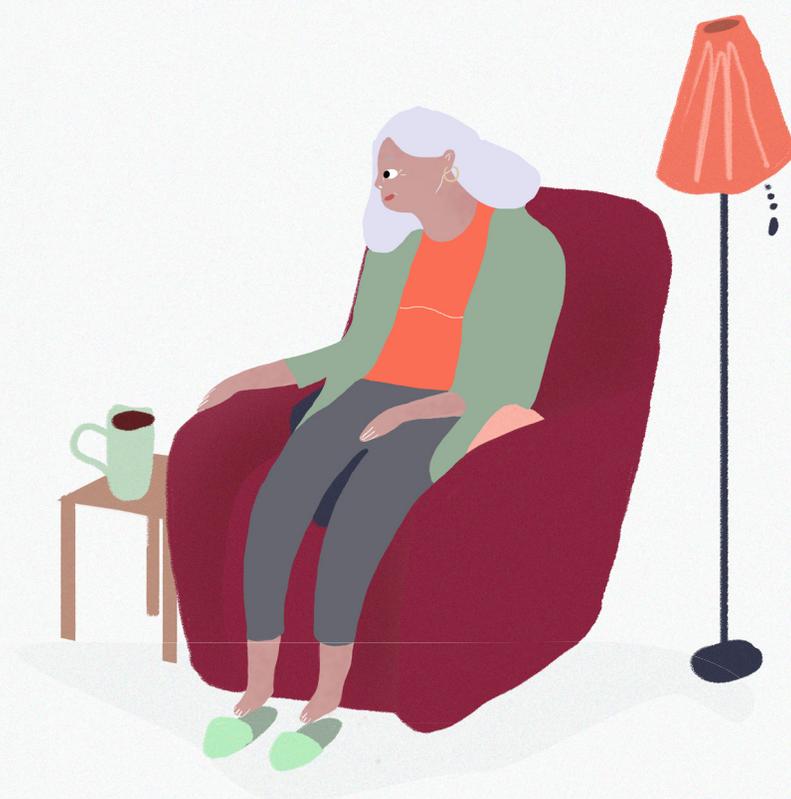


BIEN-VIEILLIR

Synthèse étude qualitative

Usages et représentations autour du bien-vieillir, freins, leviers et facteurs clés de succès pour la participation aux actions labellisées prévention – Étude menée dans le cadre du projet “Bien Vivre chez soi dans la Métropole de Lyon”

— MAI 2021



Étude co-pilotée par la Direction de la Prospective et du dialogue public (DPDP) et la Direction des Solidarités, Habitat Éducation (DSHE) et réalisée par l'agence Nova7, membre du réseau de veille prospective de la DPDP.

Sommaire

Contexte et Méthodologie	Page 4
Faits saillants - synthèse des éléments du diagnostic	Page 5
Les freins et leviers à la participation aux actions de prévention à prendre en compte dans un cahier des charges	Page 8
Profils des types des différents rapports aux actions de prévention	Page 12
Conclusion : Les facteurs clés d'une action de prévention à prendre en compte dans un cahier des charges	Page 16

Contexte et Méthodologie

Dans un contexte de vieillissement de la population mondiale, le « bien-vieillir » devient un enjeu majeur des politiques publiques. La prévention de la perte d'autonomie regroupe des thématiques diverses et se confronte au défi d'intéresser les personnes âgées qui constituent un public hétérogène. Penser des outils, services, dispositifs, etc. de promotion de la santé pour les personnes âgées implique donc de réfléchir des actions qui seront différentes en fonction de la sous-catégorie de public ciblée. Depuis 2017, le projet *Bien Vivre Chez Soi à la Métropole* s'est justement mis en place dans le but de développer des solutions innovantes pour répondre à cet enjeu du bien vieillir. Ce projet est conduit par la Métropole de Lyon et financé par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Les responsables du projet ressentent le besoin de :

- **Mieux comprendre les représentations, freins et leviers en lien avec les actions de prévention**, notamment via le test d'idées et de concepts d'actions de prévention pré-identifiées pour comprendre les réactions des publics à qui elles s'adressent ;
- **S'intéresser plus particulièrement aux publics dits vulnérables**, éloignés des actions « labellisées prévention » et des canaux de communication sur le sujet ;
- **Recueillir des éléments permettant de développer l'« aller vers »** ces publics.

Une série d'entretiens a été réalisée auprès des 3 publics cibles identifiés :

-  ○ Les personnes âgées autonomes, qui ont d'autres sources de maintien du lien social, d'activité physique, etc. et qui ne se sentent pas toujours concernées par les actions de prévention labellisées, dans le but de comprendre leur rapport au bien-vieillir, leurs stratégies personnelles de prévention et leur rapport à la prévention labellisée (15 entretiens) ;
-  ○ Les personnes âgées qui participent ou ont déjà participé à des actions de prévention et dont l'expérience peut éclairer sur le parcours qui mène à ces actions, ainsi que sur le vécu de ces actions et les attentes des usagers (10 entretiens) ;
-  ○ Les personnes isolées qui n'ont pas connaissance de ces actions ou ne se projettent pas dans les modalités actuelles proposées (5 entretiens).

Afin de prendre en compte toute la variété des situations individuelles, nous sommes attachés à bâtir un **échantillon diversifié** de répondants **en termes de genre, d'âge** (entre 60 et 85 ans), **de niveau de revenu, de situation familiale et de localisation d'habitat**.

