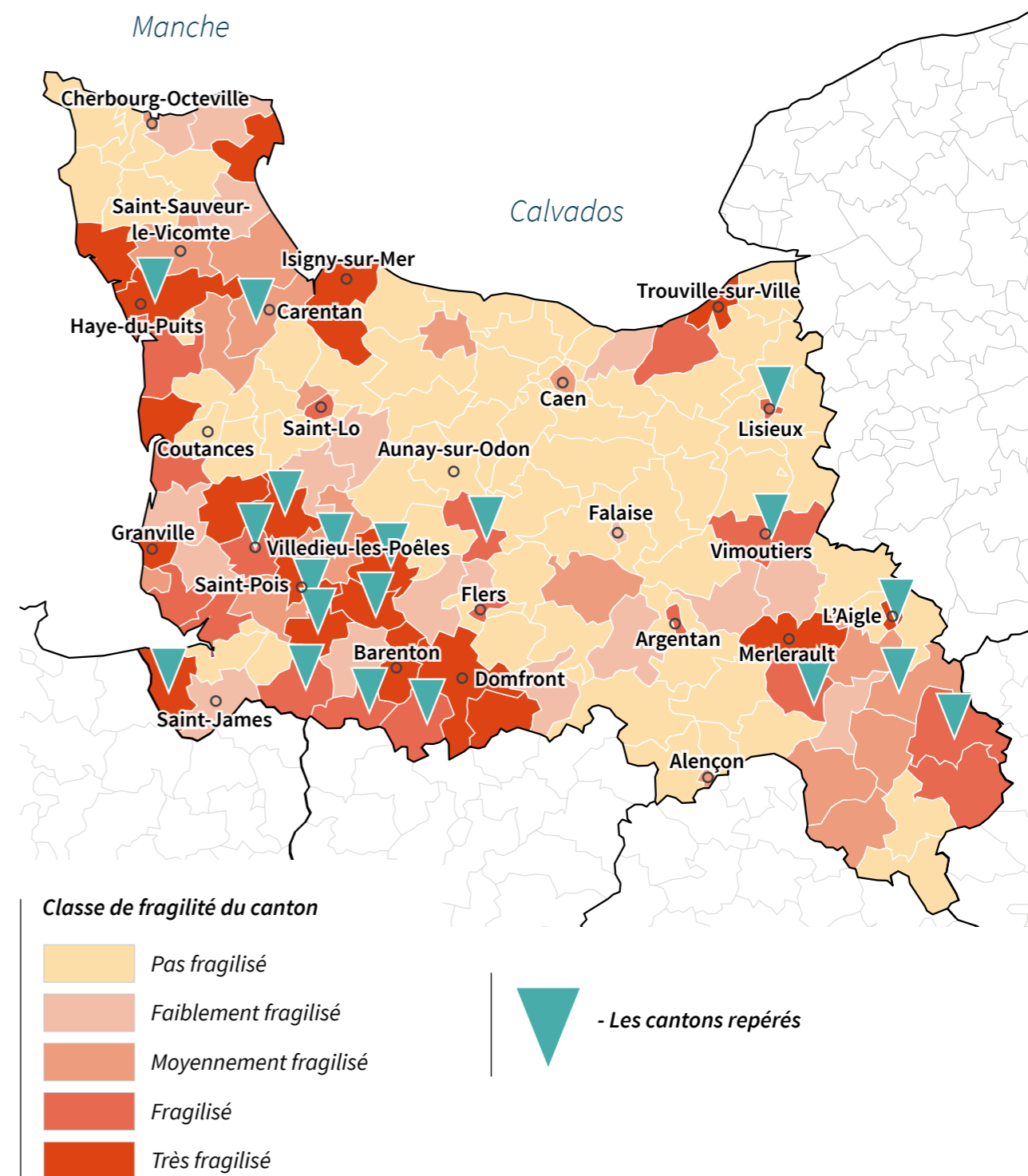
Nous avons ainsi pu, suite à cette enquête :

- orienter les personnes sans mutuelle vers le service social de la carsat ;
- orienter les personnes intéressées par un atelier équilibre ou mémoire vers des ateliers organisés à proximité (2 ateliers ont été mis en place pour répondre à la demande) ;
- envoyer de la documentation sur les PAP et un dossier de demande pour les personnes ayant souhaité une aide à domicile ou une prestation d'amélioration de l'habitat.

L'évaluation de l'impact, l'enseignement de ces actions

Le laps de temps entre la détermination du besoin et la mise en œuvre des actions doit être le plus court possible pour éviter que les personnes oublient ou ne changent d'avis (plus de la moitié des personnes qui s'étaient dites intéressées par une action l'ont refusée quand elle leur a été proposée)

- 1 - Création d'un indicateur composite cumulé élaboré à partir des 3 indicateurs composites (financier, environnemental et offre de soins)
- 2 - Comparaison entre cet indicateur et l'indicateur composite démographique
- 3 - Sur cette carte de l'indicateur composite démographique, situation des cantons détectés (▼) à partir, à la fois, de ces deux indicateurs.



Sources : INSEE, FINESS, SNSP

- RÉGION RHÔNE ALPES -

Mise en place d'un atelier « Equilibre en bougeant »

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

Les actions de prévention déclinées par la Carsat sont programmées prioritairement sur les territoires identifiés comme fragilisés au regard des indicateurs ciblés par l'Observatoire des situations de fragilité.

C'est ainsi qu'en 2013, sur 74 territoires (cantons) identifiés comme fragilisés en 2012, 61 ont été ciblés pour la réalisation de conférences et/ou ateliers thématiques de prévention à hauteur de 205 actions en 2013.

Le choix du secteur d'intervention est affiné sur plusieurs indicateurs comme la densité des plus de 60 ans, la situation familiale (vivant seul), le niveau de ressources (pension de réversion, ASPA, exonération de la CSG).

Le territoire de Vaulx-en-Velin (code Insee 69256) au sud de Lyon répond à 7 indicateurs sur 12.

En complémentarité de l'étude cartographique reposant sur des aspects populationnels, il a été conduit une étude sur la typologie des bénéficiaires potentiels prenant en compte des aspects relatifs au bien-vieillir. Pour ce faire, deux leviers ont été utilisés :

Cette approche s'est trouvée confortée par les analyses réalisées par le CCAS de la ville auprès duquel avaient été initialement partagées les données de la cartographie issue de l'observatoire des fragilités.

En effet, dans le cadre des conventions passées avec les UDCCAS, le principe de communiquer les données des territoires de fragilité se réalise annuellement permettant aux CCAS de compléter leurs propres études dans le cadre de leur Analyse des Besoins Sociaux.

Enfin, un autre croisement est effectué avec le classement des communes retenues par les pouvoirs publics dans le cadre plus spécifique de la politique de la ville.

C'est ainsi que la cartographie constitue un vrai levier pour construire une démarche territoriale concertée visant à mettre en commun l'ensemble des données disponibles afin de définir une stratégie d'offre de service partenariale.

Le CCAS de la ville et l'Association de retraités ont repéré des troubles de la marche et de l'équilibre chez un grand nombre de personnes présentant pour certaines des antécédents de chute associés à des états de solitude. Afin de prévenir le risque de récurrence, un programme de prévention des chutes a été conjointement défini.

Les actions conduites

Contenu :

Les participants ont bénéficié d'un bilan en prévention personnalisé et d'un accompagnement dans le cadre du programme ATOO La Dynamique Senior. Ce programme a pour objectif, à partir d'une auto-évaluation en 80 questions sur les 6 facteurs prédictifs du bien-vieillir, d'accompagner le participant dans un parcours personnalisé défini selon le niveau de risque de mal vieillir. A cet effet, sont proposées des offres différenciées tels que le coaching téléphonique en prévention ou l'entretien de visu. L'objectif est de définir les actions de prévention répondant le mieux aux besoins individuels et de les contractualiser dans le cadre du passeport prévention.

Partenariat avec le CCAS de la Ville et l'Association des retraités pour la constitution du groupe et la mise à disposition d'un lieu d'accueil.

Cet atelier a compté 14 participants représentant le nombre maximal par atelier pour en garantir la qualité de prestation et d'accompagnement des personnes et de gestion de groupe par l'intervenant. Les séances se sont déroulées au sein de l'espace associatif.

L'évaluation d'impact, l'enseignement de l'action

Les ateliers de prévention des chutes font l'objet d'une évaluation à froid, 4 mois après la fin de la session.

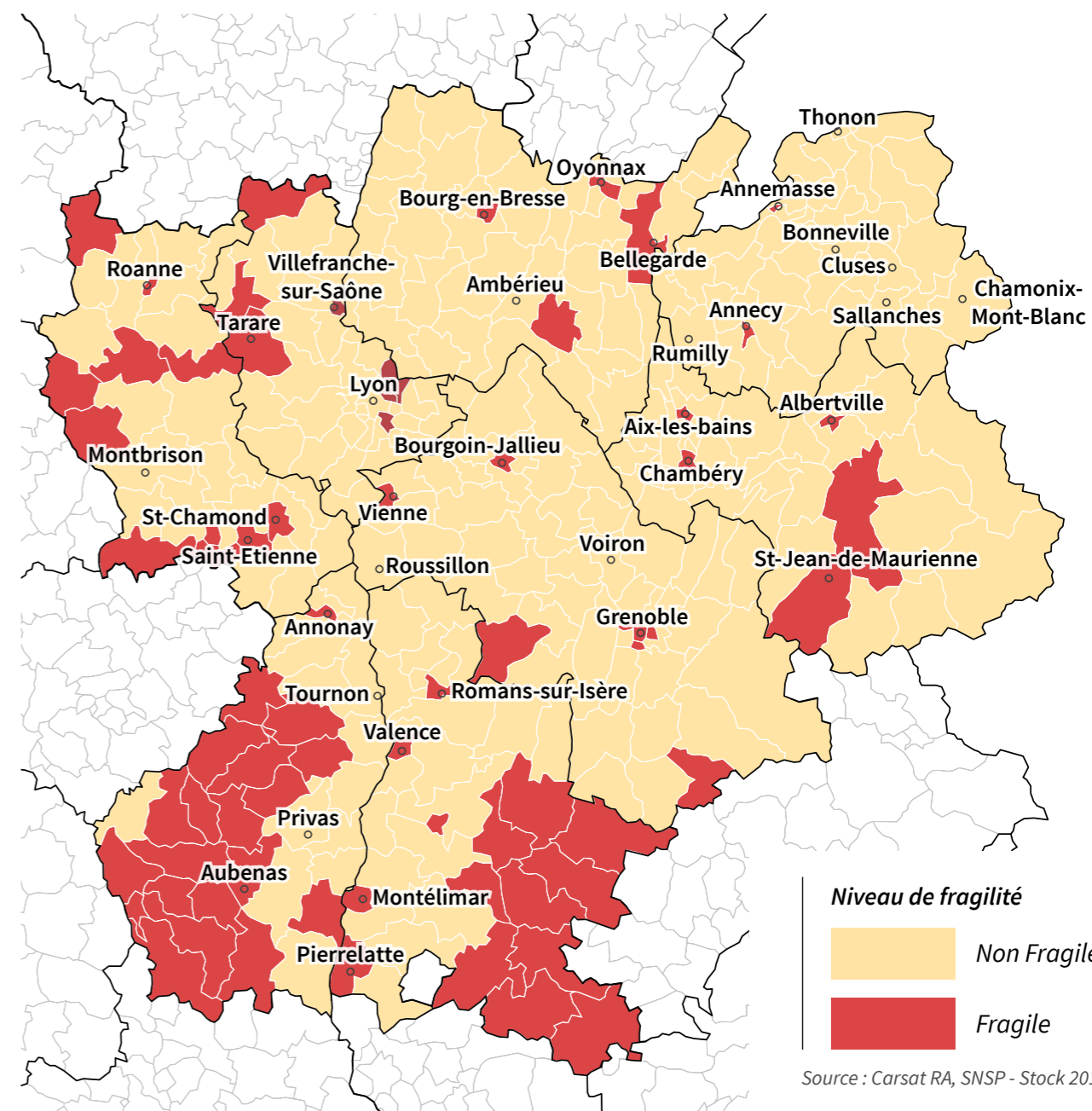
Elle permet de mesurer l'impact ressenti par le participant après sa participation à l'atelier et de voir s'il continue à appliquer les conseils dispensés au cours de la session, s'il est entré dans une phase dynamique d'activité physique (petits exercices, marche quotidienne) et s'il a chuté au cours des 6 derniers mois.

D'une manière générale, les résultats sont positifs avec 96,2 % de personnes satisfaites et qui estiment que l'atelier leur a permis d'apprendre à se relever du sol, d'améliorer leur équilibre et de reprendre de l'assurance dans leur déplacement.

Ce territoire a été très réceptif à cette offre de service. La cartographie constitue dans le cadre de cette démarche une référence pour construire et diversifier les parcours de prévention et les ateliers à mettre en œuvre. Cela s'illustre notamment par une captation supplémentaire de bénéficiaires potentiels permettant de mettre en place de nouveaux ateliers notamment sur cette thématique chute mais aussi sur d'autres offres de mémoire tels que les ateliers mémoire et des conférences thématiques.

En conclusion, les données de l'observatoire et l'analyse cartographique permettent non seulement d'identifier des besoins potentiels et de mettre en perspective des offres nouvelles à déployer sur des territoires ciblés.

Cette dynamique se trouve enrichie dans le cadre de la mise en commun de diagnostics territoriaux portés par différents acteurs institutionnels et permet une ouverture visant à asseoir une démarche prospective qui conforte la légitimité de l'institution Sécurité sociale dans le champ de la prévention pour les seniors.



- RÉGION SUD-EST -

Mise en place d'actions collectives pour les personnes bénéficiant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

La Carsat Sud-Est a retenu l'ASPA comme l'indicateur économique de référence de la fragilité. En région Paca, le département des Bouches-du-Rhône est celui qui accueille la part d'allocataires du minimum vieillesse la plus importante avec 6,65%, suivi des Alpes Maritimes (5,86%) et du Var (4,92%). Les départements Alpains ont les taux les plus bas du Sud-Est (entre 3% et 4%). La région Corse avec plus de 12,40% connaît une fragilité économique forte. Cette atypie peut s'expliquer par le fait que les régions Paca et Corse sont respectivement les 4^{èmes} et 3^{èmes} régions les plus pauvres de France.

