

État des lieux
des besoins et des attentes
des personnes âgées en situation
de précarités en matière d'information relative
à un vieillissement en santé

Octobre 2014

Contenu

I – CONTEXTE	3
1. Le programme « Vieillir en bonne santé » de l’Inpes	3
2. L’engagement des caisses de retraite	3
3. Le partenariat entre l’Inpes et l’interrégime	4
II – OBJECTIFS DE LA COMMUNICATION	5
III – ÉTAT DES LIEUX.....	6
1. Personnes âgées précaires, de qui parle-t-on ?	6
A. Que recouvre la notion de précarité.....	6
B. Personnes âgées immigrées : complément d’enquête	8
2. Précarité et santé : des interactions étroites.....	9
3. L’information santé et les personnes âgées en situation de précarité	10
A. Les différents freins à la prévention santé	10
B. Le rapport aux supports de prévention et de promotion de la santé.....	12
C. Personnes âgées immigrées : complément d’enquête	13
4. Les conditions d’une prévention efficace.....	14
IV – LEVIERS EN COMMUNICATION.....	16
1. Les leviers identifiés sur le fond.....	16
2. Les leviers identifiés sur la forme.....	16
3. « Bien vieillir en santé » : les thématiques pressenties par les professionnels.....	17
Annexe 1 : Liste des professionnels interviewés dans le cadre de l’état des lieux.....	18
Annexe 2 : Abréviations	19

Cet état des lieux a été mené, sur demande de l’Inpes (Institut national de prévention et d’éducation pour la santé), par L’Agence associée en octobre 2014.

Depuis, l’Inpes a fusionné avec l’InVS et l’Eprus pour former à partir du 1^{er} mai 2016 la Santé publique France.



Anticiper, comprendre et agir : les trois missions de Santé publique France se traduisent par la surveillance de l’état de santé des populations, la connaissance des déterminants et des comportements, et la promotion de la santé grâce à ses programmes de prévention.

Dans le cadre de son programme Vieillir en bonne santé, Santé publique France oeuvre pour l’acquisition d’aptitudes individuelles de protection de l’autonomie et de prévention des incapacités *via* des campagnes de communication grand public.

L’agence s’attache également à renforcer les compétences des professionnels médico-sociaux ainsi que celles de l’entourage familial des personnes âgées par des publications, enquêtes et partenariats stratégiques.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr>

Santé publique France

TSA 50549 - 94415 Saint-Maurice Cedex

Terminé de rédiger : octobre 2014 • Mise à disposition : novembre 2016 •

I – CONTEXTE

1. L'Inpes et son programme « Vieillir en bonne santé »

Le programme « Vieillir en bonne santé » de l'Inpes soutient une approche globale et positive de la santé qui a pour ambition d'aborder toute la complexité du vieillissement et de ses enjeux en intégrant les facteurs individuels (physiques et psychologiques), mais aussi les facteurs sociaux et environnementaux. L'objectif est d'accompagner l'acquisition de comportements favorables à la qualité de vie que sont l'alimentation, l'activité physique, le lien social et un suivi médical régulier, sans oublier la modification de certains comportements à risques tels que consommation de tabac, d'alcool et mésusage de médicaments. Le tout en permettant aux personnes de faire des choix de santé éclairés. Le renforcement des compétences psychosociales des personnes joue un rôle essentiel dans la promotion de la santé.

Depuis 2004, ce programme vise toute personne âgée de 55 ans et plus, vivant à domicile. Il s'organise autour de quatre priorités : la santé globale, la prévention de la perte d'autonomie, la prévention des chutes et la maladie d'Alzheimer. Les priorités sont déclinées en différents niveaux stratégiques d'interventions auprès :

- de la personne elle-même ou de son entourage, via des campagnes de communication ou des documents d'information sur les comportements favorables en matière de santé des personnes proches de l'âge de la retraite, des personnes retraitées depuis quelques années et des personnes plus âgées,
- des acteurs de terrain via des référentiels et outils d'intervention pour harmoniser les pratiques professionnelles,
- des décideurs, des élus et des politiques via une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention, de promotion de la santé et de production d'enquêtes nationales sur les attitudes, comportements et mode de vie des Français de 15 à 85 ans.

Dans le cadre du PNNS avec le programme Mangerbouger, une action auprès des personnes âgées a vu le jour dans les années 2005-2009. Suivie d'initiatives en matière de prévention des chutes, puis en 2012-2013 de la diffusion de publi-rédactionnels parus dans la presse.

L'Institut s'emploie également à renforcer les compétences des professionnels médico-sociaux et de l'entourage familial des personnes âgées, et ce par le biais de référentiels, d'outils, d'appuis méthodologiques, de partenariats stratégiques et de subventions. Pour exemple, les partenariats avec la CNSA (2008-2011) sur la réduction des inégalités de santé chez les personnes en perte d'autonomie, et celui avec l'université de Montréal, consacré aux déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés avec élaboration de protocoles de recherche et analyse de pratiques pertinentes. L'Inpes a également participé aux plans Bien vieillir (2007-2009) et Alzheimer (2008-2012)¹.