Faits saillants — synthèse des éléments du diagnostic

- **La prévention ne constitue pas un objet de pensée pour les personnes âgées.** Interrogées sur ce concept, elles le relient avant tout à des précautions et habitudes tout au long de la vie, mais sans y associer des spécificités du vieillissement.
- **Leur approche de la santé semble souvent plus palliative que préventive.** Il s'agit surtout de conserver leur hygiène de vie habituelle jusqu'au moment où elles auraient un signe (médical) qu'il est nécessaire de changer de mode de faire. La prévention semble encore associée au fait d'en « faire trop », de ne pas « profiter de la vie ».

« Je n'ai pas pris de précautions particulières pour le moment. Quand ça va être nécessaire oui je le ferai mais je ne sais pas encore quoi. Je pense que je n'y ai pas pensé. Enfin j'y pense mais de loin, je n'y ai pas encore réfléchi ce n'est pas la peine pour l'instant. »



- La majorité des participants ont cependant des stratégies personnelles pour « rester en forme », « s'entretenir ». Beaucoup accordent une importance particulière à faire quotidiennement du sport (en groupe ou seuls), à manger équilibré et sans excès, d'autres ciblent sur des jeux cérébraux ou encore sur la fréquentation régulière de lieux culturels pour rester « dans le monde ». La recherche d'ouverture est en effet présente dans le discours des participants qui veulent continuer d'apprendre, d'élargir leur cercle de connaissance, etc.

- **Les actions labellisées prévention pour le bien-vieillir sont assez méconnues**, à l'exception des cours de sport, clubs du 3e âge et des ateliers de prévention des chutes. C'est avant tout sous l'angle des campagnes de prévention, notamment affichées chez les médecins ou médiatisées à la télévision, que la prévention de la perte d'autonomie est envisagée.

- La méconnaissance des spécificités du vieillissement en matière de santé s'explique en partie par un **rejet de l'identification aux groupes des personnes âgées** par les participants de l'étude. L'âge est pour eux un concept abstrait car ils ne se perçoivent pas comme « vieux » même si les 70 ans constituent souvent un cap symbolique difficile à vivre.

« C'est difficile à dire, à dater. On se croit non concerné... ce qui est faux. Je me suis sentie concernée quand j'ai été malade mais sinon ça reste abstrait. C'est ça le pire dans la vieillesse. Le chiffre lui-même reste abstrait. Tant qu'on va bien on ne se sent pas vieux. »



o **La retraite marque pourtant l'entrée dans le vieillissement**, du fait des représentations sociales associées. Si elle est synonyme de temps pour soi et de diversification des pôles d'investissement, c'est aussi une période de transition qui est vécue comme brutale et reste liée à un sentiment d'inutilité des personnes âgées pour la société. C'est un moment clé qui se prépare, s'anticipe et marque le potentiel début de nouvelles habitudes en termes d'alimentation, d'exercice physique, de lien social...



« Pour moi la retraite ça a été une dépression, je n'ai pas fait surface pendant 6 mois. Je me suis retrouvée sans mail, sans coups de fil, chez moi du jour au lendemain. Ça a été un grand vide. Il m'a fallu 6 mois pour reprendre pied. »

o Bien vieillir est défini par beaucoup des personnes rencontrées avant tout au prisme du lien social et de la santé. Pour elles, il s'agit avant tout d'**être en possession de ses capacités physiques et intellectuelles**, pour rester pleinement autonome et continuer à sortir de chez soi, à faire preuve de curiosité, à voir des amis et de la famille... La dépendance (indissociable de l'EHPAD) et l'isolement représentent donc l'opposé du bien vieillir. Ce point fait écho à une précédente étude pilotée par la DPDP, *Enquête Logement et vieillissement* (sur www.millenaire3.com), qui avait également révélé que « **la première et la plus importante des aspirations des seniors rencontrés concerne leur volonté de rester indépendant** », ce qui impacte en conséquence leur appréciation de toutes les offres de services et d'aménagement pour le bien-vieillir.

o Les personnes isolées et vulnérables rencontrées se démarquent des autres participants de l'étude. Elles ont bien souvent déjà des problèmes de santé qui les positionnent en dehors du strict périmètre de la **prévention primaire***. Le lien social et les conditions matérielles de vie sont les deux pôles qui conditionnent leur qualité de vie. L'urgence de leur situation implique une approche très court-termisme de la santé qui ne permet pas de se projeter dans des comportements visant à éviter des problèmes futurs. Pour autant, lorsque les isolés sont amenés par des personnes ressources (assistantes sociales, auxiliaires de vie, associations) à participer à des actions sources de lien social ou à bénéficier d'aides (d'accès aux droits, matérielles...) cela peut faire une très grande différence pour eux.

* La prévention primaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque (source OMS)



« Heureusement que les Petits Frères des Pauvres sont là pour les personnes comme moi, toutes seules, sinon je me serais balancée. »

o Si différents freins expliquent la non-participation d'une partie des personnes âgées aux actions labellisées prévention, l'un des principaux est la stigmatisation des activités réservées aux personnes âgées. Les seniors ne se reconnaissent pas dans cette cible de public, considérant qu'il n'est pas pertinent de rassembler les individus par tranche d'âge. À leurs yeux, les actions sont avant tout destinées aux personnes déjà vulnérables ou seules. Ce rejet est en partie lié à une forme de déni de leur propre vieillissement, qui les amène à trouver plus attractives des actions intergénérationnelles ou non explicitement ciblées. Ce constat n'est pas toujours vrai, dans la mesure où l'entre-soi peut être recherché sur des questions de santé ou de sport pour certains.

o Pour les personnes ayant déjà participé à des actions, les leviers principaux les ayant menés à franchir le pas relèvent d'un déclic sous la forme d'un problème médical les ayant conduits à se sentir concerné, ou d'une activité qui a marqué le début d'une dynamique plus globale de prévention (comme la marche nordique).

o Le discours des personnes isolées vulnérables ne permet pas de recenser des freins et leviers à la participation aux actions de prévention car leurs problématiques se situent déjà en aval de cette question. Les personnes isolées et rendues vulnérables par des problèmes de santé et/ou de revenus ne s'orienteront spontanément vers aucune des actions proposées et il sera nécessaire de déployer des dispositifs **d'aller-vers***, individuels dans un premier temps, afin de les ramener dans une dynamique plus globale de prévention. L'aller-vers s'affirme donc comme indispensable, a minima en tant qu'étape.