Avec un taux de titulaires du minimum vieillesse élevé au regard de la moyenne nationale la Carsat Sud-Est a développé des actions adaptées à ce public. Les données du Sig ont permis d'identifier de façon fine les zones particulièrement concernées par un taux atypique. La cartographie illustre la cohérence entre les zones enregistrant un taux élevé de bénéficiaires et les lieux d'implantation des actions menées.

Les actions conduites

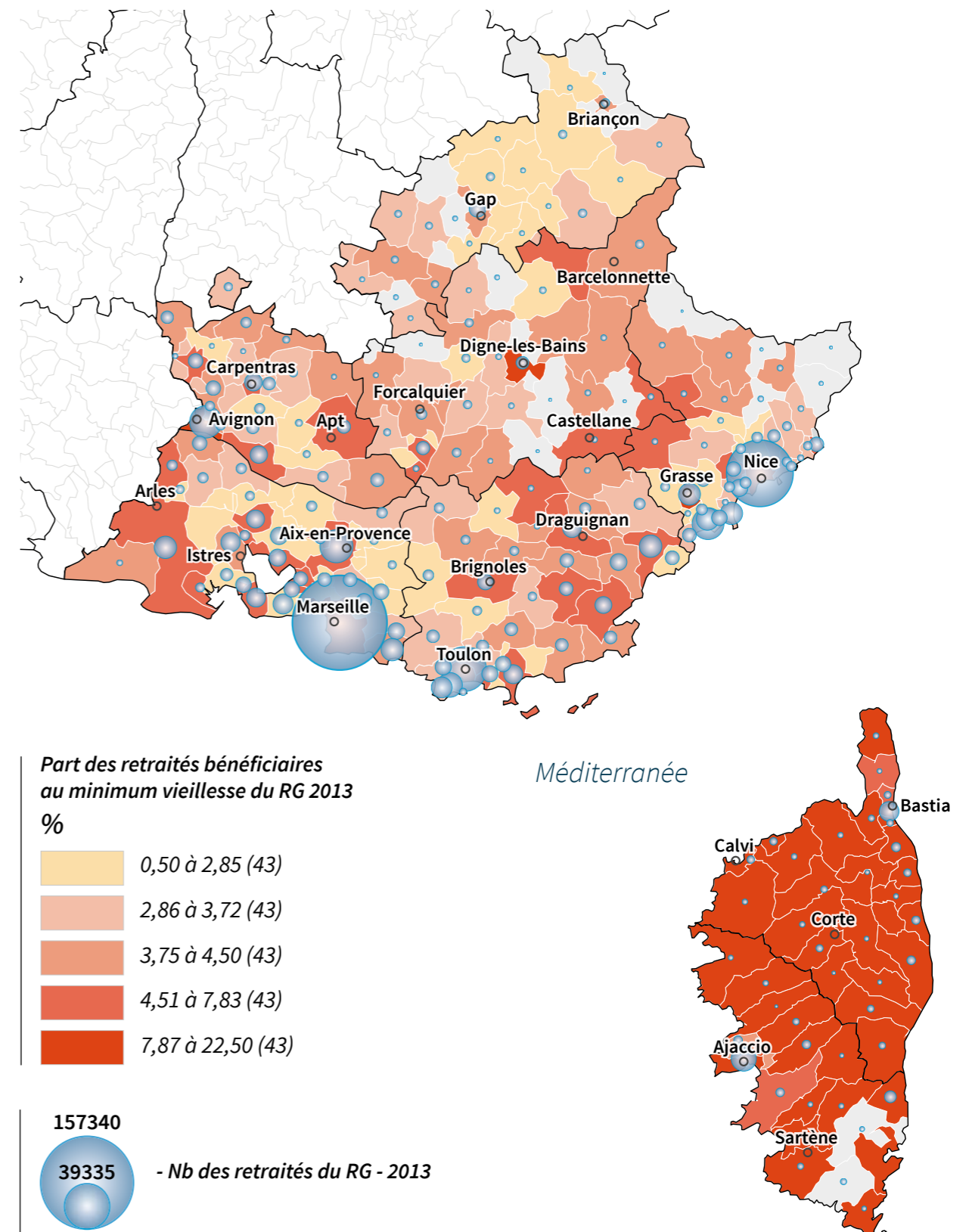
Ce public cible est exposé à une fragilité économique qui se traduit par des difficultés matérielles pour faire face au quotidien, par une méconnaissance de ses droits, une difficulté d'accès aux soins et des problématiques de santé. Les actions menées ont pour objectifs d'apporter une connaissance des dispositifs légaux et d'entrer dans une démarche active de prévention santé et sociale.

Les bénéficiaires ont reçu une offre de service par courrier. Les contenus des Parcours Prévention Santé intégraient 3/4 séances sur des thématiques phares (connaissance des droits, accès aux soins, messages de prévention, orientation vers les Centres d'Examens de Santé). Les partenaires : service social/action sociale/ Prévention/service retraite de la Carsat- Cpam/CES et experts sur les thématiques "Bien-vieillir" telles que la Mémoire avec un neuropsychologue.

Cette offre s'est traduite par la mise en place d'actions collectives de groupe sur 8 territoires en 2013 (Arles, Marseille, Avignon, Aubagne, Toulon, Nice, Ajaccio, Bastia) pour 173 personnes. En 2014, 8 territoires retenus (Digne, Arles, Marseille, Carpentras, Canne, La Seyne, Toulon, Corte) pour 88 participants.

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

L'action bénéficie d'un taux de retour satisfaisant avec des participants éloignés géographiquement des centres de santé ou ayant une méconnaissance des droits facilitant l'accès aux soins. Un certain nombre n'ont pas la maîtrise de l'écriture. De façon unanime, les informations sont jugées très utiles. A la suite de ces actions, des demandes d'ACS sont établies ainsi que des demandes d'aide à la mutualisation Cpam. Des bilans de santé au CES sont réalisés, marquant la démarche de prévention. Pour la majorité des participants, le commentaire relate le vécu dans le groupe témoignant de liens tissés durant et après le parcours.



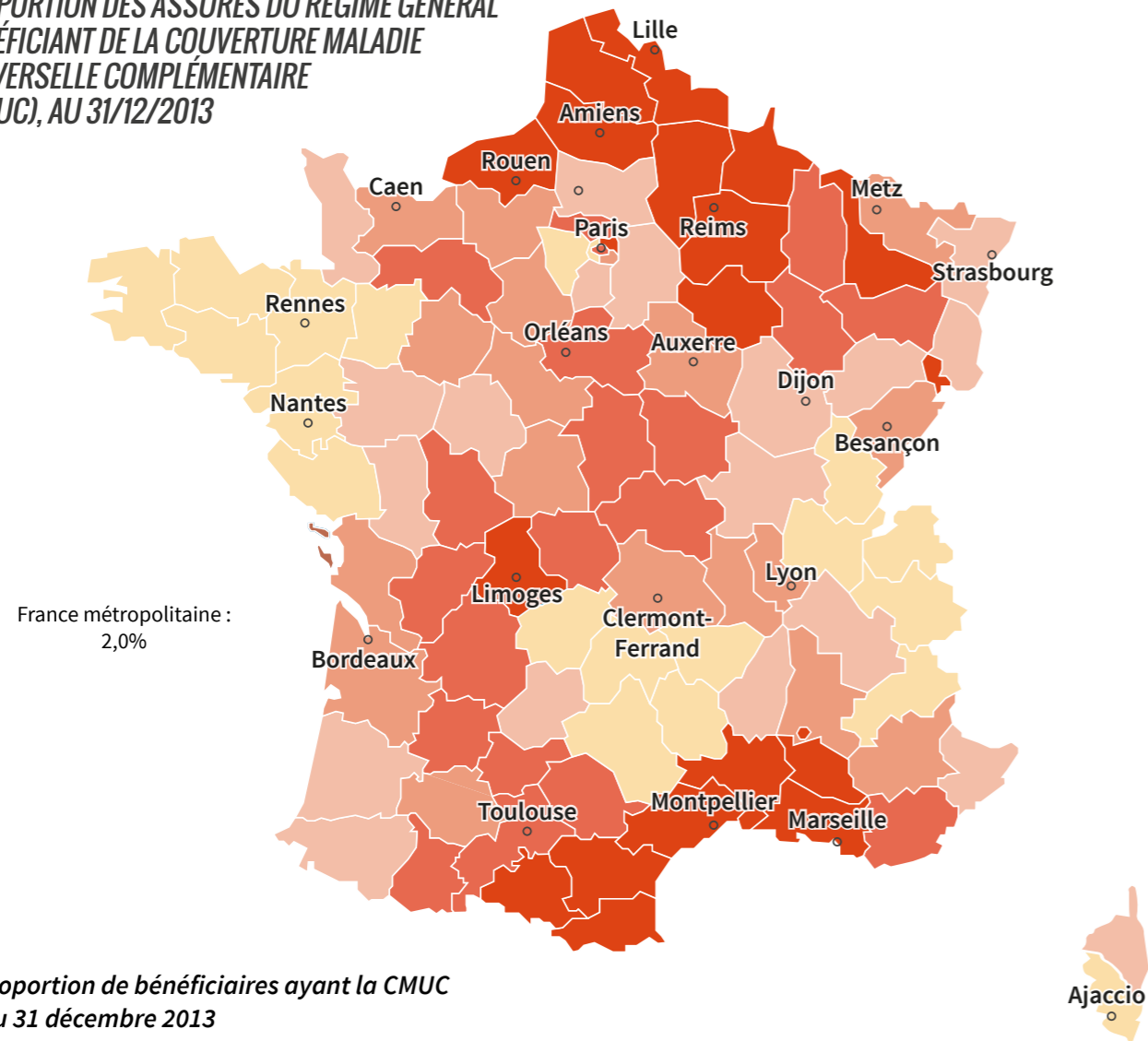
03 PERMETTRE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PUBLICS VULNÉRABLES, PRÉVENIR LA PRÉCARISATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DES PERSONNES EN ARRÊT DE TRAVAIL LONG

> La situation en France

• Illustration cartographique à l'échelle nationale

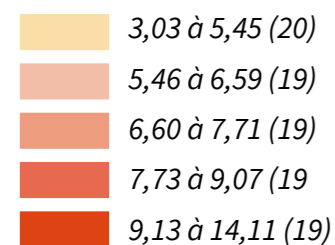
1. France Métropolitaine

PROPORTION DES ASSURÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL BÉNÉFICIAIRE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE (CMUC), AU 31/12/2013



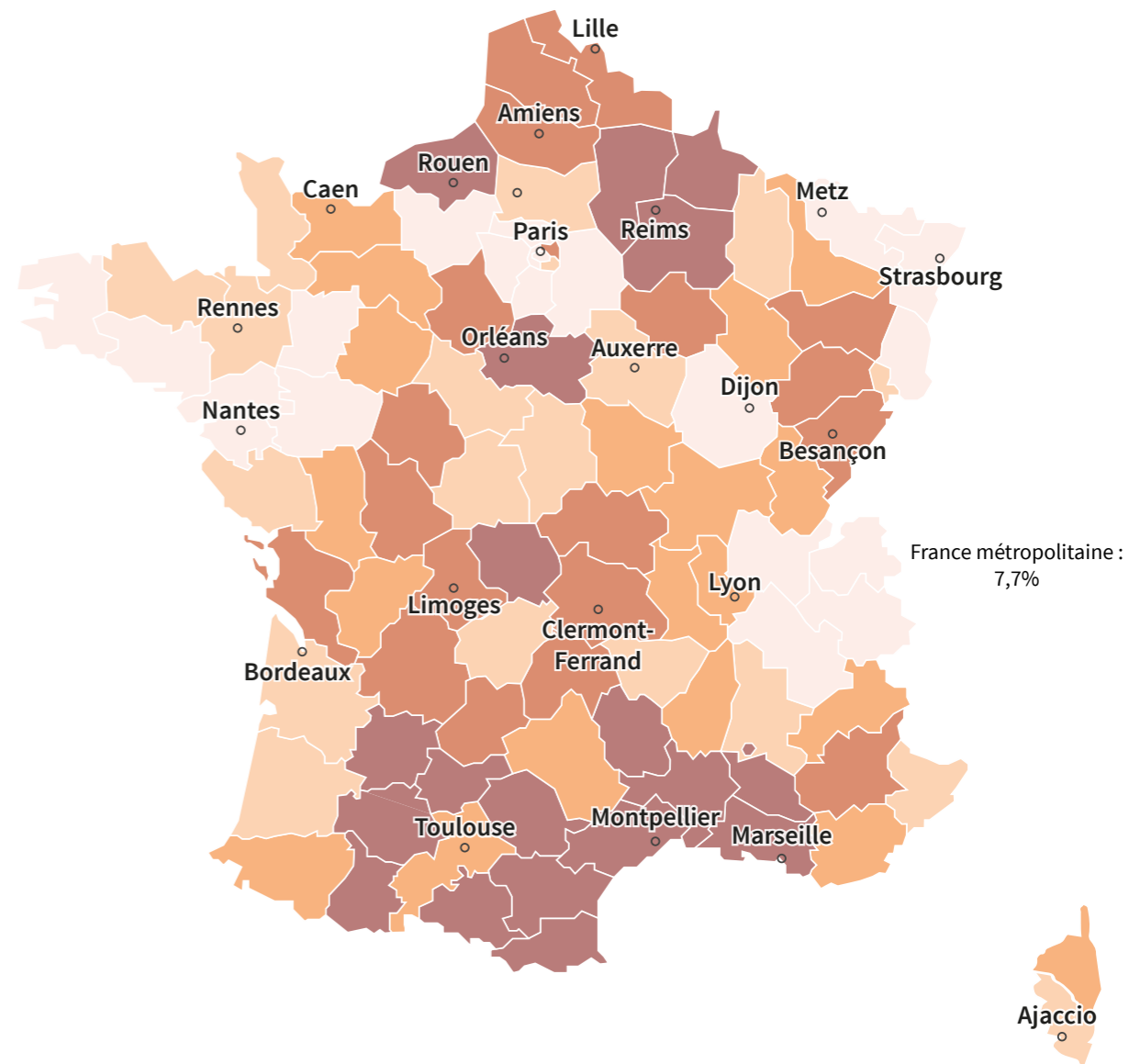
Proportion de bénéficiaires ayant la CMUC au 31 décembre 2013

% (France métropolitaine)

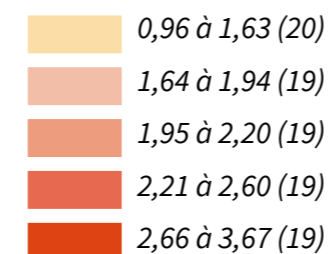


Source : Cnamts, SNIIRAM et RNIAM

PROPORTION DES ASSURÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL BÉNÉFICIAIRE D'UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS) AU 31/12/2013⁹