2. Les caisses de retraite et leur engagement « action sociale »

Dans un contexte de vieillissement croissant de la population, les caisses de retraite de base et complémentaires s'engagent depuis plusieurs années dans une politique organisée et coordonnée de la promotion de la santé et du Bien vieillir sur les territoires auprès de retraités en situation de fragilité économique ou sociale, mais autonomes tant au point de vue psychique que physique.

Cette dynamique interrégime a été impulsée dès 2011 par un partenariat entre les trois principaux régimes de retraite de base obligatoires : l'Assurance retraite, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI). Ces actions s'inscrivent dans une démarche volontaire de coordination avec l'ensemble des acteurs du vieillissement (les départements, les ARS, les communes...).

Ainsi au-delà du service de la retraite, les caisses de retraite développent une politique commune d'action sociale destinée à prévenir le risque de perte d'autonomie, auprès des retraités

¹ Pour plus d'informations : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/bien-vieillir/index.asp>

(GIR 5 et 6²), quel que soit leur régime d'affiliation. À ce titre, elles proposent différentes actions de prévention qui s'articulent autour de trois niveaux d'intervention complémentaires :

- les informations et conseils pour bien vivre sa retraite et anticiper sa perte d'autonomie ;
- les programmes d'actions et d'ateliers collectifs de prévention à destination de publics ciblés sur l'ensemble du territoire (prévention des chutes, nutrition, mémoire...) ;
- les actions individuelles à destination des retraités fragiles reposant sur l'évaluation globale de leurs besoins à domicile et des plans d'aide personnalisés.

3. Le partenariat entre l'Inpes et les caisses de retraite en interrégime

L'engagement partagé de l'Inpes et des caisses de retraite se concrétise au travers d'un partenariat. Les partenaires ont signé en 2011 une convention couvrant la période 2011-2013 qui a permis la création et la diffusion de différents supports d'information, à savoir une web série, deux brochures, un site Internet, un guide des actions collectives Bien vieillir, un référentiel de formation Bien vieillir, une plateforme de ressources professionnelles³.

Une nouvelle convention a été signée pour la période 2014-2016 dans laquelle s'inscrit, en particulier, la réalisation de supports d'information pour les personnes âgées précaires.

² L'évaluation de la dépendance se mesure sur la base d'une grille nationale dénommée AGGIR, qui permet de répartir les degrés de la dépendance en six groupes appelés GIR – groupes dits iso-ressources. Le Gir 5 désigne une personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Le Gir 6 réunit les personnes qui sont encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

³ Ressources pour le grand public : Inpes, Assurance retraite, MSA, RSI, Agirc-Arrco, Ircantec, CRPCEN. Vieillir... et alors ? Saint-Denis : Inpes, 2013 : 40 p. ; Inpes, Assurance retraite, MSA, RSI, Agirc-Arrco, Ircantec, CRPCEN, CNRACL, ANGDM. Bien vivre son âge. Saint-Denis : Inpes, 2014 : 40 p. La web série « Agence des réponses Bien vieillir » est disponible sur <http://www.pourbienvieillir.fr/les-videos-du-bien-vieillir>. Ressources pour les professionnels : Barthélémy L., Bodard J., Feroldi J. Actions collectives « Bien vieillir ». Repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014 : 108 p.

II – OBJECTIFS DE LA COMMUNICATION

- *Informer les personnes âgées en situation de précarité économique et/ou sociale (bénéficiaires de minima sociaux et/ou personnes retraitées immigrées) sur les comportements protecteurs pour leur santé physique, psychologique, sociale et environnementale.*
- *Faire connaître l'offre de service des régimes de retraite aux personnes âgées en situation de précarité pour leur permettre d'y avoir recours.*

Afin d'atteindre efficacement ces objectifs et de concevoir un dispositif d'information adapté à ce public le plus souvent éloigné des canaux et supports habituels de communication, l'Inpes a réalisé **un état des lieux sur la question de la précarité des personnes âgées, leurs rapports à la santé et aux messages de prévention (III)**. Cet état des lieux explore la mosaïque d'informations existantes (études, publications) complétée par l'éclairage de professionnels étant en prise directe ou ayant une connaissance indirecte de ces publics (acteurs de terrain sociaux et associatifs, professionnels de santé, chercheurs, communicants). Cette analyse permet d'identifier **des premiers leviers en communication** pour la réalisation de supports d'information, aussi bien sur la forme que sur le fond (IV).

Par ailleurs, l'expérience acquise par l'Inpes au travers des actions de communication réalisées et les recommandations des experts impliqués dans les différents groupes de travail plaident pour le respect des principes directeurs suivant :

- enraciner les contenus des actions de communication dans la réalité sociale et économique des publics cibles. Il s'agit de veiller à ce que les messages soient pertinents, réalistes et acceptables au regard des conditions de vie et du niveau de revenu des personnes destinataires ;
- tenir compte des représentations culturelles (rapport à la santé, à la maladie, à la sexualité, etc.) de la population visée ;
- respecter les principes de la communication en éducation pour la santé en évitant notamment les messages trop injonctifs ou susceptibles de choquer les destinataires (sexualité, religion...);
- privilégier, chaque fois que nécessaire, l'approche pédagogique pour renforcer le niveau de connaissance sur les pathologies ou les déterminants de la santé concernés ;
- veiller, dans le choix des messages, des supports et des canaux de diffusion, à ne pas stigmatiser les personnes ciblées par les actions de communication, mais au contraire à les valoriser ;
- valoriser le rôle et les actions des personnes cibles, en s'appuyant notamment sur des témoignages, des relais communautaires et des acteurs associatifs ;
- intégrer les personnes cibles comme destinataires à part entière des actions de communication.