* L'aller-vers est un concept concernant les métiers du travail social. Les démarches « d'aller vers » les personnes consistent à intervenir en amont avant que les difficultés ne soient installées dans un objectif de repérage et de prévention plutôt que de réparation. Ce concept s'insère dans une stratégie de lutte contre la pauvreté.

o Les actions de prévention rattachées au lien social semblent prioritaires à l'ensemble des participants qui voient vraiment en l'isolement le plus grand risque du vieillissement, lié à tous les autres par une spirale négative de laisser-aller.

o Les défis majeurs de la prévention semblent en conséquence être de dépasser la stigmatisation sociétale liée au vieillissement qui empêche les publics cibles de se sentir concernés par les actions. Cela implique d'**enclencher des dynamiques de sensibilisation les personnes aux spécificités du vieillissement** et de **surmonter les idées reçues** au niveau des doutes sur la fiabilité des sources de prévention ou sur l'utilité des actions (parfois associées aux publicités ou démarchages pour des produits qui luttent contre le vieillissement).

Les freins et leviers à la participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie

La théorie psychosociale la plus utilisée pour décrire le lien entre l'attitude et le comportement est encore la théorie du comportement planifié (TCP). Ce modèle est intéressant pour penser les freins et leviers à la participation aux actions de prévention :

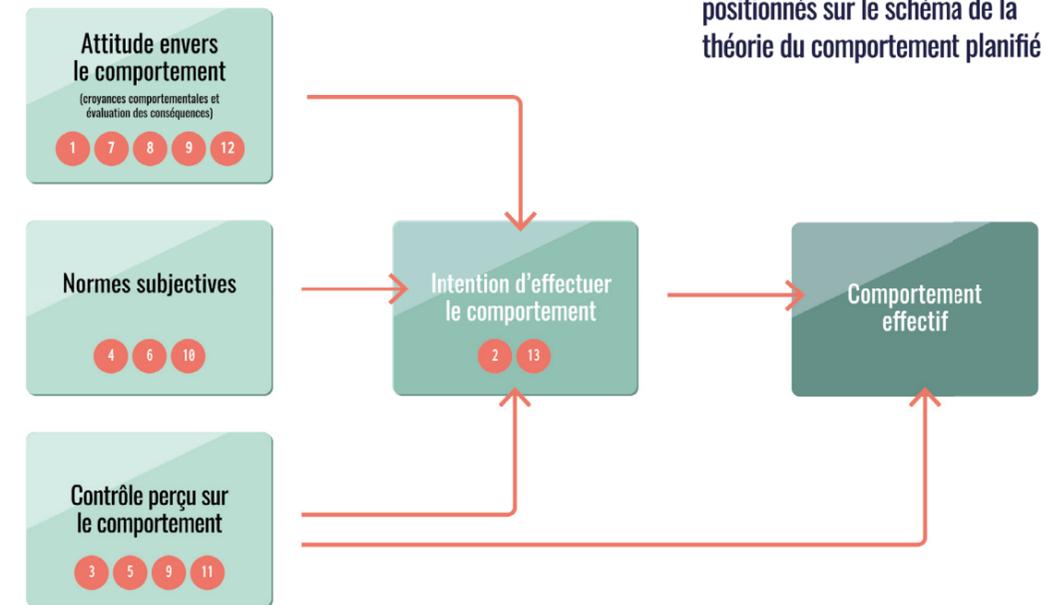
- **Certains freins et leviers** relèvent **de l'attitude** (croyances, représentations, connaissances et affects...). Ce que l'on pense d'un comportement va se construire en lien avec ce que l'on en entend dans les médias, avec nos expériences passées, etc. Les représentations sociales du vieillissement et les idées reçues sur les thématiques de la prévention relèvent ainsi de l'attitude ;
- **D'autres freins et leviers** renvoient **majoritairement aux normes sociales** subjectives car ils font appel ce que les personnes pensent qu'il est "normal" de faire et/ou qu'il est "bien" de faire, ainsi qu'à leur motivation à se soumettre ou non à ces normes. La question du rapport au risque est en ce sens une question intrinsèquement sociale ;
- Enfin **certains freins et leviers** réfèrent au **contrôle perçu sur le comportement** prôné. Si les publics cibles des actions de prévention ne sont pas convaincus de l'utilité des conseils ou recommandations ou du fait qu'ils peuvent (facilement) arriver à les mettre en place, le sentiment d'auto-efficacité associé à un comportement devient trop faible pour inciter à son adoption.