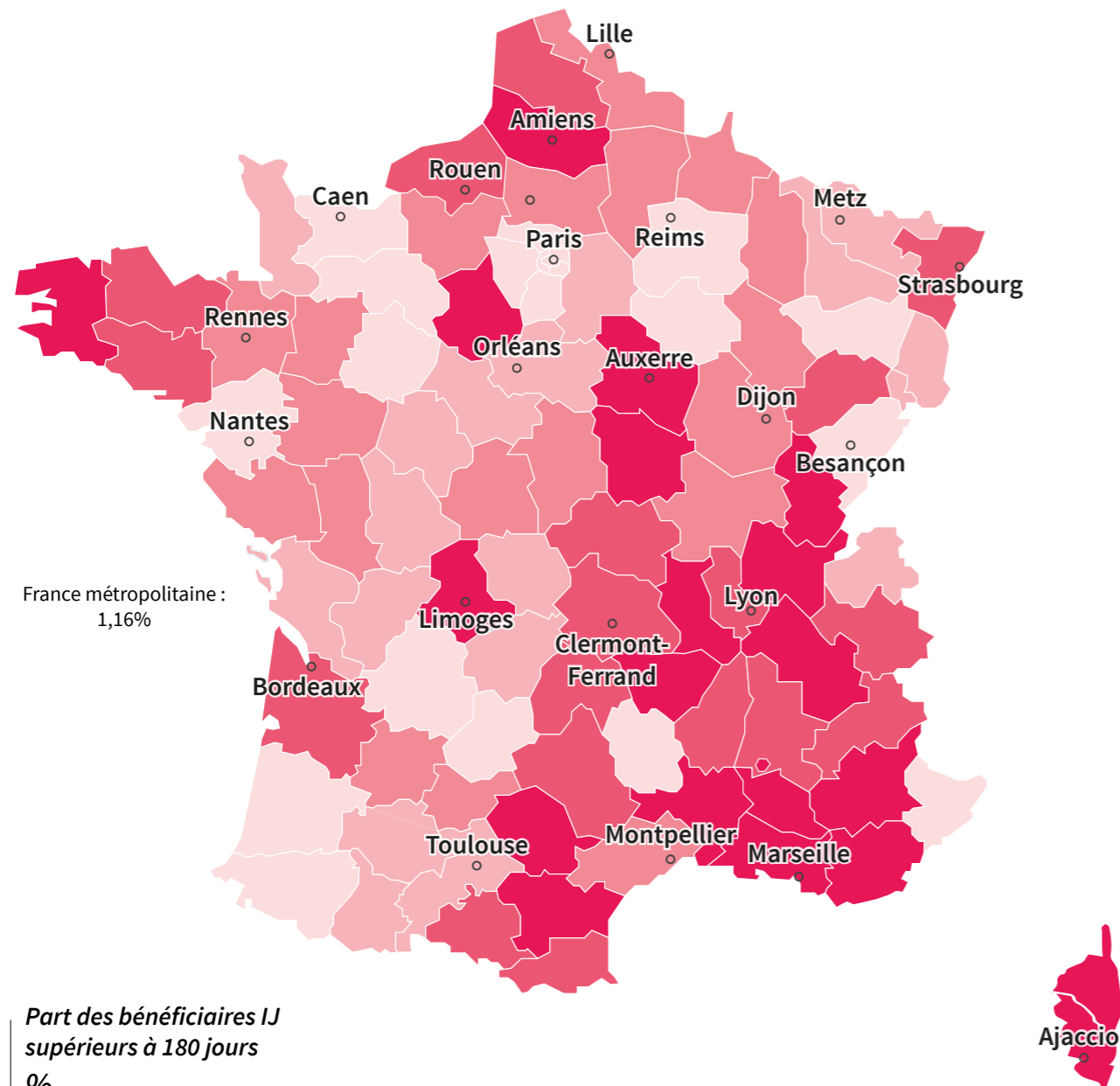
Proportion de bénéficiaires pour lesquels une ouverture de droit a été délivrée en 2013 (ACS)
% (France métropolitaine)



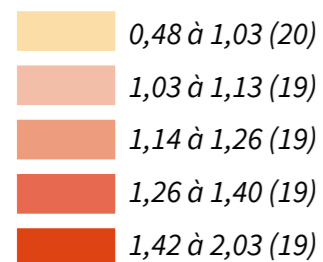
Source : Cnamts, SNIIRAM et RNIAM.

9 - Le nombre de bénéficiaires RG pour lesquels une ouverture de droit à l'ACS a été délivrée en 2013 par rapport à la population protégée

**PROPORTION D'ASSURÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EN ARRÊT MALADIE
DE LONGUE DURÉE¹⁰ AU 31/12/2013**



Part des bénéficiaires IJ
supérieurs à 180 jours
%



Source : Sources : Cnamts, SNIIRAM et RNIAM.

10 - Nombre standardisé de patients ayant bénéficié d'un arrêt maladie avec au moins une journée indemnisée en 2011 et dont la durée est supérieure à 180 journées indemnisées par rapport à la population protégée de 20 à 64 ans.

Analyse cartographique

La cartographie nationale issue des trois indicateurs qui ont été retenus pour caractériser la vulnérabilité de la population du régime général au regard de l'accès aux droits et aux soins offre une série de contrastes importants entre région sans d'ailleurs que l'on observe un recoupement systématique des niveaux relatifs de fragilité régionale et départementale hormis pour 4 départements.

La proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire illustre un premier contraste entre d'une part deux blocs sud et nord marqués par une forte prévalence de bénéficiaires et d'autre part une France médiane Ouest - Centre - Est qui, malgré des différences significatives entre certains départements, se situe globalement dans une proportion moindre de bénéficiaires.

Le tableau général reste assez semblable dans le cas de l'indicateur : « proportion de bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé ». On constate en effet les mêmes gradients nord et sud avec une bande centrale où la

proportion est moindre. Cependant, le parallélisme vis-à-vis des deux indicateurs CMU-C et ACS n'est pas total entre les départements et l'on trouve des lieux où le chèque d'aide à la complémentaire santé est relativement moins attribué que la couverture universelle, ou inversement.

Le troisième indicateur (taux de bénéficiaires d'indemnités journalières supérieures à 180 jours d'arrêt maladie) offre une cartographie très différente des deux premières. Si le pourtour méditerranéen se caractérise par une fragilité relativement forte, cette fragilité s'étend aux régions centre-est, Bretagne ainsi qu'un bloc situé sur quelques départements du nord (mais pas tous). La situation très contrastée de l'Alsace ou de la Bretagne caractérisée par une faible prévalence de bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS mais assez fortement impactée en taux d'arrêt maladie long montre à quel point l'indicateur peut influencer sur la définition d'un territoire dit fragile.

2. Départements d'Outre-Mer

	Proportion des assurés du régime général bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC), au 31/12/2013	Proportion des assurés du régime général bénéficiant d'une Assurance Complémentaire Santé (ACS) au 31/12/2013
Guadeloupe	27,9%	4,0%
Martinique	26,7%	5,5%
Guyane	50,3%	1,0%
Réunion	41,3%	8,0%
Moyenne 4 DOM	35,9%	5,8%
Moyenne France entière	7,8%	2,0%

Les données concernant les CGSS (Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane) sont en cours d'intégration et figurent dans le présent Atlas sous une forme agrégée mettant en évidence des niveaux de précarité sociale très supérieurs à ceux des départements métropolitains (respectivement 35,9 % et 7,7% pour la proportion de bénéficiaires de la CMUC).

La situation est cependant très contrastée entre les Départements d'Outre Mer sur ce taux de CMUC et surtout de niveau de recours à l'Aide à la complémentaire santé dont le taux varie de 1 à 8.

La comparaison entre ces Départements entre eux et avec la métropole n'a toutefois pas une portée opérationnelle avérée. Il convient en conséquence d'approfondir les diagnostics des CGSS par leur intégration aux SIG du Nord (Réunion) et du Sud (Guadeloupe, Martinique et Guyane).

• Les actions des organismes de Sécurité sociale dans le cadre des observatoires des situations de fragilité

L'action des organismes sur ce registre de l'accès aux droits et aux soins pour les publics vulnérables doit être replacée dans un contexte d'évolution rapide de notre réseau où la formulation d'objectifs par les caisses nationales a été structurante tant vis-à-vis des Carsat (programmes nationaux du service social, plan proximité et Autonomie de l'Avancée en Age) que des Cnam (PLANIR). L'observatoire des situations de fragilité est de ce fait particulièrement attendu à la fois comme démarche et comme outil.

Le bilan des réalisations des organismes régionaux (Carsat, Cramif, CGSS) démontre que le passage à la retraite représente un critère fondamental qui segmente souvent les offres de services et autres politiques de prévention. En outre, en raison du métier même des Carsat, la situation de rupture potentielle liée au changement de statut salarié/retraité a été identifiée par l'ensemble des organismes hors CRAMIF.

Les critères de fragilité avant départ en retraite les plus mobilisés par les Caisses sont :

- demandeurs d'emploi en fin de droit
- bénéficiaires du RSA
- salariés en arrêt de travail de longue durée
- invalides

Peuvent intervenir également des populations particulières telles les détenus ou les personnes en foyer de travailleurs migrants.

Après départ en retraite, la vulnérabilité la plus présente dans les critères des caisses est sans conteste :

- le bénéfice d'un minimum vieillesse tel l'ASPA
- l'exonération de la CSG

Intervient également l'isolement à travers la perte d'un proche (repéré par la demande d'une pension de réversion).

Les offres sont bien évidemment de nature différente selon la situation ante/post retraite et parfois selon les critères de fragilité retenus centrés soit sur l'accès aux droits, soit sur la prévention santé.

Sur l'accès au droit, la problématique du passage à la retraite arrive en tête des préoccupations des Caisses Régionales mais sur des critères de fragilité qui peuvent différer (voir ci-dessus). L'âge à partir duquel l'offre est proposée varie de 56 à 58 ans. La contribution des services retraite peut être immédiate (présence à la séance d'information où l'assuré est invité) ou différée. L'existence d'une offre de service commune CNAMTS-Cnav sur ce sujet est évidemment une des raisons de son

extension à la plupart des organismes qui vont parfois cumuler l'aspect droit et la présentation des offres de service du bien-vieillir (Cnav) et en santé (CNAMTS). Un autre aspect d'accès au droit sur le versant maladie mais moins fréquemment retenu par les organismes est celui de la complémentaire santé et de l'incitation sous forme d'aide à l'acquisition d'une mutuelle par les Cnam dont les Carsat peuvent être le vecteur au travers du service social. Cette offre est plus diffuse car susceptible d'être mobilisée (ou non) à l'occasion d'une démarche de prévention santé plus globale telle que le PPS.

En matière de prévention santé, l'offre proposée par les régions se structure autour de deux modalités principales : le Parcours Prévention Santé (PPS) porté par le service social et le recours à des formes de prévention plus thématiques et spécialisées au travers d'ateliers (prévention des chutes, ateliers organisés en interrégimes sur des thèmes de santé¹¹...). Lorsqu'elles sont présentes sur les territoires, ces deux offres sont d'ailleurs le plus souvent chaînées. Le repérage des personnes potentiellement fragiles se fait souvent par le critère de ressources : RSA, chômage longue durée, invalidité, ... avant la retraite et minimum vieillesse ou exonération de CSG si la personne est retraitée. On voit là l'intérêt mais aussi les limites d'une approche qui s'abstient (faute de support légal) de croiser les données maladie et vieillesse et à laquelle la prochaine loi pourrait apporter une réponse. Concernant les PPS, il est clair qu'il s'agit, comme pour l'offre de service passage à la retraite, d'une offre « portail » qui elle-même est susceptible de déclencher des accompagnements et des orientations plus spécifiques en fonction des besoins exprimés (orientation vers un centre d'examen de santé, vers une association inter-régime, etc.).

Le recours aux soins occupe également une place dans le dispositif. Les régions dans leur majorité l'évoqueront auprès des assurés conviés à participer aux réunions, par exemple, dans le cadre des PPS.

En conséquence, deux pistes semblent émerger dans la démarche de l'observatoire des situations de fragilité. La première consiste en un repérage des fragilités à maille large, mono critère, ciblé sur des territoires eux-mêmes fragiles et qui conduit à des offres de type « portail » (PPS, offre passage à la retraite) susceptible de répondre à une présomption de vulnérabilité réelle mais a priori peu spécialisée sur un besoin précis. La seconde a vocation à cibler beaucoup plus précisément les besoins des personnes fragiles en leur offrant l'accès à une information spécifique, un service ou un accompagnement de l'Assurance Maladie ou Retraite. Moins évidente à mettre en œuvre aujourd'hui, cette seconde piste pourrait être relancée par le croisement à venir des données maladie et retraite.

> Des exemples en région

Les exemples qui suivent illustrent des actions menées en région par les Carsat, parfois associées aux Cnam dans le cadre de leurs observatoires des situations de fragilité en direction des publics fragilisés par un arrêt de travail long ou présentant des risques de nonaccès à certains droits ou à des comportements adaptés en matière de soins (ou de santé). Ces exemples illustrent en quoi la mobilisation des données des organismes de Sécurité sociale permet de cibler des actions à fort impact.

Ces exemples divers peuvent être résumés en deux grandes catégories d'action :

- ciblage d'actions en direction de personnes en arrêt de travail long : au-delà de ce ciblage populationnel, les caisses ont réalisé des analyses géographiques afin de déterminer la localisation la plus pertinente de leurs actions au regard des lieux de résidence des assurés
- ciblage d'actions en direction de population très spécifiques présentant des risques de nonaccès aux droits ou aux soins ou à des comportements adaptés en santé : il s'agit principalement de personnes en âge de passer à la retraite ou jeunes retraités présentant différents « marqueurs » de fragilité (invalidité, faibles salaires et travaillant dans des entreprises petites et à forte sinistralité, bénéficiaires du RSA, ...). A ces ciblage populationnels, s'ajoute suivant les cas, un positionnement géographique des actions basés sur les lieux de résidence des bénéficiaires ou des caractéristiques socio-démographiques des territoires.

Il est à noter l'exemple de la Carsat Languedoc-Roussillon qui traite d'un accompagnement proposé dans toutes les caisses aux personnes qui sortent d'une hospitalisation... soit près de 50 000 personnes en France.