III – ÉTAT DES LIEUX

1. Personnes âgées précaires, de qui parle-t-on ?

Il a fallu attendre l'épisode de la canicule de 2003 pour donner à voir l'isolement d'une frange importante de la population retraitée en France. Les pouvoirs publics et les Français en général ont alors pris conscience de la précarité dans laquelle vivaient de nombreuses personnes âgées, privées de réseau social et familial et échappant aux dispositifs de soutien et d'accompagnement institutionnalisés ou associatifs. Une prise de conscience qui s'inscrit dans un contexte démographique connu de tous, celui d'un vieillissement de la population.

L'ampleur de cet électrochoc peut s'expliquer en partie par « l'invisibilité sociale⁴ » des personnes âgées précaires résultant à la fois d'une forme d'absence de ces personnes dans l'espace public, d'une faible prise en compte jusqu'alors par les politiques sociales et d'une absence d'existence statistique et académique globale sur le sujet. Une forme d'invisibilité sociale et académique qui, aujourd'hui encore, rend difficile l'analyse de ce public. D'autant que cette réalité sociale recouvre une hétérogénéité de situations, les personnes âgées en situation de précarité ne représentant pas un groupe homogène dans leurs caractéristiques socio-économiques, culturelles et démographiques.

A. Que recouvre la notion de précarité

Une notion beaucoup plus large que celle de pauvreté. La pauvreté⁵ caractérise la situation d'un individu qui ne dispose pas des ressources réputées suffisantes pour vivre dignement dans une société et son contexte. Il s'agit donc d'une question de normes, une construction statistique qui s'intéresse avant tout à l'aspect monétaire. En dessous d'un seuil, on est pauvre, au-dessus non. En 2011, 9,3 % des retraités français vivent sous le seuil de pauvreté, fixé à 977 euros mensuels, revenu correspondant à 60 % du revenu médian⁶.

Le concept de précarité est lui beaucoup plus large et prend en compte le caractère multiforme des difficultés que peuvent rencontrer les personnes (économiques, sociales, familiales, relationnelles). Selon le Crédoc et le Cresge, la précarité renvoie à deux notions interdépendantes :

- La fragilité, comprise comme la vulnérabilité sociale et économique aux divers événements de la vie.
- L'instabilité, caractérisée par des changements fréquents de situation et de statut, dans les sphères professionnelles ou privées, qui engendrent un rapport incertain à l'avenir.

Pas une mais des précarités. Les acteurs interviewés dans le cadre de l'état des lieux partagent tous le constat dressé par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale dans ses travaux⁷ : c'est une accumulation de facteurs qui produit de la précarité.

Cette précarité s'exprime par des situations financières, familiales, sociales ou matérielles difficiles. Outre le manque de ressources, les personnes en situation de précarité sont, plus souvent que le reste de la population, issues de milieux défavorisés, déracinées de leur région ou pays d'origine, ont peu d'instruction et de qualifications (illettrisme) et vivent de faibles revenus du travail, de petites retraites ou d'aides sociales. Elles ont en commun des histoires de vie faites de parcours professionnels chaotiques et/ou d'événements traumatisants : divorce, décès de proches, chômage, accidents du travail, handicap, perte de logement, violence... Elles peuvent également faire face à des problématiques d'isolement voire d'exclusion.

À l'isolement social et relationnel, viennent s'ajouter le plus souvent un sentiment de solitude et une fragilité sur le plan psychologique et social : souffrance psychique, troubles mentaux, troubles du comportement, stress... Ce « mal-être » peut être renforcé par un sentiment de honte et de

⁴ Onpes. Étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couverts par la statistique publique. Onpes – FORs recherche sociale. Rapport final d'étude. Mai 2014.

⁵ IMS *Entreprendre pour la cité*. Entreprises et clients précaires en France : état des lieux et pistes d'actions. Mai 2014.

⁶ Houdré C., Ponceau J., Zergat Bonnin M. *Les niveaux de vie en 2011*. Insee première, septembre 2013, n° 1464 : 4 p.

⁷ Onpes. *Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*. Paris, *La Documentation française*, 2004 : 158 p. Onpes. Étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couverts par la statistique publique. Onpes – FORs recherche sociale. Rapport final d'étude. Mai 2014.

stigmatisation, un sentiment de culpabilité qui peut entraîner des comportements de repli sur soi, de désocialisation et renforcer d'autant leur « inexistence sociale ».