L'adoption d'un comportement découle également d'une composante fondamentale qui relève à la fois de l'attitude, de la norme et du contrôle perçu : l'utilité associée à un comportement. Pour adopter un comportement il faut juger que cela va nous rapporter quelque chose, que cela va nous servir. Appliqué à la question de la prévention à la perte d'autonomie, cela signifie que les seniors pourraient d'autant plus avoir l'intention de participer à une action de prévention que le risque de perte d'autonomie lié à la thématique leur semblerait élevé et que l'action proposée leur apparaîtrait à la fois comme une forme de réponse utile mais aussi peu coûteuse pour eux (à différents niveaux tels que la facilité, le prix, l'éloignement...).

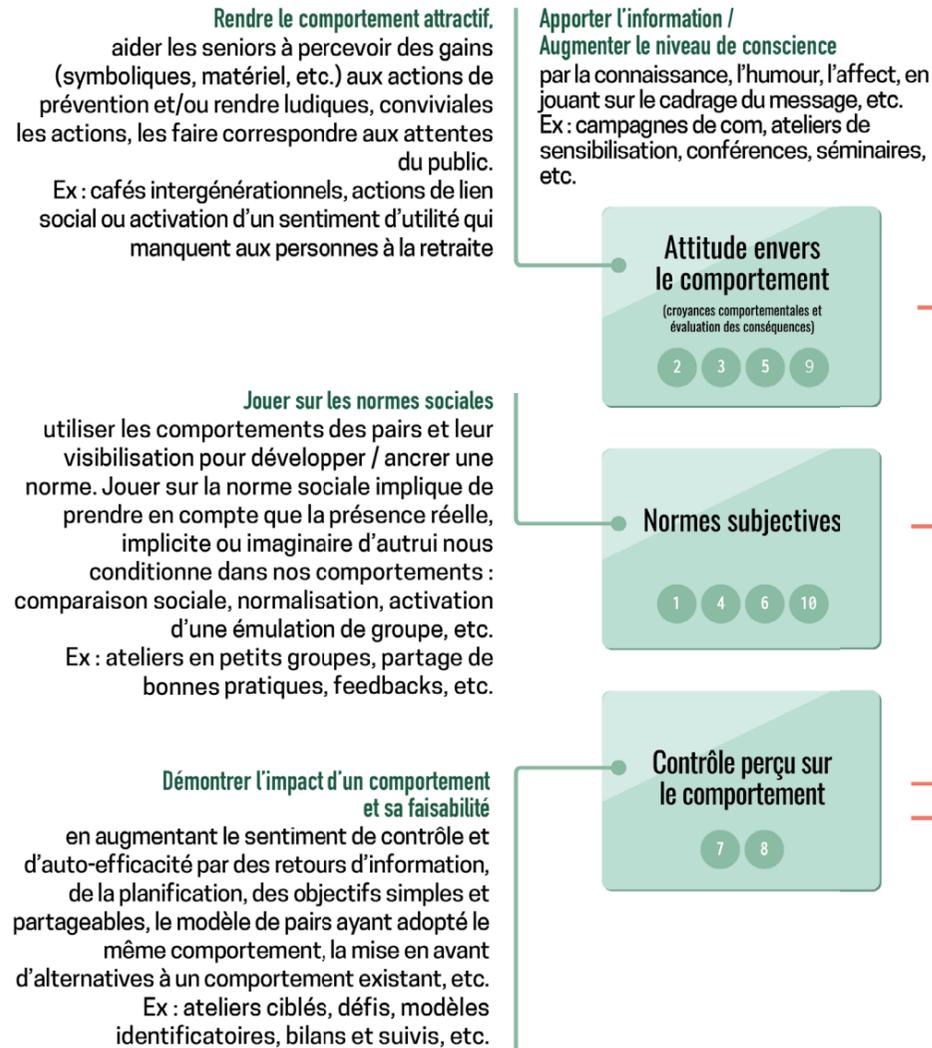
Un exemple de lecture du schéma ci-après : Le biais d'auto-complaisance (frein n°3) renvoie au contrôle que les personnes âgées pensent avoir (ou, en l'occurrence, ne pas avoir) sur les maladies et symptômes de dépendance qui pourraient advenir. Ils ne mettent pas en place de comportements préventifs car ils perçoivent la perte d'autonomie comme une fatalité. Comprendre et décortiquer ce frein peut amener à imaginer différents types de leviers pour impulser un changement de comportement.

Certaines personnes âgées connaissent en effet souvent les normes injonctives pour préserver leur santé (ce qu'il serait bien de faire) mais n'adoptent cependant pas les comportements préconisés par habitude, par résistance au changement, par manque de connaissance de l'offre, par rejet du symbole de vieillissement qui est associé à ces actions, etc. Les freins identifiés sur le schéma ci-dessus ne sont pas exhaustifs, dans la mesure où l'étude portait sur le périmètre très large de toutes les actions de prévention primaire pour le bien-vieillir, et sur toutes ses thématiques. L'objectif est de se servir des freins recensés comme des exemples au service d'une logique plus fine à acquérir lors de questionnement sur des actions et/ou des thématiques spécifiques. Des freins qui relèvent de l'attitude n'impliqueront pas les mêmes réponses que des freins qui se rapportent plutôt à la norme ou au contrôle perçu. L'objectif est ici de trouver des leviers adaptés aux freins à la participation aux actions de prévention primaire pour le bien-vieillir.