Les impacts relevés dans ces exemples sont souvent notables, soit que la fragilité apparaisse ex-post très forte des populations ciblées (cf. expérimentation de la Carsat Bourgogne et Franche-Comté), soit que le positionnement géographique des actions s'avère judicieux, ce qui se mesure en termes par exemple de fréquentation (Carsat Nord-Picardie, Alsace, Bretagne, Auvergne, Centre, Centre-Ouest ...), soit enfin que les impacts de l'action (satisfaction des assurés mais aussi effets concrets de l'action) soient importants.

De plus, au-delà des différentes stratégies de ciblage que présentent ces actions, il est à noter que la forme de celle-ci est très diverse et adaptée à la population ciblée. Ceci illustre la capacité d'ingénierie des personnels chargés de l'accompagnement dans les organismes de Sécurité sociale.

Enfin, il convient de souligner, bien que ne soient présentés dans cet atlas que des exemples d'action, le caractère souvent significatif (en termes de nombre de personnes concernées) des actions mises en œuvre dans les observatoires des situations de fragilité sur des publics qui _ hors de ces ciblage pro-actifs _ seraient très difficiles à sensibiliser (cf. Bretagne, Nord-Picardie, Centre-Ouest, Languedoc-Roussillon, ...)



11 - Parmi ces thèmes santé, on peut citer les troubles du sommeil, la mémoire, la nutrition, la prise de médicaments...

- RÉGION ALSACE-MOSELLE -

L'action du passage à la retraite pour le public RSA

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation des actions

Dans l'observatoire des situations de fragilité pour la population des plus de 55 ans, la ville de Mulhouse cumule 4 indicateurs de fragilité et est donc repérée comme territoire fragile. Les plus de 55 ans y sont nombreux (plus de 33%) et leur taux de chômage est plus élevé qu'ailleurs (15,3%).

Des données issues de la Cbam 68 (proposées et cartographiées par la Carsat dans le cadre du diagnostic PLANIR) précisent que l'agglomération mulhousienne concentre plus de 19.000 bénéficiaires CMUc et plus de 3.500 titulaires de l'ACS. La plupart de ces personnes sont allocataires du RSA.

La pertinence du projet est corroborée par le Conseil général : sur 18 376 allocataires du RSA, 7 000 résidents à Mulhouse.

Les publics RSA âgés de 59 ans et plus bénéficient de peu de mesures d'accompagnement. Notre volonté d'investiguer davantage le public rejoint celle du Conseil Général qui priorise les populations plus proches de l'emploi.

Cet état de fait génère des situations de rupture importantes au moment du passage à la retraite générant d'importants problèmes d'accès aux soins.

Une montée en charge de ce public est constatée avec des attentes spécifiques alors que parallèlement les dossiers de demande de retraite ont du mal à être constitués correctement (dépôt hors délai, absence de justificatif,...). Ce public pense souvent que le passage à la retraite est automatique.

Les actions conduites

L'offre de la Carsat est celle d'une information collective organisée autour de 3 séances préparées par le service social, le service retraite et le service prévention/partneriats :

- information sur les droits des retraités,
- le bien-vieillir autour de l'équilibre alimentaire,
- l'accès aux soins et droits lors du passage des RSA à la retraite.

Elle a été réalisée dans le cadre d'un partenariat avec les assistantes sociales du Conseil général et le pôle insertion (CCAS) de la ville de Mulhouse.

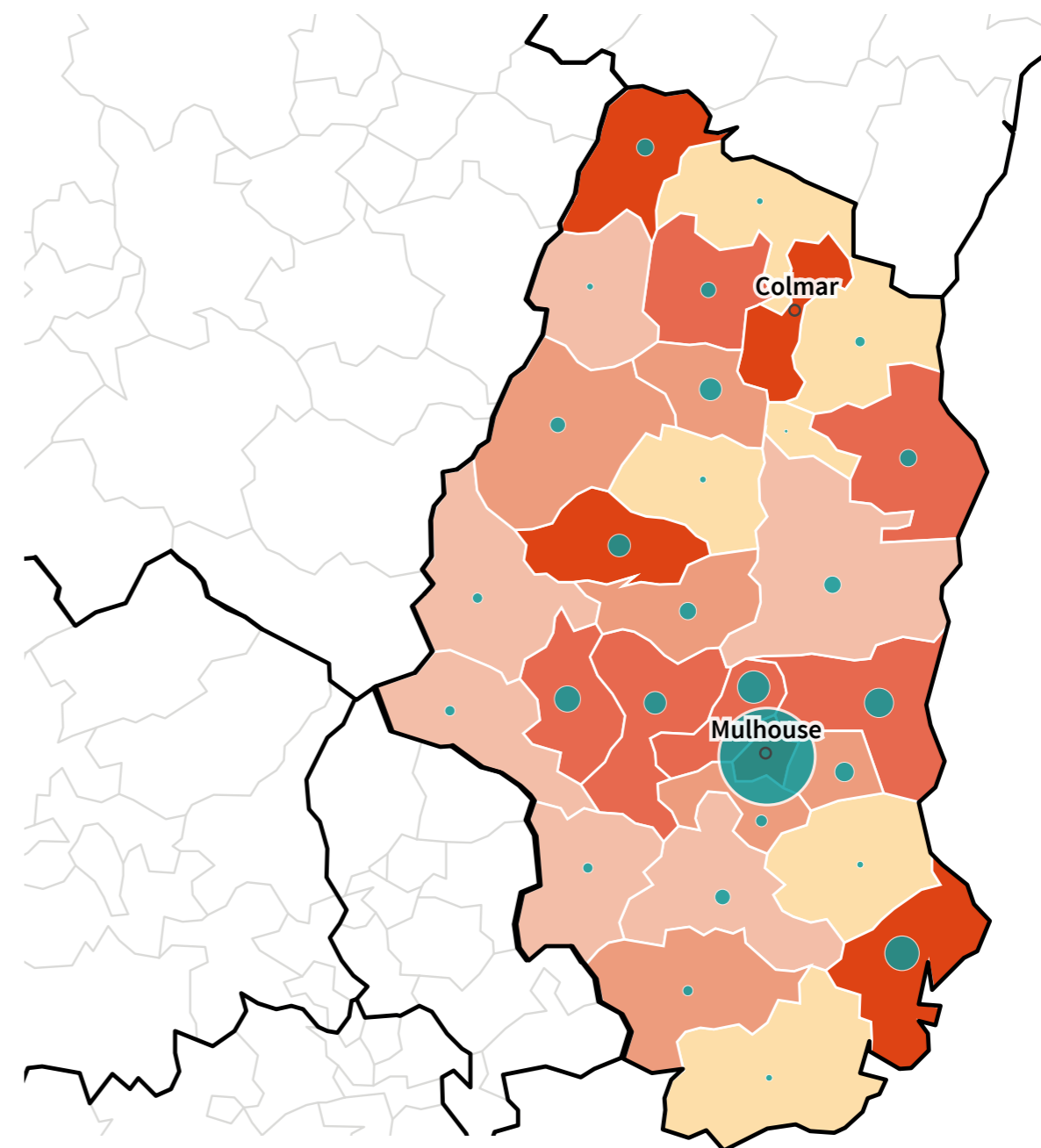
Au cours du mois de juin 2014 : 57 personnes ont été ciblées et 15 ont participé à l'action.

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

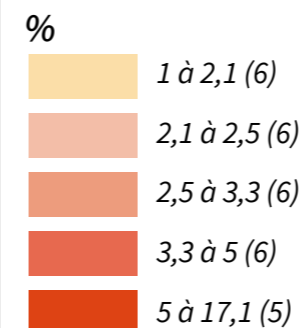
Les participants ont plébiscité l'action. Celle-ci sera modélisée et reconduite dans d'autres circonscriptions.

La mobilisation des participants cependant n'est pas toujours aisée : les assistantes sociales du Conseil général doivent relancer le public qui a des difficultés à gérer les échéances. L'action doit se réaliser dans un délai bref.

La cartographie est un facteur de lisibilité facilitant la compréhension de la problématique pour les partenaires car la pertinence du choix de ce territoire fragile devient une évidence partagée.



Part des bénéficiaires de la CMUc



Nombre de bénéficiaires par canton



Source : SIAM / ERASME / Cbam du HAUT-RHIN - JUIN 2014

- RÉGION AUVERGNE -
 Promotion d'un bilan de santé
 aux bénéficiaires des minimas vieillesse

Le diagnostic ayant conduit à la réalisation de l'action

La Carsat Auvergne et l'Assurance Maladie portent une attention particulière aux personnes les plus fragilisées souvent éloignées du système de soins. Ces assurés méconnaissent l'existence du bilan de santé et les conditions pour en bénéficier, d'où un recours modéré à ce dispositif.

En croisant les facteurs que sont les personnes sans recours à un médecin traitant, les passages d'invalidité à retraite, et l'indicateur global de fragilité défini dans l'observatoire, nous avons estimé pertinent de proposer un examen de santé gratuit aux bénéficiaires ASPA sur 2 départements de la région : l'Allier et le Puy de Dôme.

Les actions conduites

L'action a consisté en une campagne de promotion de l'EPS (Examen Périodique de Santé) via un mailing réalisé en 2 vagues en mai et juin 2013, auprès de 2046 bénéficiaires potentiels repérés à partir de requêtes lancées sur les bases de l'assurance retraite (bénéficiaires ASPA), et par des contacts lors des rencontres individuelles et collectives du service social avec des assurés

L'analyse des données a permis d'identifier les publics seniors les plus précaires parmi les retraités du régime général et de promouvoir une offre de service commune au travers de la réalisation des bilans de santé. Ces personnes sont invitées à se présenter au centre d'examen de santé pour réaliser un bilan de santé.

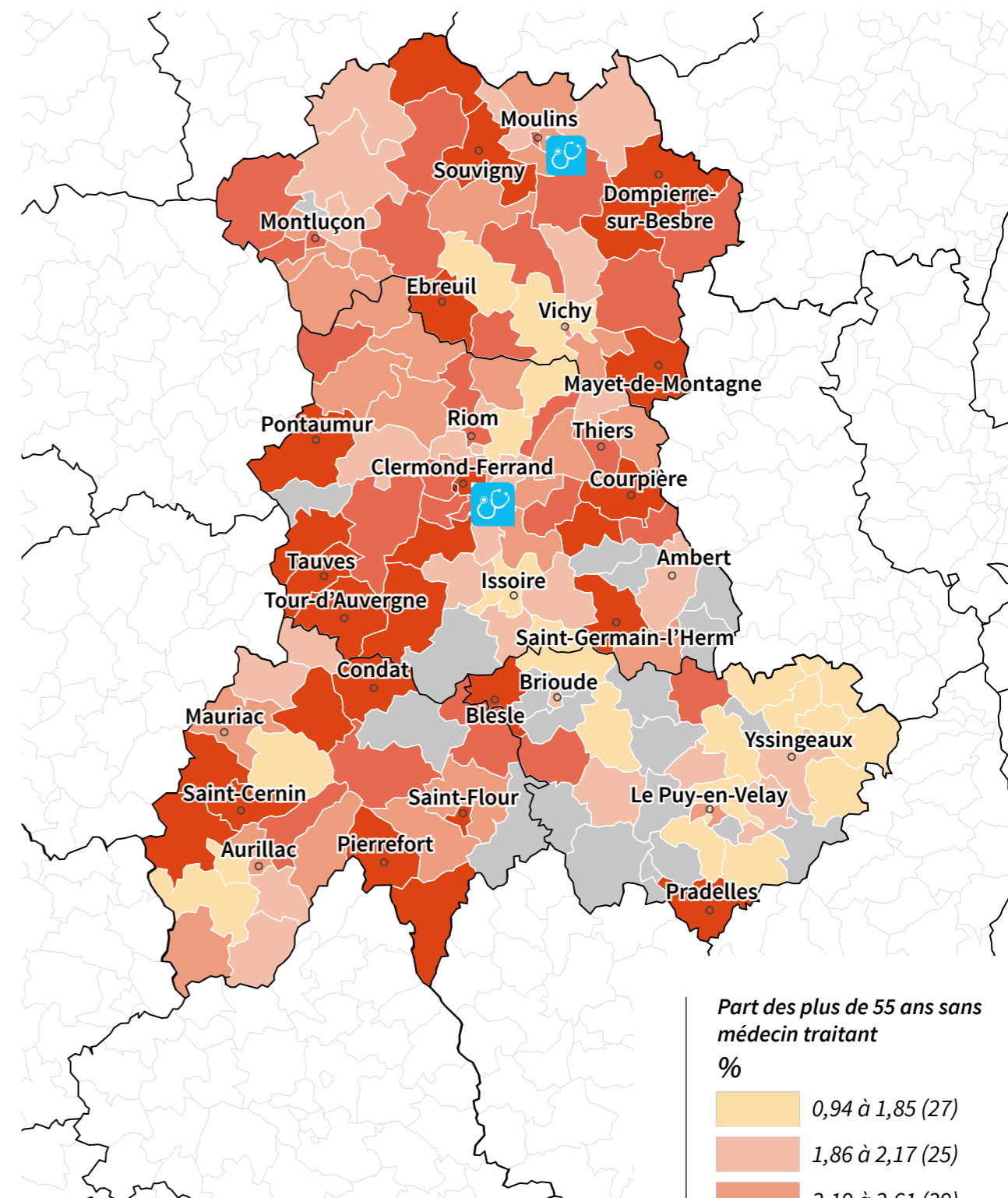
Cette action entre dans le cadre des conventions conclues en 2012 avec les Cpm et centres d'examens de santé de l'Allier et du Puy de Dôme pour la conception et la promotion d'actions de prévention en santé publique auprès de populations cibles, personnes retraitées en situation de fragilité.

103 retraités précaires ont pu bénéficier d'un examen périodique de santé adapté à ce public et réalisé par les centres d'examens de santé de la région (ISBA : Institut de Santé Bourgogne-Auvergne) à Moulins et Clermont-Ferrand.

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

L'évaluation réalisée fait apparaître pour l'un des deux départements concernés que parmi les 89 personnes ayant contribué à l'évaluation de l'action, 73 présentaient une situation de précarité selon le score EPICES. Le ciblage des bénéficiaires via l'observatoire des fragilités permet de toucher le public visé.

Il est prévu de reconduire cette action. Les plans locaux d'accompagnements du non recours, des incompréhensions et des ruptures 2014/2017 (PLANIR) qui associent Cpm, Carsat et service médical ont d'ores et déjà acté de proposer le bilan de santé aux seniors en situation de précarité et aux jeunes dans le cadre de la garantie Jeunes. Par ailleurs, afin de favoriser l'accès au CES aux personnes les plus éloignées géographiquement, il est envisagé la prise en charge de transports et/ou la délocalisation des EPS.