Conjugué à la précarité des conditions de vie, ce mal-être peut finalement se traduire par la perte de trois confiances : la confiance en soi, en autrui et en l'avenir. Dans les situations les plus pathologiques, cela conduit au syndrome d'auto-exclusion, « or personne n'existe s'il ne dérange pas au moins quelqu'un ».

Néanmoins, les situations de précarité aussi diverses soient-elles ne sont pas pour autant inéluctables ou figées, les allers-retours peuvent être fréquents, c'est la raison pour laquelle il convient de parler plutôt de personnes âgées « en situation de précarité » que de « personnes âgées précaires ».

Il est également important de souligner les ressources et les compétences pratiques qu'une majeure partie des personnes en situation de précarité développe au quotidien pour « se tenir malgré leurs conditions de vie difficiles » et pour « regagner un certain contrôle de leur vie ». Elles usent d'infimes stratégies et micro-adaptations pour affirmer leur dignité et conserver le sentiment de leur propre valeur. C'est d'ailleurs au nom de cette dignité que bon nombre de pratiques individuelles de renoncement aux droits sociaux peuvent s'expliquer.

Le profil des allocataires du minimum vieillesse. Par allocataire du minimum vieillesse⁸ on entend les personnes qui perçoivent l'une des deux allocations vieillesse pour atteindre le plafond du minimum vieillesse : l'allocation supplémentaire de vieillesse (ASV) et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). En 2014, ce plafond est fixé à 792 euros par mois pour une personne seule et 1 229 euros par mois pour les personnes vivant en couple (mariage, Pacs ou concubinage). Ces allocations sont versées par la caisse de retraite ou le Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA).

Toujours selon l'étude « Les allocataires du minimum vieillesse », 572 600 personnes perçoivent une des deux allocations du minimum vieillesse, soit 3,4 % de l'ensemble des personnes âgées de 60 ans ou plus. Parmi les allocataires, les personnes immigrées sont surreprésentées : 33 % sont de nationalité étrangère (condition de présence effective sur le territoire de plus de 6 mois par an) et ce sont majoritairement des hommes (62 %) arrivées en France avant 40 ans (65 %). Les principales caractéristiques des parcours et conditions de vie des allocataires :

- Un parcours professionnel plus chaotique, marqué par des carrières plus heurtées (périodes de chômage et d'inactivité) ou plus courtes (problèmes de santé, d'invalidité ou de handicap).
- Majoritairement locataires de leur logement (57 %), principalement en HLM. Néanmoins, un allocataire sur quatre ne dispose pas de son propre logement. Enfin, une minorité réside en foyers ou résidences sociales.
- Près d'un allocataire sur deux (47 %) est « pauvre en conditions de vie », soit une part largement supérieure à celle des personnes âgées de plus de 60 ans (8,2 %).
- Près de la moitié des allocataires (47 %) s'estime en mauvaise santé et sept allocataires sur dix supportent une maladie chronique ou un problème de santé durable.
- La moitié des allocataires vit seule, notamment les femmes. Les personnes en couple ne représentent que 35 % des allocataires (contre 65 % pour l'ensemble de la population de plus de 60 ans). Bien que la majorité des allocataires ait un entourage (famille, amis, voisins), ils sont près de 20 % à déclarer un sentiment d'isolement. Un ressenti renforcé chez les personnes ayant un état de santé altéré ou étant pauvres en condition de vie.

Il est important de souligner, qu'à côté de ces personnes âgées en situation de précarité bénéficiant de ces prestations sociales, il existe une population d'« invisibles », constituée de personnes âgées « pauvres » situées à la lisière des dispositifs d'aide : des personnes au-dessus des seuils des minima sociaux et échappant ainsi à l'action publique mais également des personnes renonçant à ces aides (volontairement ou involontairement, en raison de la complexité des démarches).

⁸ Arnold, C., Barthélémy, N. *Les allocataires du minimum vieillesse : parcours et conditions de vie*. Études et résultats, janvier 2014, n° 863 : 8 p.

Les facteurs aggravant de la précarité chez les personnes âgées. Parmi ceux-ci on compte⁹ :

- La chute du revenu lors du passage de l'activité à l'inactivité, plus encore pour les femmes.
- La prise en charge de la descendance. Depuis quelque temps, les services sociaux ont vu arriver des retraités ne pouvant pas subvenir à leurs besoins du fait de descendants encore à leur charge le plus souvent en situation de chômage. Une des conséquences sur le long terme est une situation de cohabitation intergénérationnelle forcée.
- L'inadaptation progressive du logement. Les personnes âgées ne peuvent pas nécessairement financer les aménagements visant à leur permettre de se maintenir à leur domicile. De fait, cette question soulève, également, le problème du maintien à domicile. Faute de moyens pour payer des aides à domicile, elles sont contraintes de partir sans pour autant avoir des revenus suffisants pour financer leur séjour dans des résidences de soin ou dans des résidences adaptées.
- L'isolement et le repli sur soi. L'isolement peut être tantôt un facteur aggravant, tantôt une conséquence de la précarité. Doubé par un repli sur soi, cela devient un obstacle à toute forme de solidarité (famille, voisins, acteurs sociaux).