Les freins, positionnés sur le schéma de la théorie du comportement planifié

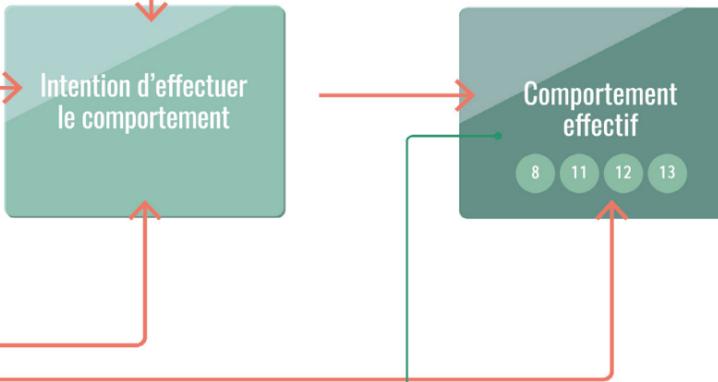


- | | | |
|--|---|--|
| 1 La méconnaissance de risques spécifiquement liés au vieillissement | 6 Le biais d'optimisme comparatif | 11 Le rejet des contraintes ou des obligations |
| 2 Une approche palliative du risque | 7 Le manque de confiance dans certaines sources | 12 Le manque de détails sur le contenu des actions |
| 3 Le biais d'autocomplaisance | 8 Le sentiment de ne rien apprendre | 13 Une première expérience décevante |
| 4 Le refus de s'identifier à la catégorie « personnes âgées » | 9 Des thématiques porteuses de résistances (comme l'alimentation) | |
| 5 Le rejet des sujets associés à la dépendance | 10 Le rejet de l'infantilisation / de la moralisation | |



Les leviers,

positionnés sur le schéma de la théorie du comportement planifié



Maintenir les personnes engagées dans un comportement et les amener à le diffuser
rôle d'animateur des actions ou de porte-parole, piqures de rappels avec de la sensibilisation pour entretenir la motivation...

Engager les seniors dans des comportements,
en les incitant à s'y engager publiquement, à s'investir dans une dynamique progressive ou par le test.
Ex : pousser à tester une pratique par la gratuité d'un dispositif, initiations sans inscriptions, en allant vers eux pour créer une demande...

Point de vigilance transversal

préserver la liberté, donner de l'espoir et du sentiment de contrôle en évitant les campagnes / dispositifs trop « chocs » qui peuvent créer du déni, voire devenir contreproductifs + éviter la culpabilisation ou la moralisation qui créent parfois des inconforts psychologiques trop grands pour qu'ils deviennent moteurs + être transparent sur les sources : la méfiance peut entraver le changement de comportement

Exemple de lecture du schéma ci-après : Les entretiens révèlent qu'avoir accès à un test/à une initiation (levier n°8) permet aux personnes interrogées d'être moins réticentes à participer à une action de prévention car elles sont ainsi engagées progressivement dans un processus de prévention qu'elles apprivoisent à leur rythme, sans y associer des contraintes et des obligations. Cela leur redonne donc du contrôle perçu sur les comportements qu'elles peuvent mettre en place pour préserver leur santé.

Au-delà des leviers spécifiques relevés dans les entretiens, il est possible de dégager des grandes familles de méta-leviers. Des actions peuvent ainsi être mises en place selon ces grandes familles de leviers pour lever certains freins préalablement identifiés. Il s'agit donc de comprendre les freins à une action de prévention et de trouver comment participer à les lever. Plus globalement, lever des freins relevant du contrôle perçu demandera ainsi d'actionner des principes d'actions qui jouent sur une démonstration de l'impact et de la faisabilité d'un comportement préventif.

- | | | |
|--|---|--|
| 1 Les actions intergénérationnelles et non labellisées | 6 L'influence de l'entourage | 11 L'intégration du comportement dans un rythme familial |
| 2 Une activité dédic | 7 les aspects logistiques (horaires, proximité) | 12 Impliquer les seniors dans un rôle actif |
| 3 Percevoir une utilité – les bénéfices médicaux | 8 Avoir accès à un test, à une initiation | 13 Les stratégies personnelles |
| 4 Percevoir une utilité – les aspects ludiques et conviviaux | 9 La confiance en la source et/ou la personne qui anime/intervient | |
| 5 L'information (et l'informatique) | 10 Le collectif / le groupe comme motivation et maintien de la motivation | |

Ce schéma peut par conséquent devenir un outil pour penser les actions de prévention à partir de freins à lever et de leviers à activer. Il s'agit avant tout d'acquiescer une logique de conception (ou d'amélioration) des actions de prévention en se demandant quels sont les objectifs de ces actions en fonction du public ciblé et/ou des freins et leviers recensés.

Profils types des différents rapports aux actions de prévention

Les personnes âgées ne constituent pas un public homogène. Au-delà même de la grande différence d'âge et d'autonomie qui distingue les personnes de 60 ans et celle de 85 ans, les personnes âgées se différencient également par de nombreux autres facteurs, tout comme le reste de la population. Le fait d'être identifié comme un public cible sur la base de leur âge est un frein majeur à la participation des personnes âgées à des actions labellisées prévention. Dans le but d'ouvrir la réflexion sur les (sous)publics cibles de la prévention primaire sur la base de critères qui ne sont pas socio-démographiques, nous avons abouti à 5 profils de personnes âgées. Ceux-ci se différencient sur 4 axes d'opposition dans le rapport que les personnes âgées peuvent entretenir avec la prévention primaire (représentations, attentes, besoins, pratiques...) qui se sont dégagés comme structurants dans le rapport à la prévention au fil des entretiens :

• Recherche de repères, de recommandations, rejet des injonctions (confiance)

Cet axe est celui de la confiance en les conseils et recommandations prônés par les institutions. Il est structurant dans la mesure où les entretiens révèlent qu'il existe une forte polarisation entre des personnes âgées très demandeuses d'une boussole, de conseils et de techniques qui les guident vers la préservation de leur autonomie, et d'autres personnes âgées qui ont développé seules des stratégies qui leur suffisent et sont même très sceptiques vis-à-vis des communications et actions labellisées prévention.