- Présence Centre d'Examens de Santé

Source : DCGDR Auvergne

- RÉGION BRETAGNE -

Préparation du passage à la retraite

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

En Bretagne, les plus de 60 ans sont surreprésentés 24% contre 22% pour la France métropolitaine. L'indice de vieillissement est de 76% contre 67,4 % pour la France. La Bretagne cumule deux indicateurs de précarité l'un démographique (grand âge) et l'autre économique (ressources modestes).

L'Assurance retraite et maladie contribuent de par leurs missions à lutter contre l'exclusion sociale. Le passage à la retraite peut conduire à la perte de droits s'il est insuffisamment préparé. Aussi dès 2008, une expérimentation a été menée dans un département breton en direction des bénéficiaires du RSA, âgés alors de 58 à 65 ans et ne disposant pas de possibilité d'information à l'instar des salariés. Après évaluation de cette expérimentation, une offre de service a été bâtie en 2009 sur l'ensemble de la région, offre de service intégrée dans un programme national en 2014. Cette offre de service s'adresse à l'ensemble des bénéficiaires de minima sociaux (RSA, AAH, PI) avec prévision de l'étendre aux bénéficiaires de l'ASS.

Dès 2012 l'offre de service s'est basée sur les zones repérées comme fragiles à partir d'un indicateur global de fragilité défini par canton et présenté dans l'observatoire réalisé par la CARSAT. Un programme a été mis en place pour 2012 et 2013 avec des journées d'informations se situant sur les zones reconnues comme fragiles : les principales villes bretonnes (Brest, Quimper, Rennes, Vannes, Lorient, St Brieuc, Dinan, St Malo) ainsi que le centre Bretagne (Carhaix).

Les actions conduites

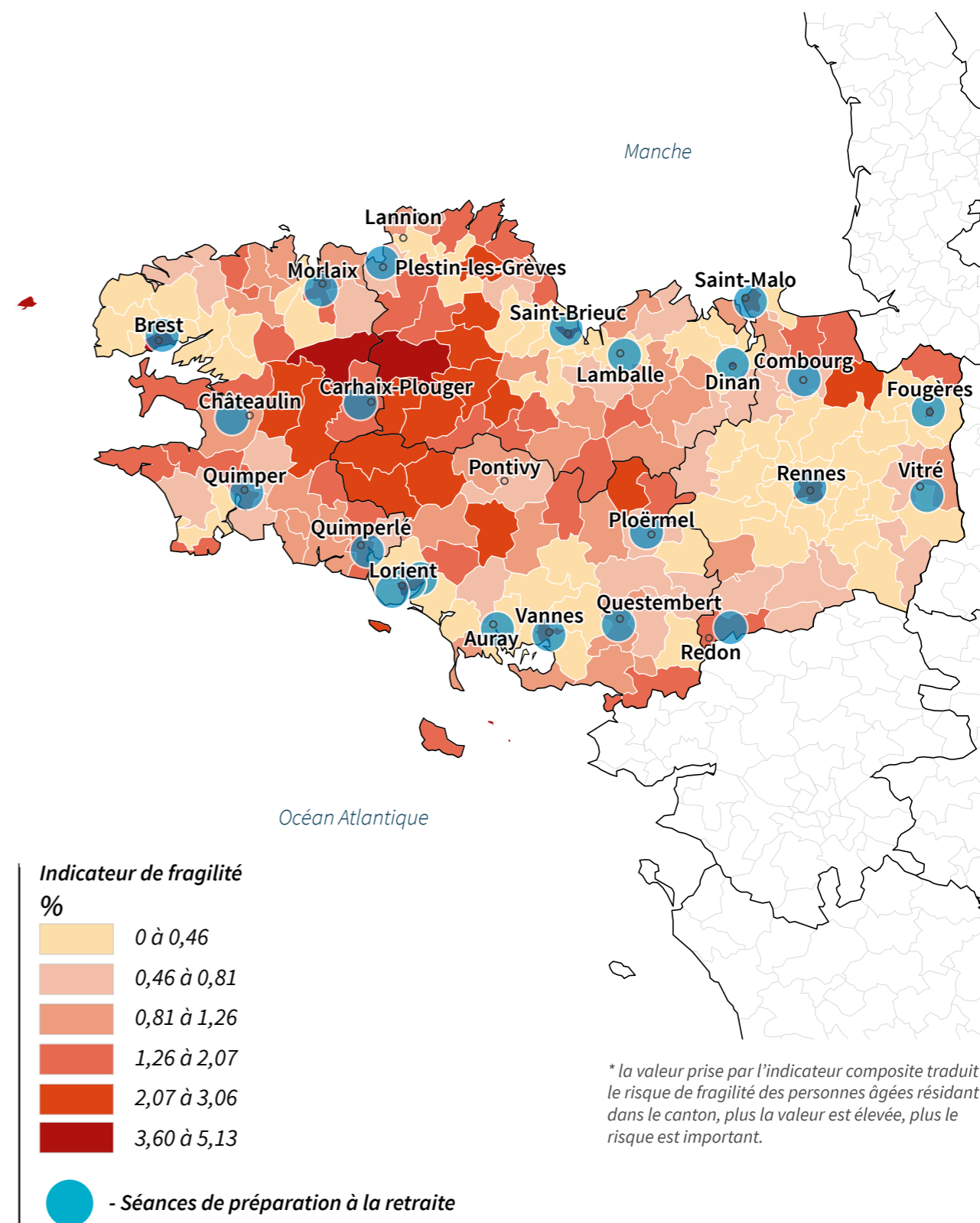
Il s'agit de prévenir le risque de rupture de droit et notamment de ressources pouvant conduire à une situation de grande fragilité chez des personnes ayant déjà des ressources modestes. Ces personnes ont souvent eu des parcours complexes avec des périodes de chômage et méconnaissent leur droit à retraite principale et complémentaires. C'est également l'occasion pour ce public de faire le point sur sa santé et de bénéficier des bilans de santé des centres d'examen de santé.

Un partenariat multiple tant à l'interne (DR, PPS) qu'à l'externe (CG, CICAS, CES). Une journée d'information, de conseils et d'échanges en présence du Département Retraite (DR), du CICAS, du service social et du centre d'examen de santé des Cnam. Une première partie est consacrée aux droits à la retraite principale et complémentaire avec vérification du relevé de carrière. Un repas est partagé en commun et s'articule autour des principes de base d'une bonne alimentation avec pour l'après-midi des informations et échanges sur l'accès aux soins et à la santé ; ces actions pouvant être prolongées par des ateliers mis en place par le service Partenariat et Prévention Sociale.

Sur 2012 et 2013 les journées d'informations ont eu lieu sur 25 villes de la région et ont accueilli 632 participants (cf carte jointe)

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

L'enquête de satisfaction réalisée par téléphone en 2012 et 2013 a démontré une satisfaction globale de 97% des 148 répondants.



Source : DCGDR Auvergne

* la valeur prise par l'indicateur composite traduit le risque de fragilité des personnes âgées résidant dans le canton, plus la valeur est élevée, plus le risque est important.

- RÉGION CENTRE -
**Actions collectives pour éviter la précarisation
des personnes en arrêt de travail**

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

Les personnes en arrêt de travail long (> 90 jours) font l'objet d'une attention particulière de la CARSAT Centre en raison des fragilités économiques dues aux pertes de revenus liées à l'arrêt de travail et du retour à l'emploi qui peut être difficile compte tenu de l'âge. C'est par ailleurs une population pour laquelle la sensibilisation à la prévention (dépistage, hygiène de vie) peut être pertinente. De plus, pour la fraction la plus âgée de cette cible populationnelle (au-delà de 58 ans) peut se poser la problématique de la préparation du passage à la retraite.

Les actions conduites

En région Centre, 4 497 assurés âgés de 55 ans et plus ont eu un arrêt de travail de plus de 90 jours en 2012, soit 1,26%. Cette part est supérieure dans les départements de l'Eure-et-Loir, du Loiret et de l'Indre-et-Loire (1,36%, 1,30% et 1,27%). La part la plus basse est observée dans le département du Cher (1,14%).

Des réunions collectives sont organisées par le service social de la Carsat auprès des personnes en arrêt de travail de plus de 90 jours, repérées par les Cpam. L'objectif est de conseiller, soutenir et d'orienter ces personnes pour avoir accès aux différentes ressources financières, législatives, humaines, sanitaires, leur permettant de reconstruire leur projet de vie.

La représentation cartographique de ces éléments permet de voir si les lieux de réunions collectives sont bien implantés au regard de la proportion mais aussi du nombre de participants potentiels. En 2013, 279 séances ont eu lieu auprès de ce public.

De plus, la Carsat Centre propose également une offre de service « passage à la retraite » aux personnes âgées de 58 ans et plus en arrêt de travail depuis plus de 90 jours à partir de ce repérage. En 2013, 31 séances ont été réalisées pour informer et accompagner les futurs retraités en situation de fragilité. Cette offre peut consister suivant les départements, soit en réunion d'informations collectives spécifiques, soit en « programme prévention santé », c'est-à-dire, une séquence de trois réunions portant sur la santé, les droits (CMU-C, ACS, mutuelles), la retraite, le bien-vieillir, ou encore du travail social de groupe.

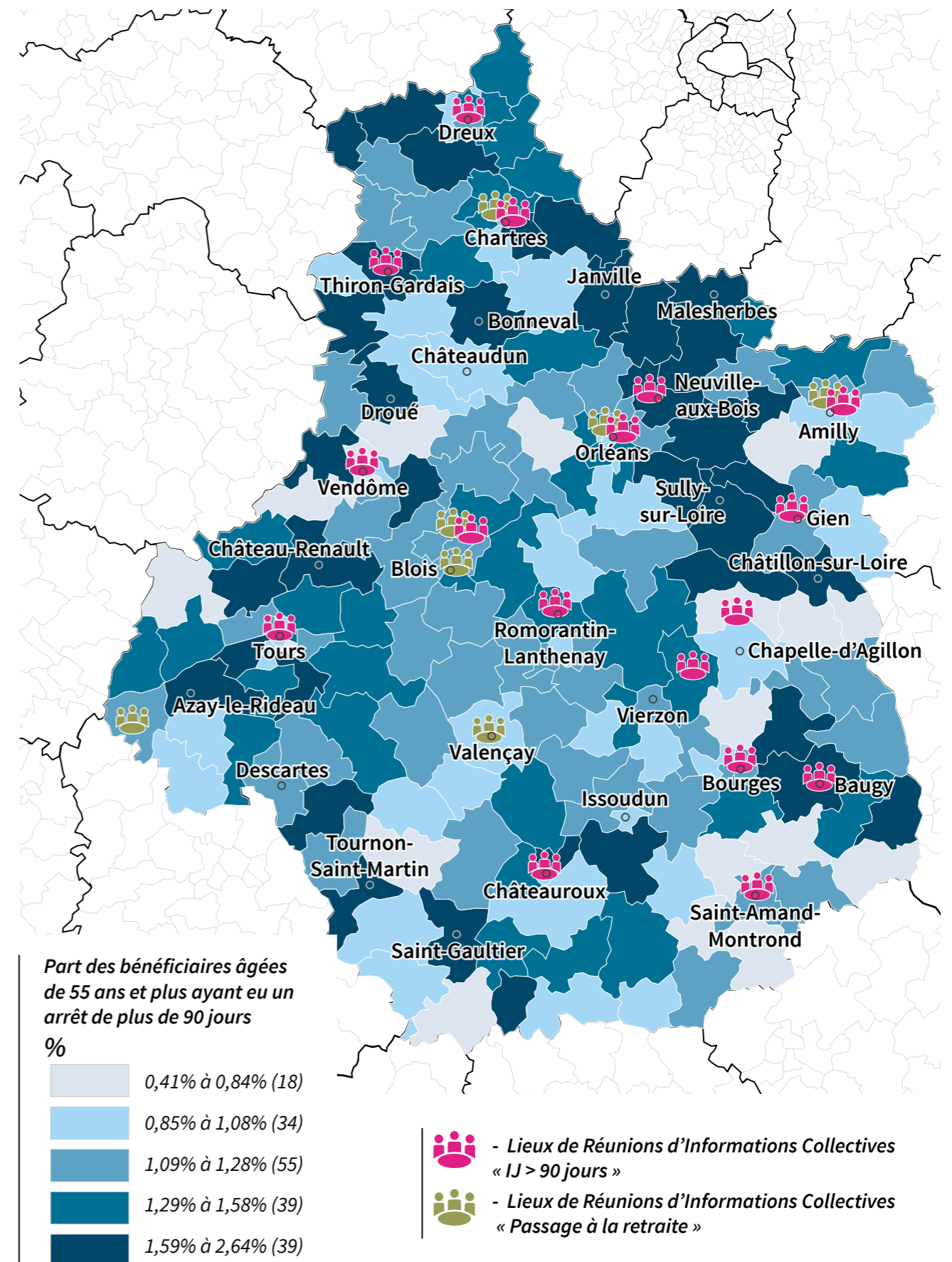
L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

L'expérimentation 2013 a ciblé des zones urbaines fragiles (taux de bénéficiaires d'IJ 90 de plus de 55ans) dont l'effet « volume » permettait la mise en place des actions au regard de l'accessibilité (proximité des zones très fragiles desservis par les transports en commun) et du partenariat local établi (convention de mise à disposition de salles).

La population ciblée par les services sociaux est celle des 58 ans sur ces territoires et les taux de participations sont supérieurs d'environ 3 point par rapport au RIC traditionnelles.

La satisfaction était de 97% pour les Réunions d'Information Collective et de 100% pour les parcours prévention santé.

Ces actions proposées à des personnes en situation de fragilité ont débouché sur des suivis retraite allant jusqu'à la mise en place de la pension vieillesse et sur des accompagnements de la part du service social tournés principalement vers la santé.



- RÉGION CENTRE OUEST -

Pilote des actions collectives « Parcours Prévention Santé »

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

Par l'utilisation des bases informationnelles de l'assurance maladie le service social connaît les assurés en arrêt de travail de longue durée (>90 jours). Ces assurés présentent un risque de précarisation en raison des pertes de revenus et des difficultés pour revenir à l'emploi après un arrêt de travail long.

L'offre de service « socle » anticipe ces risques. Elle consiste à inviter systématiquement ces personnes à une réunion d'information ou à un entretien individuel.