L'isolement social et relationnel des personnes âgées, une « aggravation alarmante ». Le baromètre « Les solitudes en France » de la Fondation de France¹⁰ montre une aggravation de l'isolement qui touche un million de Français de plus qu'en 2009, soit environ 5 millions de personnes. Ce qui signifie qu'un Français sur huit n'a pas de relations sociales auprès au moins d'un des cinq réseaux de sociabilité – familial, professionnel, amical, affinitaire, voisinage.

Les personnes âgées de plus de 75 ans sont particulièrement touchées, une sur quatre est désormais seule (27 % contre 16 % en 2010). Selon l'étude, tous les réseaux de sociabilité des personnes âgées se sont affaiblis et le phénomène s'est amplifié dans les grandes villes (33 % contre 21 % en zones rurales). Le décès du conjoint, l'éloignement des enfants, la perte d'autonomie, la maladie « jouent de manière très négative sur le maintien ou développement de la vie sociale ». Des facteurs psychologiques peuvent également intervenir : certaines personnes âgées, qui se sentent incomprises, font le choix de la désocialisation (c'est-à-dire une baisse de fréquentations des proches accompagnée d'une diminution de toute forme d'activités). Dans d'autres cas, cet « isolement choisi » peut résulter du poids du regard des autres : « On préfère être isolé que vu comme tel. » De la négligence jusqu'au laisser mourir, la solitude a de sérieuses répercussions sur la santé et fait aujourd'hui craindre à bon nombre de professionnels une progression du nombre de suicides chez les personnes âgées.

B. Personnes âgées immigrées : complément d'enquête¹¹

Un vieillissement de la population immigrée en France. Les chiffres de l'Insee en 2007 indiquent que sur 795 000 immigrés issus de pays tiers, 347 000 ont plus de 65 ans. On constate ce vieillissement de la population immigrée parmi les résidents qui vivent dans les foyers créés au départ pour de jeunes travailleurs. Les données de la commission interministérielle pour le logement des populations immigrées confirment ce phénomène, ainsi, en 2010 sur 110 000 résidents en foyer ou résidences sociales, 40 000 sont âgés de 60 ans et plus. La plupart des foyers et résidences sociales, près de 700, sont situés en Ile-de-France.

La grande précarité des personnes âgées immigrées résidant en foyer. Il s'agit en très grande majorité d'hommes seuls et isolés. Les foyers hébergent surtout des personnes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne : neuf résidents sur dix en sont originaires.

Leur profil recroise les précarités identifiées précédemment pour les personnes âgées étant dans la même situation économique mais les précarités sont accentuées à tous les degrés :

- 77 % n'ont pas dépassé le stade de l'école primaire, 70 % ont occupé des emplois d'ouvrier et 11 % des postes d'employé.

⁹ Observatoire girondin de la précarité et de la pauvreté. Rapport annuel 2011 de l'Observatoire girondin de la précarité et de la pauvreté, 2011 : 91 p.

¹⁰ Fondation de France. Les solitudes en France. Paris : Fondation de France, 2013 : 28 p.

¹¹ GRDR. Méthodologies d'interventions auprès des résidents âgés des foyers de travailleurs migrants. Montreuil : GRDR, 2012 : 24 p.
Gallou R. Le vieillissement des immigrés en France : le cas paroxystique des résidents des foyers. Politix, n° 72, 2005 : p. 57-77. Emsellem, Sylvie. L'accès aux soins des immigrés âgés. Paris : Mipes [www.mipes.org/-L-acces-aux-soins-des-immigres-.html], novembre 2011. 46 : p. 89-129. La santé des migrants [dossier]. La Santé de l'homme, novembre-décembre 2007, n° 392 : 51 p.

- Les parcours professionnels chaotiques croisés avec des emplois non déclarés, des pertes de fiche de paie et des accidents du travail sont souvent à l'origine d'une retraite à faible taux qui ne dépasse généralement pas les 792 euros du minimum vieillesse. Les personnes qui touchent moins hésitent parfois à réclamer l'ASPA, soumise à 6 mois de résidence en France, même si la situation dominante reste celle du « va-et-vient » entre la France et le pays d'origine. Il faut ôter à ce revenu moyen le « pécule » qu'elles envoient chaque mois à leur famille.
- Les logements d'un certain nombre sont très précaires, de nombreux foyers étant dans un état d'insalubrité et d'hygiène alarmant avec un taux de sur-occupation important en région parisienne. Depuis 1994, un programme de réhabilitation des foyers en résidences sociales a été initié par les pouvoirs publics. En 2011, seuls 210 foyers sur 680 en ont fait l'objet. Des logements par ailleurs inadaptés à un public vieillissant.
- L'isolement est également une donnée majeure. Les personnes ont souvent mené une existence de célibataire, faite de ruptures de liens et de sociabilité, entraînant parfois des symptômes dépressifs. Une étude menée en Languedoc-Roussillon¹² révélait ainsi qu'un tiers des immigrés vieillissants présentait une symptomatologie dépressive. L'éloignement de la famille « restée au pays » constitue une véritable blessure qui, lorsqu'ils rencontrent des difficultés en fin de carrière pour retourner vivre au pays d'origine auprès d'elle, entraîne pour eux une « perte de sens et une remise en cause de tout leur projet migratoire ». Par ailleurs, le foyer constitue de fait une véritable bulle sociale renfermée sur elle-même, les résidents vivant soit de manière communautaire, soit en solitaire restant confiné le plus souvent dans leur chambre individuelle.