• Recherche de nouveauté - préférence pour l'habitude (découverte)

L'axe de la découverte permet de placer le curseur sur l'envie ou l'absence d'envie de découvrir de nouvelles choses. Certains participants étaient en effet très désireux de diversifier leurs connaissances, leur entourage, leurs activités, etc. quand d'autres préfèrent rester dans une zone de confort qui satisfait leurs attentes, dans un rythme souvent très cadré qui leur permet de structurer leurs journées et leurs habitudes de lien social, de sport, d'alimentation, etc.



• Attrait pour le groupe - attrait pour l'indépendance (sociabilité)

L'axe de la sociabilité est en un sens plus complexe que les deux premiers axes présentés. Il décrit l'appétence des personnes âgées pour entretenir et étayer leur lien aux autres. L'attrait pour le groupe peut prendre des formes diverses chez les différentes personnes (rencontrer de nouveaux amis, passer un après-midi avec des enfants...) quand l'indépendance peut signifier privilégier des moments seuls, en couple ou même entre amis mais avec une priorité accordée au "sur-mesure".



• Motivations hédonistes - motivations en lien avec la santé (rapport au risque)

Enfin, l'axe du rapport au risque ne prend ici en compte qu'un des aspects du rapport au risque, celui des motivations à préserver sa santé pour entrer dans le cadre de l'objet de l'étude : la prévention primaire ou promotion à la santé. Il indique si les personnes adoptent des comportements dans une optique plus médicale (pour prendre soin de leur santé sur le plan physique) ou si leurs motivations sont plutôt tournées vers le divertissement, le lien aux autres, etc.



Les cinq profils

Le bon vivant est une personne qui refuse la prévention au nom du fait qu'elle veut « profiter de la vie ». Les injonctions lui semblent prémâchées et pas si fiables que ça. Elle ne se sent pas concernée et ne voit pas ce que ça pourrait lui apporter de participer à un atelier. Son idée de la prévention, si tant est qu'elle en ait une, c'est d'éviter les plus gros excès qu'elle pouvait pratiquer à 20 ans, sans plus. L'idée fataliste qu'il arrivera ce qu'il arrivera ne l'empêche pas de se dire qu'elle pourra rectifier le tir si une maladie ou autre signe lui indique qu'il le faut, mais pas avant : il n'est pas assez vieux !

« Blanc, puis noir le lendemain... De toutes façons les gens sont grimés sur les affiches de prévention. Ça ne me donne pas envie de faire des efforts et de manger 5 fruits et légumes par jour... Pas plus que de manger à 18h15 sans même un petit verre de rouge... »



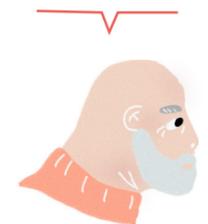
La curieuse est une personne à l'affût, friande de tout ce qu'elle peut tester de nouveau. Elle peut tester diverses activités de prévention organisées par la Ville, la CARSAT ou des associations. Elle a ainsi essayé les ateliers mémoire ou nutrition, elle pratique la marche nordique est assidue à un grand nombre de conférences qui viennent en complément de ses propres activités culturelles et sportives. La curieuse est en effet dirigée par des valeurs de découverte et de dynamisme, de culture, de sociabilité. Toujours partante, elle a envie d'élargir son horizon tout en sortant de chez elle. C'est un public acquis des actions de prévention, pour autant sa boulimie d'activité peut être un moyen pour elle de compenser une certaine solitude qui devient très difficile à gérer, par exemple lors des périodes de confinement. Elle a besoin de ces actions pour se maintenir en bonne forme physique et psychologique.

« Je participe avec plaisir et curiosité à plein de choses : la semaine bleue, des balades guidées, des conférences, des soirées pour les retraités... Tout ça me plaisait beaucoup et ça me manque, j'en ai besoin pour garder le moral. »



Le stratège a développé des stratégies pour bien vieillir tout seul, dans la continuité de son hygiène de vie acquise depuis longtemps. Il cible les comportements en fonction de ce qu'il pense qu'il lui faut, ou de ce qu'il pense être bon pour lui. Il peut aller suivre des cours de gym mais n'ira jamais dans un club car il est allergique aux contraintes fixes et associe ce terme à « un truc de vieux ». Il a des conceptions personnelles très définies de la forme, du bien-manger et si elles peuvent être fausses et par là-même sources de risques, il sait souvent dans les grandes lignes comment s'occuper de lui-même car il a acquis des habitudes de prévention bien ancrées. C'est souvent une femme, qui entraîne son mari dans ses techniques.

« Je marche beaucoup, je me bouge, je vais au cinéma ou au resto avec mon mari et mes enfants... Être en forme c'est s'accroupir sans les mains, monter des côtes sans être essoufflé, se lever sans courbatures, ne pas être en surpoids. C'est mon cas donc j'en déduis que j'ai la bonne recette ! »



L'intello est une personne qui a gardé de sa vie active des activités qui constituent des repères pour lui après la retraite. Il lit notamment des publications d'experts sur différents sujets, pour se tenir au courant des avancées de la science, suit des conférences assez pointues mais peut négliger son alimentation. Il pense ne pas être la cible de la prévention qui est à son sens plus pertinente pour les personnes les moins aisées qui n'ont « pas assez préparé leur retraite », qui ne sont « pas assez ouvertes à la culture ». C'est finalement une communication d'expert qui va donc éveiller sa curiosité car il adore engranger des connaissances si elles restent dans la sphère des idées, plus attractive pour lui que le pratique !