Les actions conduites

Le nombre des arrêts de travail de longue durée n'étant pas réparti de manière homogène sur nos 7 départements, la caisse a mis en œuvre des actions renforcées pour les assurés les plus fragilisés parmi les personnes en arrêt de travail long, sur la base de diagnostics territoriaux appuyés sur l'observatoire. Deux indicateurs sont retenus :

- le volume des arrêts de travail de longue durée : Le département de la Charente-Maritime est le plus affecté par le phénomène avec 10717 personnes, soit 25 % de l'effectif total.
- la population en affection de longue durée (ALD) : Personnes touchées dans leur situation sociale et leur fonctionnement économique en raison du coût des soins et de ses annexes. Le département de la Corrèze présente le plus fort taux régional d'ALD (19,7 %, soit 39772 personnes).

Les deux départements retenus, la Charente-Maritime, et la Corrèze, totalisent 14579 assurés sociaux ayant eu un arrêt de travail « long », sur un total 42479 pour notre circonscription Carsat, soit 34%. Le territoire concerné représente 30 % du territoire régional.

L'intervention sociale collective « Parcours Prévention Santé » (3 rencontres pour un groupe de 6 à 15 personnes) favorise l'information sur les droits et sur la prévention, dans une dynamique d'échanges horizontaux valorisant la responsabilisation et la citoyenneté des assurés. Le « PPS » est un outil pertinent pour lutter contre le non recours, son effet est à la fois individuel et systémique.

A partir de 2013 nous avons déployé des « PPS », en priorisant leur positionnement géographique en référence aux données territorialisées de l'observatoire des fragilités.

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

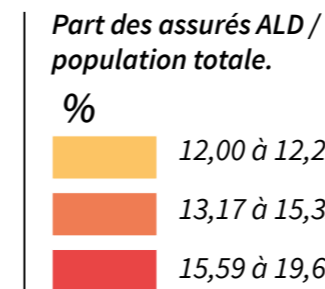
- 832 assurés (sur les 1078 qui ont bénéficié en 2013 d'un PPS) résident sur les deux départements prioritaires. Par ailleurs la progression 2012/2013 est de 83%.
- 36 actions collectives PPS ont été organisées pour 140 séances/réunions, 22 de ces actions et 102 réunions ont été menées sur les deux départements prioritaires.
- Le taux de « pénétration » des PPS dans la population des personnes en arrêt de travail est très supérieur dans les départements prioritaires : 4,7% en Charente-Maritime et 8,6% en Corrèze, la fourchette régionale étant de 0% et 8,60% et la moyenne de 2,5%..

Les « PPS » font l'objet d'une évaluation formalisée en 3 volets :

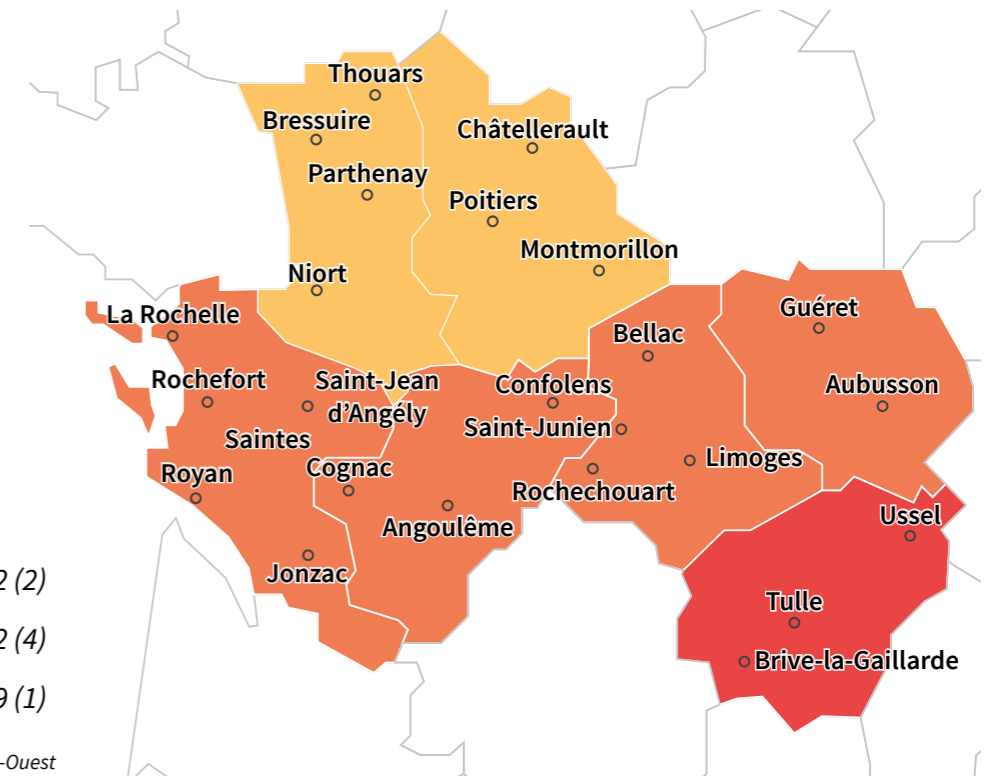
Questionnaire à chaud, Echange au sein du groupe, Réflexion en équipe animée par le cadre.

La prise de conscience des enjeux individuels familiaux et sociétaux des démarches de santé est un acquis central de ces actions. Elles se déploient à partir des listings d'assurés « IJ90j » et en lien avec des orientations ou des organisations communes avec nos partenaires locaux. L'efficacité des ciblage territoriaux, dans un contexte de moyens contraints, est possible grâce aux données de l'observatoire.

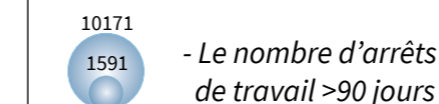
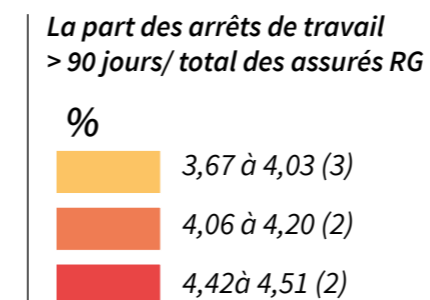
Carte 1
Charente-Maritime



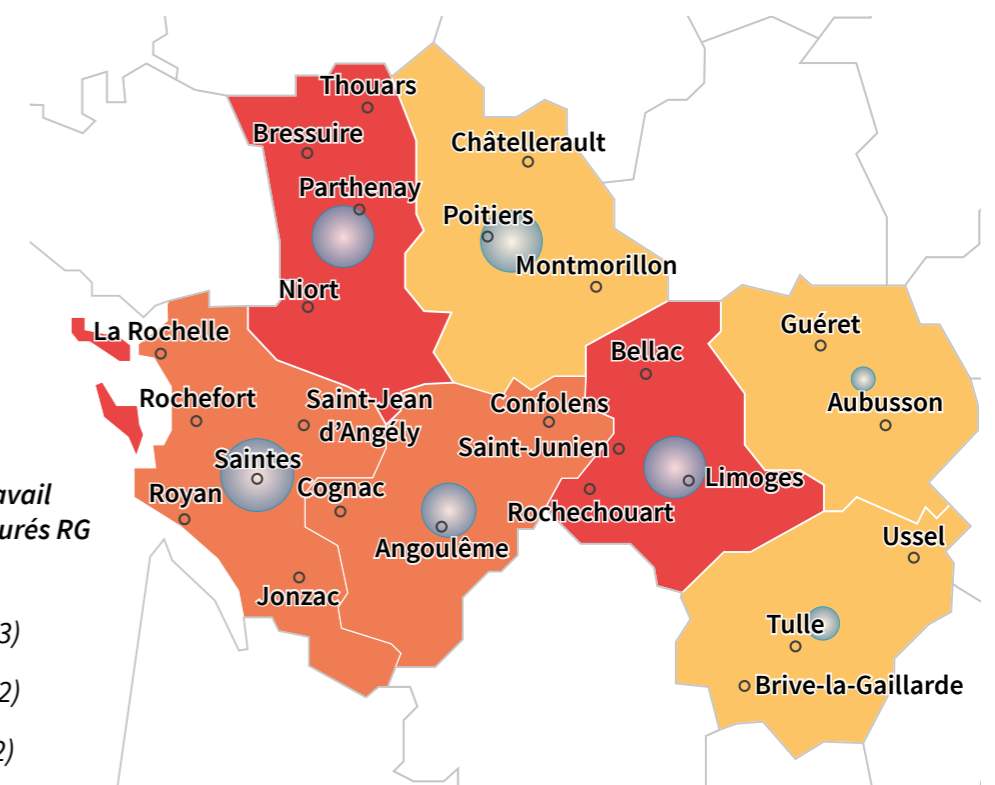
Sources: Assurance maladie Centre-Ouest



Carte 2
Charente-Maritime



Sources: Assurance maladie Centre-Ouest



- RÉGION LANGUEDOC-ROUSSILLON - L'accompagnement des sorties d'hospitalisation

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation de l'action

L'accompagnement des assurés du régime général lors de la sortie d'hospitalisation fait partie des actions prioritaires menées au titre des politiques sociales de l'Assurance Maladie et de l'Assurance retraite. Le Languedoc-Roussillon fait partie des 5 régions où l'activité des services sociaux en sortie d'hospitalisation est la plus développée au regard de l'ensemble des bénéficiaires.

La cartographie réalisée représente la répartition par canton des bénéficiaires de cet accompagnement. Elle met en évidence une part des bénéficiaires en sortie d'hospitalisation pour 1 000 assurés plus élevée sur les territoires ruraux. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette tendance : la part de retraités plus importante sur ces cantons, les conditions de vie et l'isolement des personnes plus marqués et des partenaires du maintien à domicile mieux identifiés.

L'hospitalisation peut entraîner une perte d'autonomie plus ou moins temporaire et de fait représente un réel risque de fragilité. Elle constitue un moment clé pour le repérage de difficultés rencontrées par la personne malade et son entourage. Dans ce cadre, la préparation du retour à domicile est une étape essentielle pour proposer un accompagnement aux assurés pouvant permettre de sécuriser le parcours de vie et d'éviter des ré-hospitalisations. Ce retour à domicile est conditionné par la capacité de récupération de la personne, son entourage mais également son environnement de vie.

Les actions conduites

La Carsat propose ses services au retour à domicile en relais des services hospitaliers, afin d'accompagner les assurés tout au long de leur parcours avec la mise en place d'aides au maintien à domicile, à l'amélioration de l'habitat et, en fonction des besoins, d'actions visant à l'accès aux soins, au maintien à l'emploi et au soutien des aidants.

Le partenariat avec les établissements de santé et en particulier avec les services sociaux hospitaliers, est essentiel dans la détection des situations. La sortie d'hospitalisation est un enjeu partagé par les organismes du réseau Assurance Maladie et Retraite. Ainsi, dès 2012, les Cnam et la Carsat ont élaboré des supports communs de communication présentant l'offre d'accompagnement en sortie d'hospitalisation. A ce jour, les signalements proviennent autant du secteur public (48%) que du secteur privé de l'Hospitalisation. Au-delà, la répartition des bénéficiaires met en avant des territoires sur lesquels les actions de communication sont à prioriser : les zones littorales et les hauts cantons.

En 2013, 2 329 personnes ont été accompagnées dans ce cadre dont 1 668 retraités, relevant de l'Action sociale de la branche « Retraite », soit près de 72%. Concernant les retraités bénéficiaires de l'ARDH de la Cnav, 75% sont des femmes. L'âge moyen est de 77 ans tandis que 66% d'entre eux vivent seuls.

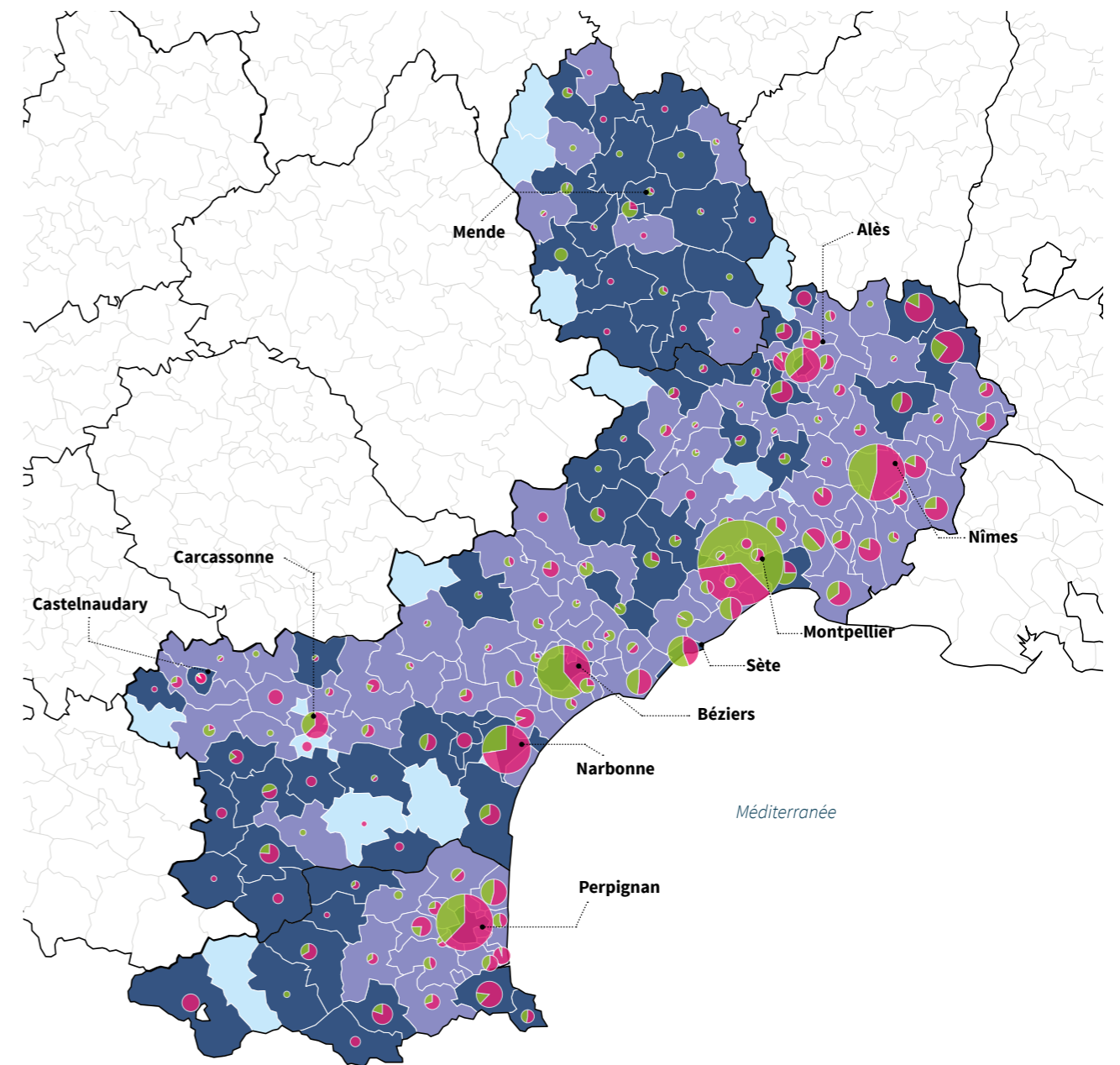
Le public identifié par le service « Action sociale » de la Carsat apparaît donc comme âgé, plutôt isolé et majoritairement féminin.