2. Précarité et santé : des interactions étroites

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». L'état de santé d'un individu se caractérise de fait par des interactions complexes entre plusieurs facteurs socio-économiques (niveau d'éducation et de qualification, statut social, niveau de revenu, tissu relationnel, etc.) en interdépendance avec l'environnement physique (logement, conditions de travail, accès aux systèmes de soins, etc.) et les comportements individuels (style de vie, hygiène, habitudes en santé, etc.). Ces facteurs sont communément appelés déterminants de la santé.

Interaction et interdépendance sont donc deux notions qui caractérisent la relation complexe et ambiguë existant entre précarité et santé. En effet, de mauvaises conditions de vie (mauvaise alimentation, manque d'hygiène, logement insalubre, comportements à risque, etc.) peuvent accroître les risques en santé. Et inversement des problèmes de santé peuvent générer des dépenses impactant les ressources et donc les conditions d'existence.

De fait, les personnes en situation de précarité ont davantage de problèmes de santé que la population moyenne. Cela s'explique notamment parce que leur fragilité économique et sociale les rend moins à même de repérer et soigner ces problèmes de santé, qui s'aggravent et se cumulent. Ce rapport spécifique à la santé prend plusieurs formes¹³ :

- La perception d'un moins bon état de santé. Les personnes les plus pauvres se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population, et l'écart croît avec l'âge.
- La sous-déclaration de maladies. Cela provient, d'une part, d'une moindre reconnaissance comme véritables maladies de troubles qui les touchent et, d'autre part, d'un défaut de consultations. Malgré la sous-déclaration, certaines pathologies sont plus répandues chez les personnes ayant des bas revenus (maladies de l'appareil digestif, caries, maladies de l'appareil circulatoire, maladies ostéo-articulaires, troubles mentaux...).
- Un moindre recours aux soins de ville. Les personnes les plus pauvres vont moins souvent chez le médecin, surtout chez les spécialistes. Ces écarts s'expliquent principalement par la contrainte financière en dépit de l'existence de la CMU (les uns n'en faisant pas la demande, d'autres ayant des ressources supérieures au plafond requis). Elles ont par contre un recours plus fréquent à l'hôpital (soit dans des situations non urgentes pour « court-circuiter » les

¹² Sieira Antelo M., Desmartin Belarbi V., Ridez S., Ledesert B. Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon. Montpellier : CESAM Migrations Santé et ORS Languedoc-Roussillon, 2003 : 129 p.

¹³ Onpes. Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004. Paris : La Documentation française, 2004 : 158 p. De Saint Pol T. La santé des plus pauvres. Insee première, octobre 2007, n° 1161 : 4 p.

soins de ville, soit dans le cadre d'un recours tardif en urgence du fait d'un état de santé dégradé). Mais, souvent, l'étape de la consultation peut s'avérer inefficace car les traitements ou examens préconisés resteront sans effet, étant perçus comme inadaptés aux conditions de vie ou trop coûteux.

- Une prévention moins fréquente. Les individus ayant les plus bas revenus sont moins nombreux à recourir à des pratiques de prévention et de dépistage (hépatite C, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus...).
- La précarité, accélérateur de vieillissement. À partir de 55 ans, l'enjeu du vieillissement en santé commence chez un certain nombre de personnes en situation de précarité car la précarité est une cause de vieillissement précoce, notamment du fait de la pénibilité des carrières professionnelles et/ou de conditions de vie dégradées. Ainsi, les personnes peuvent souffrir de pathologies observées chez la population âgée de 20 ans de plus.

Un état de santé plus dégradé pour les retraités immigrés. L'ensemble des professionnels intervenant auprès des immigrés âgés s'accorde pour signaler un vieillissement précoce de ce public lié essentiellement à la pénibilité du travail, aux accidents du travail et aux conditions de vie dégradées. 52 % des migrants retraités déclarent avoir souffert au cours de leur carrière d'une maladie professionnelle ou avoir été victimes d'un accident du travail.

Au-delà d'une prépondérance de troubles dépressifs précitée, la précarité génère des états de stress et de mal-être qui se traduisent par de véritables symptômes et maux physiques comme des problèmes intestinaux, des ulcères ou de l'hypertension. Par ailleurs, beaucoup d'entre eux souffrent de diabète en raison d'une mauvaise nutrition liée aux difficultés de cuisiner en foyer et à un budget consacré à l'alimentation très restreint.

Le problème de l'accès aux soins pour cette population est lié à de nombreux obstacles tels que : le manque de ressources financières, les difficultés de communication avec les professionnels de santé et travailleurs sociaux du fait de la barrière de la langue, une méconnaissance de leurs droits ou encore une absence de complémentaire santé qui freine tout recours à la médecine spécialisée notamment pour les soins dentaires et ophtalmologiques (60 % ne sont pas mutualistes). D'autant que les navettes avec le pays d'origine peuvent entraîner perte ou suspension de droits.