« Je pense que la prévention psychique est importante aussi : aller gratter sa cervelle, parler de la vieillesse, aller au fond des choses. »

L'isolée cumule différents facteurs de vulnérabilité. Il est isolé car il a très peu de liens familiaux ou amicaux et cet isolement va souvent de pair avec une précarité matérielle et des problèmes de santé qui ont commencé avant même la retraite et s'empirent avec le temps. Ses conditions de vie difficiles mettent l'isolé dans une situation d'urgence qui obstrue la temporalité et empêchent de se projeter sur le long terme. Cela conduit l'isolé à un repli sur soi et à des conduites peu conformes aux recommandations de prévention. Le système d'aide qui l'accompagne représente la majorité de ses liens vers l'extérieur (médecin, auxiliaire à domicile, infirmier...) et qui lui permettent d'accéder à des aides matérielles ainsi qu'à des personnes ressources souvent dans le secteur associatif. Le lien social est donc au cœur de ses besoins mais il ne peut y accéder que par le biais de dispositifs d'aller-vers à même de le mener, peut-être, dans un second temps vers des actions plus classiques de prévention. Les grandes recommandations ne lui parlent en effet pas du tout : après un parcours de vie chaotique l'isolé à besoin que l'on s'occupe de lui individuellement.

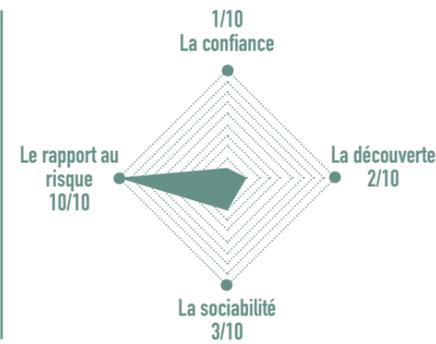
« Quand je me suis fait une hernie, j'ai commencé à ne manger que des chips et des chamallow... je n'avais même pas de four ou de micro-ondes en même temps... Je n'arrivais pas à faire des courses et j'étais faible tout le temps. C'est l'assistante sociale qui est venue avec L. des Petits Frères. Ils sont venus me chercher. »

Ces profils sont à appréhender comme une grille de lecture volontairement archétypale des différents rapports à la prévention pour le bien-vieillir. Si le rapport des individus à la question est en réalité plus complexe, cette méthode présente l'avantage de donner à voir des caractéristiques saillantes qu'il peut être intéressant et pertinent de prendre en compte pour orienter ensuite les actions de prévention au regard de publics cibles et potentiellement de publics prioritaires en fonction d'objectifs définis. Cet effort s'affirme comme d'autant plus important que cette catégorie de "personnes âgées" ne fédère pas par un sentiment d'appartenance, bien au contraire.

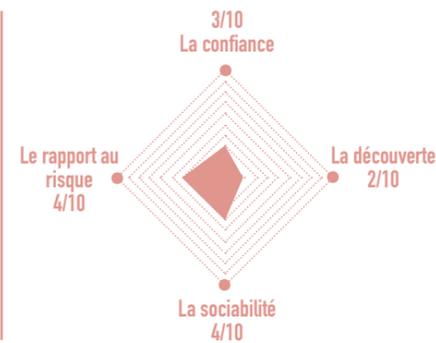
→ Il est possible de s'inspirer de ces profils types pour réfléchir les actions développées en rapport avec un public cible ou pour communiquer et déployer des actions afin d'attirer des publics qui se sentent, aujourd'hui encore, peu concernés par les dispositifs en place.