Pour les non retraités, les interventions du Service Social concernent principalement les assurés âgés de 46 à 59 ans (71%).

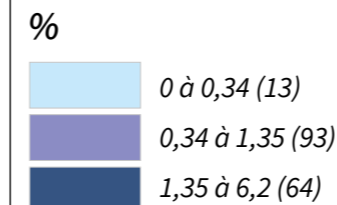
L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

Les axes de développement de cette offre de service se situent au niveau de la poursuite des campagnes de communication, du déploiement des programmes PRADO et d'une démarche régionale en direction des centres de rééducation fonctionnelle pour les assurés confrontés à une double problématique de retour à domicile et dans l'emploi.

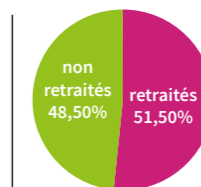
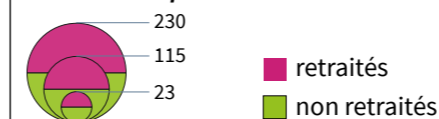
Au travers des indicateurs de pilotage issus de l'observatoire des situations de fragilité, l'enjeu est de cibler les territoires et les établissements de santé pour lesquels les actions de communication sont à prioriser au vu du nombre de signalements reçus eu égard à la population concernée.



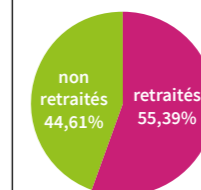
Part des bénéficiaires sortie d'hospitalisation pour 1000 assurés régime général en 2012



Nombre de bénéficiaires sortie d'hospitalisation



Répartition des bénéficiaires pour les territoires avec une part importante de bénéficiaires sortie d'hospitalisation (0.34 à 1.35)



Répartition des bénéficiaires pour les territoires avec une part très importante de bénéficiaires sortie d'hospitalisation (1.35 à 6.2)

Sources: Carsat LR, Action sociale Vieillesse (Athena) et Service social.

- RÉGION NORD PICARDIE -

Les parcours prévention santé en faveur des seniors

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation des actions

Dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie, le département du Nord compte le nombre le plus important de personnes âgées de 60 ans et plus, soit 495 681. Il varie entre 399 734 pour le Pas de Calais et 304 852 pour la Picardie. Par ailleurs, le taux de mortalité sur les deux régions est plus élevé qu'en France (8,67‰ en 2011), avec un taux de 8,4‰ dans le Nord, 9,5‰ dans le Pas de Calais et 9,1‰ en Picardie. Compte tenu de ce contexte socio démographique et afin de prévenir les risques de dégradation de la santé, le choix a été de mener des parcours prévention santé sur les deux régions. Des indicateurs de fragilité liés à la situation économique et à la santé des futurs retraités et retraités ont été définis sur chaque département. A partir de quarante territoires, quatre classes de risque de précarité allant du risque élevé au risque faible (méthode du quartile) ont été créées. Sur les 5 départements, cette méthode a permis d'identifier les cantons en risque élevé de fragilité. Les parcours prévention santé ont ainsi été positionnés sur ces territoires.

L'action conduite

Le public potentiel est repéré via les fichiers de l'Assurance retraite, les requêtes Cnam, les partenaires ou lors des réunions d'information, de conseil et d'orientation. Les actions consistent à faciliter l'expression des besoins de petits groupes de personnes sur le plan de la santé. Menées par le service social, elles ont pour objectifs d'aider les personnes à :

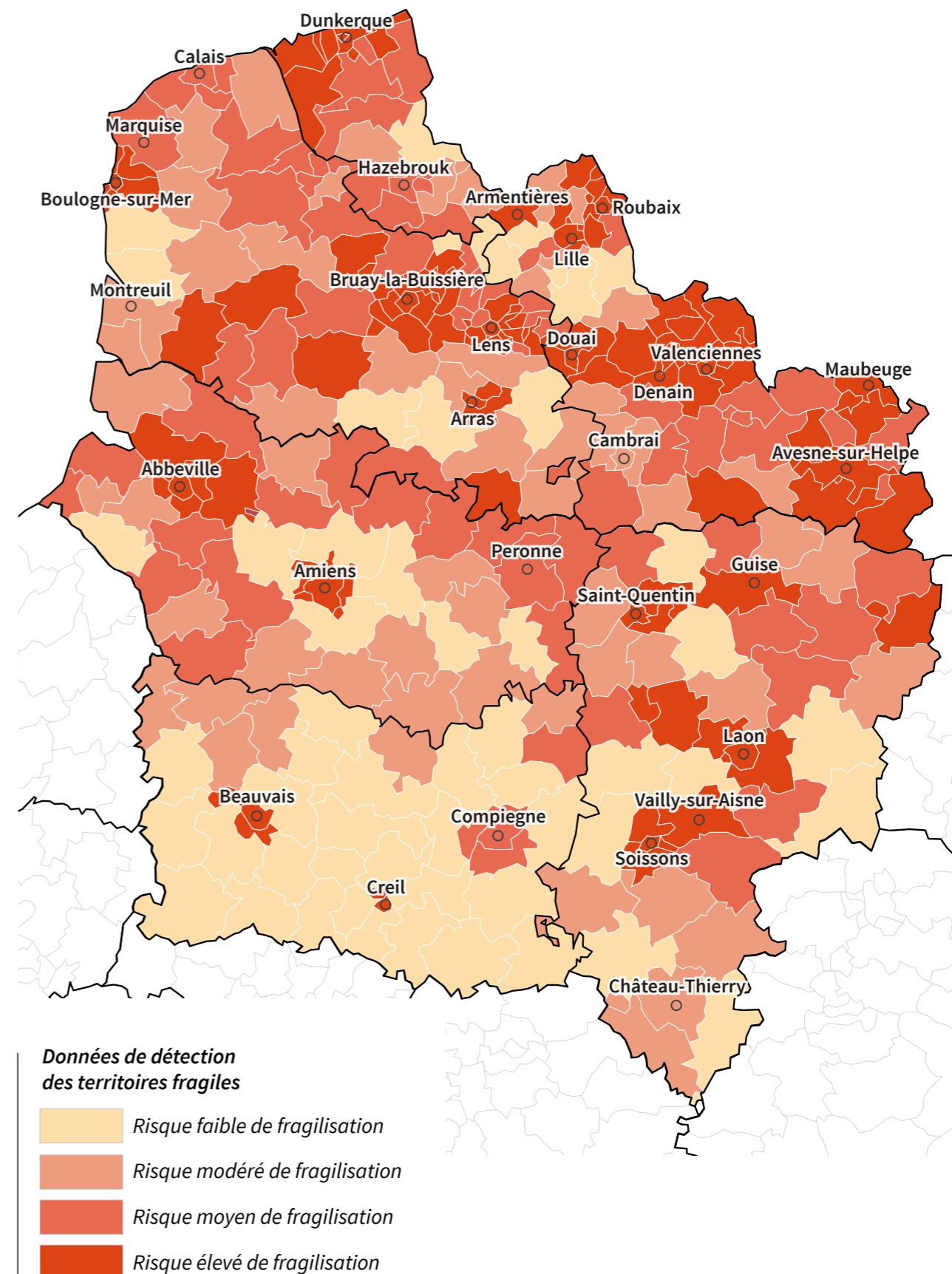
- accéder à l'information sur le parcours de soins coordonné
- surmonter les obstacles administratifs et /ou financiers à l'accès aux soins
- s'approprier les informations et les conseils en matière de prévention et d'éducation à la santé
- accéder aux soins, aux bilans de santé
- s'inscrire dans une démarche personnelle de santé
- retrouver l'estime de soi, restaurer le lien social.

Les actions s'appuient sur un partenariat intra et extra institutionnel : Cnam, CES, Centres sociaux, associations...

Sur les 5 départements, 426 personnes ont participé aux actions.

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

Ces actions ont permis aux groupes de réaliser des démarches administratives pour accéder aux dispositifs d'accès aux soins. Par un travail de compréhension collective, les participants se sont appropriés les critères de choix d'une complémentaire santé. Suite à une réflexion sur la prévention des risques d'accidents domestiques, des aménagements de domicile ont été réalisés. Certaines personnes se sont engagées dans des activités sportives et culturelles concourant au maintien d'une vie sociale.



Source: Cnav, Cnamts, Insee.

- RÉGION NORMANDIE -

Accès aux droits et aux soins pour les personnes à faibles ressources

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation des actions

A ce jour, en Normandie, les indicateurs retenus dans l'observatoire des situations de fragilité portent principalement sur les personnes âgées. Les cartographies et analyse issues de cet observatoire ont été transmises et commentées aux différentes unités du service social, qui s'en sont servies pour la mise en place d'actions touchant un public dans une tranche d'âge proche du passage à la retraite.

En CARSAT Normandie, le postulat a été posé qu'un territoire fragilisé « financièrement » pour les personnes âgées l'était également pour les tranches d'âge inférieures.

Pour définir un territoire fragile financièrement un indicateur composite a été élaboré, constitué d'une pondération des indicateurs suivants: proportion de retraités bénéficiaires de l'ASPA, proportion de retraités bénéficiaires d'une pension de réversion, proportion de retraités exonérés de la CSG, montant moyen des retraites et pensions.

Cet indicateur nous a permis de repérer 66 cantons fragiles ou très fragiles financièrement sur les 250 cantons que comptent la Haute et la Basse Normandie.

Le service social et les services retraite de la CARSAT se sont appuyés sur ces données pour l'organisation des actions d'information à destination des futurs retraités bénéficiaires de minima sociaux.

Les actions conduites

Des réunions, animées par le service social et les services retraite, sont organisées sur le thème du passage à la retraite des publics bénéficiaires de minima sociaux : revenu de solidarité active, allocation de solidarité spécifique, allocation adulte handicapé, fonds spécial invalidité, âgés de 58 à 60 ans. Lors de ces rencontres sont abordés l'accès aux droits retraite et l'accès aux soins : le relevé de carrière, le calcul de la retraite, les formalités à accomplir, les retraites complémentaires, la pension de réversion, la CMU de base, la CMU complémentaire, l'aide complémentaire santé, l'aide médicale d'état, le médecin traitant.

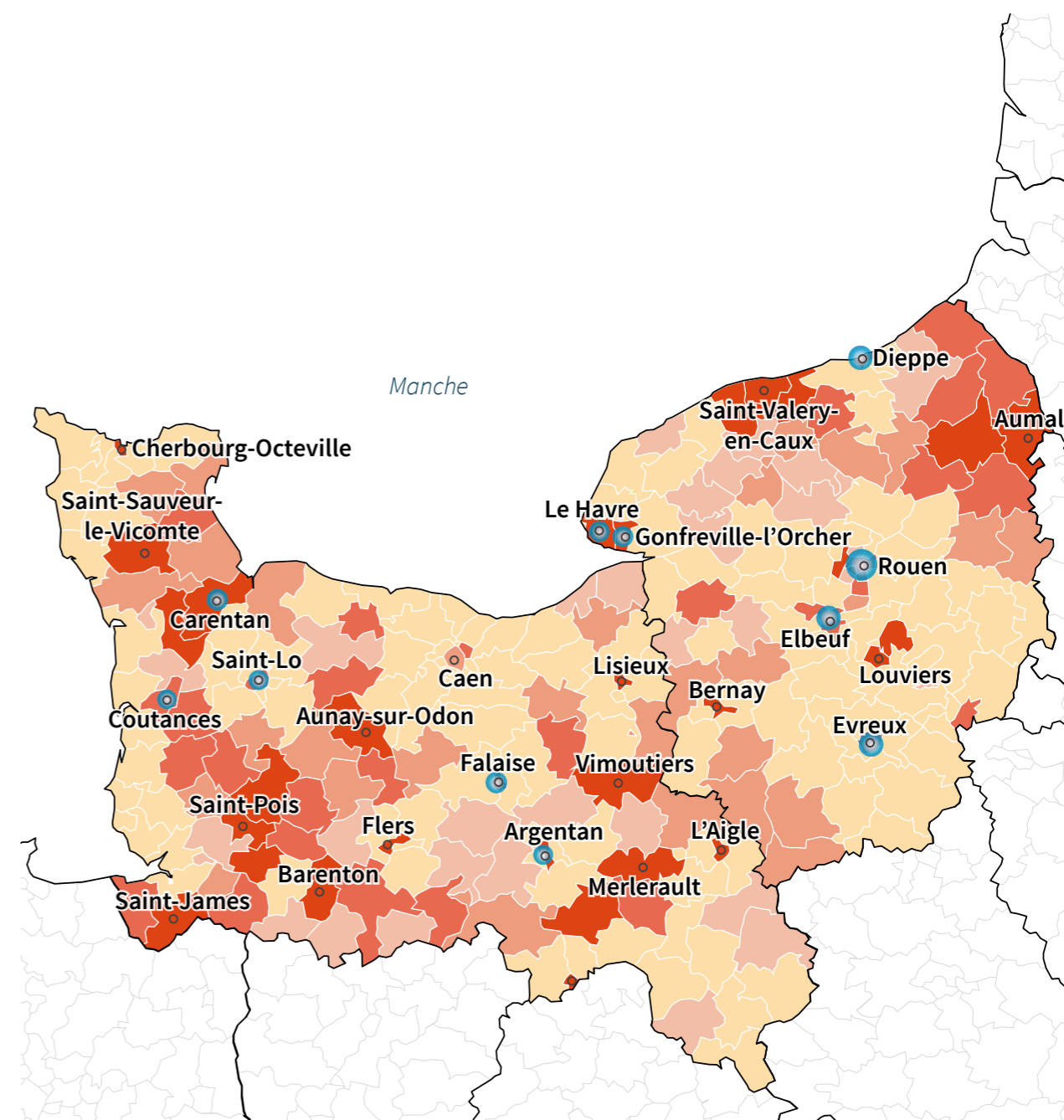
A l'issue de ces réunions sont proposés : un rendez vous avec un conseiller retraite, un rendez vous avec une assistante sociale, un examen de santé.