3. L'information santé et les personnes âgées en situation de précarité

Les enseignements suivants ressortent de la série d'entretiens menés pour l'Inpes auprès d'acteurs étant en prise directe ou ayant une connaissance indirecte de ces publics (acteurs de terrain sociaux et associatifs, professionnels de santé, chercheurs, communicants)¹⁴.

A. Les différents freins à la prévention santé

Ces freins ne sont pas exhaustifs et peuvent par ailleurs coexister selon les personnes et les situations de précarité.

Une absence d'estime de soi. « L'estime de soi est cœur du rapport que les personnes entretiennent avec leur corps et leur santé. » Or beaucoup de personnes âgées en situation de précarité perdent leur estime d'elles-mêmes, confrontées à une détérioration de leurs conditions de vie, à une dégradation de leur état de santé ou encore à un isolement social (l'autre étant une raison de se maintenir en bonne santé). Cette disparition progressive de l'estime de soi s'accroît avec l'avancée en âge pouvant se transformer en fatalisme : « À quoi bon, personne ne me voit, je n'ai donc aucune raison de faire attention à moi. »

Une « non-priorité » du fait d'une temporalité déconnectée de leur réalité, celle d'une précarité au quotidien. Les personnes en situation de précarité vivent souvent au jour le jour, avec des regrets et amertumes du temps passé et surtout de grandes difficultés à se projeter dans l'avenir. « La prévention, ce n'est clairement pas leur priorité. » Cela semble même impossible, une impossibilité durable et définitive. Elles ont d'autres priorités bien plus immédiates comme « celle de payer les factures à la fin du mois ». La prévention santé est donc en décalage total par rapport à leur vécu. Elle peut finalement être perçue comme un luxe qu'elles ne peuvent pas s'accorder au regard de leurs

¹⁴ Cf. la liste des professionnels interviewés dans le cadre de l'état des lieux en annexe 1, p. 18.

contraintes financières.

Une barrière culturelle. Il existe pour les personnes en situation de précarité et, a fortiori, les personnes âgées, une « faible sensibilité à la santé et un véritable blocage culturel » relatif à la représentation même de la prévention santé et de son futur « bénéfice santé ajoutée ». Ce n'est pas suffisamment tangible et concret ou bien trop complexe. Quand bien même ces personnes auraient une sensibilité à la santé, la préoccupation portera bien plus sur la question de l'accès aux soins et la prise en charge de ces soins (vs adopter des gestes de prévention). D'une manière générale, les personnes en situation de précarité d'une part et les personnes âgées d'autre part ont des compétences réduites en littératie en santé, définie comme une motivation et une capacité moindre à « obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé¹⁵ ».

Une « non-nécessité » tant que l'on n'est pas malade. Dans le prolongement du point précédent, certaines personnes n'ont pas appris et/ou ne comprennent pas pourquoi prendre soin de soi avant d'être malade. Cette idée que « quand on n'est pas malade, on va bien » est très forte chez les personnes en situation de précarité. À titre d'exemple, une étude de l'INCa¹⁶ sur le rapport des Français au dépistage des cancers révèle qu'un Français sur quatre reste convaincu que le dépistage est nécessaire « uniquement si des symptômes ou douleurs sont ressentis ». Cette confusion est avant tout le fait des personnes plus âgées. Elles sont rejointes dans cette tendance par les catégories plus populaires (CSP -). Les personnes sans diplôme considèrent pour 42 % d'entre elles que le dépistage est « utile uniquement en cas de symptômes » et pour 39 % que « si l'on fait un dépistage, c'est que l'on a de fortes chances d'avoir un cancer ».

Le rejet, le déni. Parmi le public cible, on rencontre également une mise à distance du discours relatif à la santé : « je n'ai pas envie de savoir », « pas envie d'y penser ». Déjà dans des situations de vie difficiles notamment financières, ils préfèrent de facto « auto-exclure » tout problème de santé. D'autant que, de par leurs parcours professionnels aux conditions de travail souvent difficiles, leur rapport au corps est fait de résistances fortes (« on ne s'écoute pas »).

La peur de la maladie. Un autre frein rencontré est « la peur d'aller chercher la maladie ». Les personnes ont une forme d'angoisse face à un discours qui renvoie de près ou de loin aux maladies.

Un manque d'information, une méconnaissance. La méconnaissance par les personnes en situation de précarité de leur propre santé et des solutions que le système de soins peut leur apporter constitue un obstacle à l'adoption de comportements individuels de prévention. Un rapport du Conseil national de l'alimentation¹⁷ montre ainsi que les différences face à l'alimentation résultent en partie de la méconnaissance de l'influence de l'alimentation sur la santé qui est plus courante dans les milieux ouvriers, et qui, de ce fait, sont moins sensibles à des stratégies alimentaires. Enfin, le manque d'information en général sur les démarches et lieux permettant d'accéder gratuitement à des examens freine également le recours à des actions de prévention telles que les bilans de santé gratuits et les dépistages.