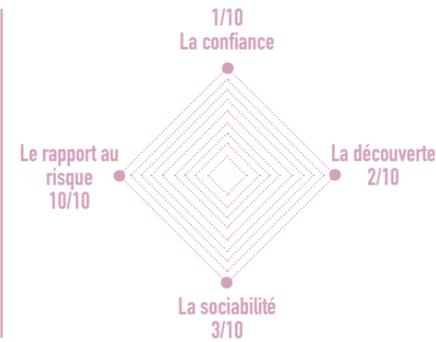
RAYMOND
Le bon vivant



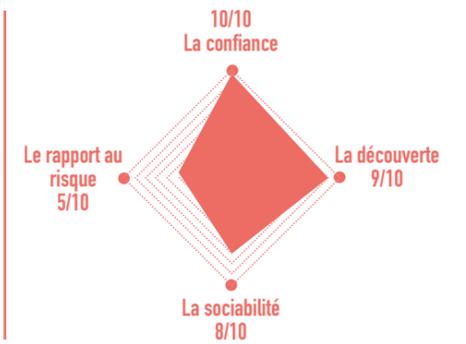
FABIEN
Le stratège



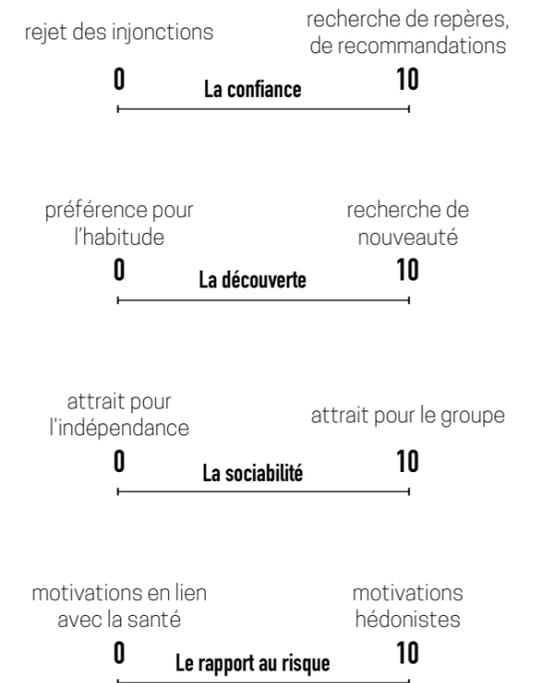
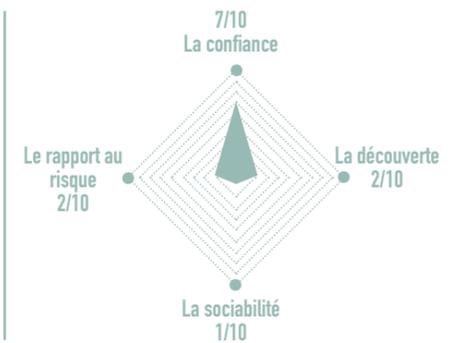
LILA
L'isolée



LOUISE
La curieuse



CHARLES
L'intello



Conclusion : les facteurs clés d'une action de prévention à prendre en compte dans un cahier des charges

Pour conclure, il importe donc de réfléchir les actions de prévention de manière adaptée selon les publics ciblés, la thématique abordée et les objectifs visés. Il est ainsi possible de :

- **Partir d'un profil cible**, en définissant des critères pour le choisir : la complémentarité avec les autres actions de prévention sur le territoire (pour couvrir les besoins de l'ensemble des sous-publics de personnes âgées) ou la priorisation d'un public (du fait de sa vulnérabilité, de la facilité à le sensibiliser ou encore de sa masse). Une fois un public cible défini, il est nécessaire d'orienter la conception et le déploiement de son action pour qu'elle s'adapte aux besoins, représentations, attentes et pratiques actuelles de ce public.
- **Partir d'une action déjà existante** ou, en tous cas, préalablement définie et cibler, en fonction des modalités et du cadrage de cette action, quel est le public cible pour pouvoir ajuster cette action en fonction de ses marges de manœuvre, et ensuite communiquer de manière attractive sur des canaux de communication adaptés à ce public.

Dans tous les cas, il apparaît comme intéressant de se pencher sur le concept même de prévention primaire de la perte d'autonomie (ou promotion de la santé pour le bien vieillir) et d'en déduire quels sont son périmètre et ses publics cibles, en fonction des objectifs qui y sont associés. La prévention primaire contre la perte d'autonomie fait en effet face à un challenge de taille : intéresser des personnes âgées qui ne se sentent pas concernées par les actions de prévention et qui n'ont pas envie de se sentir concernées car elles sont dans un certain déni de leur âge.



“On n’y va pas avec mon épouse : on se renseigne, on va au spectacle, on voyage... Le jour où je perdrais la mémoire ou l'autonomie pour prendre la douche, là oui on verra. Parler de vieillesse c'est vaste. 60, 80... mais ce n'est pas la question. Il faut davantage personnaliser ça. Les communes devraient dépister les personnes dépendantes mais c'est difficile. Nous on n'en a pas besoin, pas maintenant.”



“Mais est-ce que les gens autonomes ont besoin de rentrer dans une structure qui va faire de la prévention primaire ? Je ne suis pas sûr.”

Ces verbatims sont révélateurs d'une certaine volonté des personnes de plus de 60 ans de ne pas se reconnaître comme le public d'actions labellisées prévention avant d'y être fortement incité par un problème médical, une personne décliné, etc. Dès lors, différentes questions se posent donc sur le périmètre et les publics de la prévention primaire :

- Tous les profils de personnes âgées sont-ils véritablement concernés par les actions de prévention ? Les stratégies personnelles acquises peuvent-elles suffire ?
- Comment (canaux, modalités, moments...) faire connaître les spécificités de la prévention pour le bien vieillir sans stigmatiser dans le même temps les publics visés, dans une société où les représentations du vieillissement sont toujours péjoratives ?
- Les dispositifs d'aller-vers ou les actions qui regroupent des publics aux vulnérabilités “déjà-là” entrent-ils encore dans le périmètre de la prévention primaire ? Dans quelle mesure est-il possible de se raccrocher à des actions de prévention primaire des publics à la frontière de l'isolement ou de la dépendance, et de les ramener dans un second temps dans des actions plus standardisées ?
- Comment toucher les publics qui, justement, ont le plus de risques et le moins de stratégies personnelles de préservation de leur santé, soient le plus de besoins ? Est-ce le rôle de la prévention primaire de toucher ces publics ou doit-elle cibler une majorité de la population ?

CONTACTS :**Pilotage et coordination de l'étude :****Direction de la prospective et du dialogue public :**

Caroline RICHEMONT, Service Usages et Expérimentation, crichemont@grandlyon.com

Corinne HOOGE, Service Suivi et Évaluation des Politiques Publiques, chooge@grandlyon.com

&

Délégation Solidarités, Habitat, Éducation :

Adrien MINOTTE, pôle personnes âgées/personnes handicapées - Unité Projets, Études et

Coordination, aminotte@grandlyon.com

Réalisation de l'étude : agence Nova7

Catherine DEBRAND, consultante et psychologue sociale à Nova7, debrand@nova7.fr



Mise en page et graphisme : ©Chloé Cavillon designer Nova7
Illustrations numériques : ©Chloé Cavillon