En 2013, le choix des lieux d'intervention a été prioritairement défini au regard des territoires détectés comme fragiles financièrement par l'observatoire « Personnes âgées ». Ainsi sur 16 réunions organisées, 7 l'ont été sur des territoires «très fragiles» et 9 sur des territoires «fragiles».

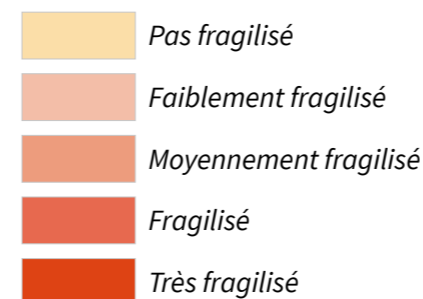
Une fois le lieu de la réunion déterminé, un courrier d'invitation est transmis aux personnes concernées par l'information résidant sur le territoire de l'action à partir de données fournies par les CAF, Cpm et Pôle emploi.

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

Le choix des lieux d'intervention à partir des territoires ciblés par l'observatoire a permis de passer de 293 participants en 2012 à 505 en 2013.



Classe de fragilité du canton



- Nombre d'actions conduites

Sources: Carsat Normandie

Adaptation du positionnement des actions vers les invalides dans les cantons les plus fragiles

Le diagnostic territorial ayant conduit à la réalisation des actions

A partir d'indicateurs de précarité, (le nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse, le nombre d'exonérés de la CSG), d'un indicateur qui témoigne de la perte d'un proche (le nombre de bénéficiaires d'une pension de réversion), d' un critère d'isolement social (le nombre de retraités du régime général vivant seuls) et enfin des catégories d'âge, une note pondérant ces indicateurs est élaborée pour retracer synthétiquement la fragilité.

L'analyse cartographique permet de repérer les territoires «très fragiles» qui sont essentiellement le Nord de la Loire-Atlantique et le Sud-Est de la Vendée.

Parmi les 10 cantons les plus fragilisés, 2 cantons très fragilisés apparaissent en Vendée et sont concentrés dans le sud-est du département, à savoir Chaillé-les-Marais, et Fontenay-le-Comte.

Par ailleurs, la Cpm de la Vendée a dans le cadre de son observatoire de la précarité créé un indicateur synthétique de la fragilité à partir des données suivantes :

- 3 indicateurs relatifs à la difficulté d'accès aux soins : CMUC, ACS et non adhésion au dispositif de médecin traitant,
- des indicateurs relatifs à la précarité monétaire : les bénéficiaires des minima vieillesse, RSA, l'AAH, la population à bas revenu,...
- 2 indicateurs relatifs aux difficultés sur le marché du travail : les chômeurs de catégorie A1 et les chômeurs de catégorie A¹² de longue durée (plus d'un an).

L'observation conjointe des cartographies réalisées sur le département de la Vendée conforte la caractéristique de fragilité des 2 cantons de Marais et Fontenay-Le-Comte.

Les actions conduites

A l'occasion d'un bilan annuel 2012 réalisé par le Service social de la Carsat Pays-de-la-Loire et la Cpm de Vendée concernant une action d'information collective en direction des nouveaux bénéficiaires de la pension d'invalidité, il est fait le constat d'une baisse du nombre de personnes présentes au regard de l'année précédente.

Des réunions étaient organisées jusqu'alors sur 2 sites:

- La Roche sur Yon,
- Challans.

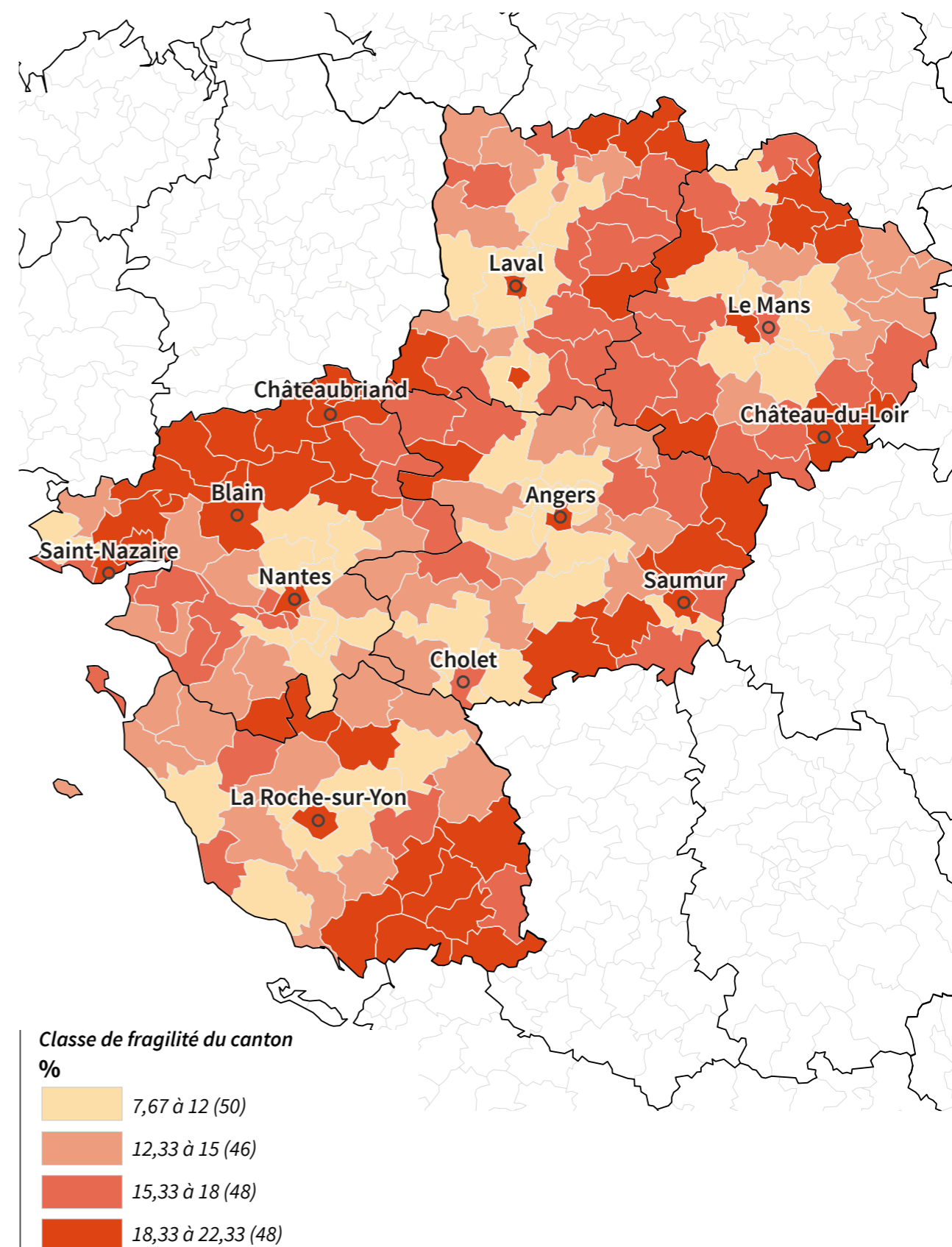
En analysant les motifs de non-participation aux réunions, il est observé une récurrence notable du motif «moyen de locomotion», particulièrement pour des assurés résidant sur le secteur Est-Vendée (Fontenay le Comte).

A partir de ces observations, les acteurs locaux Carsat et Cpm décident de mettre en place des réunions d'information sur la ville de Fontenay le Comte, afin de favoriser l'adhésion des assurés de ce territoire à l'offre de services qui leur est adressée.

Ainsi, en 2013, 136 personnes ont été invitées à 2 réunions organisées dans cette ville. 20% d'entre elles proviennent du territoire de Fontenay. Sur les 19 participants, 80% d'entre eux résident sur ce territoire.

L'évaluation d'impact, l'enseignement de ces actions

Fort du constat de pertinence de cette adaptation de l'action, il a été décidé d'organiser en 2014, trois réunions sur l'année en janvier, mai et septembre.



Sources: Carsat Pays de la Loire, Cpm de Vendée

12 - Un chômeur de catégorie A est un demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi, tenu de faire des actes positifs de recherche d'emploi.



REMERCIEMENTS

Composition du Comité de Pilotage national Observatoires des situations de fragilité :

- ▶ M. Claude Gissot , M. David Xardel, M. Pierre Peix, M. Yves Canevet, CNAMTS
- ▶ M. Antonin Blanckaert, M. Vincent Poubelle, Cnav
- ▶ M. Michel Noguès, Mission CNAMTS/Cnav
- ▶ M. Christian Fatoux, Cnam du Gard
- ▶ M. Charles Serrano, Cnam de l'Hainaut
- ▶ M. Bernard Tapie, Carsat Bourgogne et Franche-Comté
- ▶ Mme Delphine Paccard, Carsat Languedoc-Roussillon
- ▶ M. Olivier Suzanne, Carsat Nord-Picardie

Composition du Comité opérationnel Observatoires des situations de fragilité :

- ▶ Mme Rozany Kiep, CNAMTS
- ▶ Mme Odile Charrier, Cnav
- ▶ M. Bernard Tapie, Carsat Bourgogne et Franche-Comté
- ▶ Mme Delphine Paccard, Carsat Languedoc-Roussillon
- ▶ M. Olivier Suzanne, Carsat Nord-Picardie

Nos remerciements tout particuliers pour la réalisation de cet atlas à :

- ▶ Marie-Hélène Mougard, Myriam Debeaux, CNAMTS
- ▶ Julie Hugues, Smiljka Grkovic, Cnav
- ▶ Oana Zmuschi, Carsat Languedoc-Roussillon

ANNEXE

LISTE DES CARTES

Désignation	Page
Élargissement de l'observatoire à l'intérregime - Exemple du Languedoc-Roussillon	12
Carte Nationale - Indicateur composite de mesure de la fragilité sociale des territoires	14-15
Carte Nationale - Le pourcentage de recours aux aides individuelles	16
Région Aquitaine - Programme régional de prévention en interrégime	20-21
Région Bourgogne et Franche-Comté - Chartes territoriales	23
Région Île-de-France - Mise en œuvre des parcours attentionnés en foyers de travailleurs migrants et résidences sociales	25
Région Midi-Pyrénées - Bien-vieillir chez soi - prévention globale en faveur des plus fragiles	27
Région Nord-Est - Offre de service destinée aux retraités suite à la perte d'un proche « Etre seul et prendre soin de soi »	29
Région Nord Est - Forum « Habitez bien, Habitez malin » Sainte Ménéhould (51)	31
Région Nord-Picardie - Développement du partenariat avec les centres sociaux	33
Région Normandie - Expérimentation de partenariat avec la Poste	35
Région Rhône Alpes - Mise en place d'un atelier « Equilibre en bougeant »	37
Région Sud-Est - Mise en place d'actions collectives pour les personnes bénéficiant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées	39
Carte Nationale - Proportion de bénéficiaires ayant la CMUc au 31 décembre 2013	40
Carte Nationale - Proportion de bénéficiaires pour lesquels une ouverture de droit a été délivrée en 2013 (ACS)	41
Carte Nationale - Proportion des bénéficiaires d'IJ >180 j	42
Région Alsace-Moselle - L'action du passage à la retraite pour le public RSA	47
Région Auvergne - Promotion d'un bilan de santé aux bénéficiaires des minimas vieillesse	49
Région Bretagne - Préparation du passage à la retraite	51
Région Centre - Actions collectives pour éviter la précarisation des personnes en arrêt de travail	53
Région Centre Ouest - Pilotage des actions collectives « Parcours Prévention Santé »	55
Région Languedoc-Roussillon - L'accompagnement des sorties d'hospitalisation	57
Région Nord Picardie - Les parcours prévention santé en faveur des seniors	59
Région Normandie - Accès aux droits et aux soins pour les personnes à faibles ressources	61
Région Pays de la Loire - Adaptation du positionnement des actions vers les invalides dans les cantons les plus fragiles	63

GLOSSAIRE

- **AAH**
Allocation aux adultes handicapés
- **AGIRC-ARRCO**
Association générale des institutions de retraite des cadres - Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés.
- **ANAH**
Agence nationale de l'aide à l'habitat
- **ANCV**
Agence nationale pour les chèques-vacances
- **ARDH**
Aide de retour à domicile après hospitalisation
- **ARS**
Agence régionale de santé
- **ASEPT**
Association de santé, d'éducation et de prévention sur les territoires
- **ASIR**
Aide aux retraités en situation de rupture
- **ASPA**
Allocation de solidarité aux personnes âgées
- **CAF**
Caisse d'allocations familiales
- **CARSAT**
Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- **CCAS**
Centre communal d'action sociale
- **CES**
Centre d'examen de santé
- **CGSS**
Caisse générale de Sécurité sociale
- **CLIC**
Centre local d'information et de coordination
- **CMUC**
Couverture maladie universelle complémentaire
- **CNAMTS**
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- **Cnav**
Caisse nationale d'assurance vieillesse
- **CNRACL**
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
- **Cpam**
Caisse primaire d'assurance maladie
- **CSG**
Contribution sociale généralisée
- **DSL**
Développement social local
- **EHPAD**
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **FTM**
Foyer de travailleurs migrants
- **INPES**
Institut national de prévention et d'éducation de la santé
- **MSA**
Mutualité sociale agricole
- **PAP**
Plan d'Action Personnalisé
- **PLANIR**
Plans locaux d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures
- **PAPA**
Plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées
- **PPS**
Parcours prévention santé
- **PRIF**
Prévention retraite Ile-de-France
- **RSA**
Revenu de solidarité active
- **RSI**
Régime social des indépendants
- **SIG**
Système d'information géographique

*Le principe même des Observatoires des situations de fragilité repose sur la coordination des branches
Maladie et Retraite. Cette coordination est formalisée dans le cadre du
Plan national Proximité Autonomie de l'Avancée en Age
qui vise à accompagner les personnes retraitées ou préretraitées en risque de fragilité
dans des parcours attentionnés conjoints Maladie/Retraite.*