Une réticence vis-à-vis du système de soins. À l'exception de leur médecin traitant le plus souvent bien identifié comme le « porteur des messages de santé », certaines personnes âgées en situation de précarité ne souhaitent pas avoir affaire à des services de santé. Car ces derniers n'ont pas la légitimité de « mon médecin traitant ». Pour d'autres, cette réticence résulte de mauvaises expériences précédentes avec des professionnels de santé ou des centres de soins (sentiment de stigmatisation, vécu d'une discrimination, absence d'écoute, de considération...). Enfin, une forme de gêne, une honte à demander une assistance ou encore « craindre que cela se sache dans le quartier » peut également se manifester.

¹⁵ Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros D. (éd). Health literacy. The solid facts. Copenhague: OMS, 2013 : 73 p.

¹⁶ INCa. Les Français face au dépistage des cancers. Paris : INCa, coll. Enquêtes et sondages, 2009 : 12 p.

¹⁷ CNA. Avis sur l'exclusion sociale et l'alimentation. Paris : CNA, rapport n° 34, 2002 : 30 p.

LE REGARD DU SOCIOLOGUE ALAIN MERGIER (SYNTHÈSE D'ENTRETIEN)

Un rapport au corps intimement lié à l'estime de soi. Dans la tradition ouvrière, le corps est un instrument de travail et se définit dans son rapport au travail. Il est de fait intimement lié à la question de l'estime de soi qui est à considérer dans deux sens : honneur/fierté et place dans la société/utilité. Si le contexte social (chômage, accident du travail, handicap, retraite, exclusion) ne permet plus de faire vivre cette estime de soi, on assiste à un processus de désocialisation. Ce qui s'interrompt alors, ce sont les conditions de socialisation, c'est-à-dire les interactions sociales. Pour d'autres, cela se traduit par une attitude volontaire de solitude sans pour autant qu'ils soient forcément socialement isolés.

D'autant que, chez certains publics précaires issus de milieux ouvriers, la transition culturelle vers un autre rapport au corps, véhiculée par les médias, n'a pas eu lieu. Leur représentation du corps et de la santé est décalée des normes actuelles. Ils ne se sentent donc pas concernés par des discours axés sur la prévention et le fait de prendre soin de soi. Ces messages ne passent pas.

Des stratégies individuelles de « dénégaration positive ». Un certain nombre de publics précaires peuvent s'inscrire volontairement dans un schéma de résistance par rapport aux messages de prévention santé. Cela ne signifie pas qu'ils n'ont pas conscience de la réalité. Ils savent très bien ce qu'il advient en vieillissant (dégradation de l'état de santé, maladies). Mais, par rapport à cette réalité, ils s'inscrivent dans une stratégie (freudienne) de dénégaration positive : « Je sais que tu es là, mais je m'en fiche. » Il s'agit pour eux d'un processus de mise à distance nécessaire et utile pour ne pas être encore plus préoccupé, angoissé par leur condition de fragilité. Dans ce contexte, des messages de prévention peuvent être perçus comme venant atténuer cette capacité de résistance.

Des unités temporelles de plus en plus courtes. Tout au long de la vie, le rapport au temps est bouleversé par l'âge. Quand on est âgé, la durée n'a pas le même sens. L'avenir est plus concentré dans le temps. Progressivement, ces unités temporelles se raccourcissent. Ce processus est démultiplié lorsque l'on fait face à des précarités économiques et sociales. Pour les publics à la fois âgés et précaires, l'unité temps c'est le quotidien ou tout au mieux la fin du mois. D'où la difficulté de tenir des discours de prévention qui reposent, de fait, sur une capacité à se projeter dans l'avenir.

Pour toutes ces raisons, bon nombre de ces publics âgés et précaires peuvent ne pas se sentir concernés par des messages de prévention santé, trop déconnectés de leurs réalités. Il est important de tenir compte de toutes ces considérations psychologiques et de ne pas chercher en conséquence à produire de la « conviction idéologique » en matière de prévention santé. Cela irait à l'encontre de leurs « logiques » et risquerait d'accroître leur résistance à ce type de messages. Un risque accru dans un contexte de désocialisation et de remise en cause de la légitimité d'institutions qui ne « connaissent pas » leurs difficultés quotidiennes. Il faudrait donc les amener à trouver des solutions adaptées à leurs « problèmes concrets » plutôt que d'asséner des solutions perçues « comme toutes faites ».

B. Le rapport aux supports de prévention et promotion de la santé

Les acteurs interviewés sont unanimes : les actions traditionnelles de prévention ne fonctionnent pas auprès des publics précaires, et plus encore avec l'avancée en âge du public qui nous intéresse. Ce n'est pas ni pertinence ni la qualité des supports existants relatifs au vieillissement en santé qui sont mis en cause mais leur inadaptation en l'espèce aux publics concernés.

Cette inadéquation s'explique de manière objective, d'une part, par la plus grande distance existant entre l'émetteur et le récepteur des messages de prévention et, d'autre part, pour reprendre une notion conceptualisée par le sociologue Pierre Bourdieu, par le poids des « habitus » chez les personnes âgées en situation de précarité, c'est-à-dire le fruit des expériences passées, du vécu social et de l'apprentissage.

Plusieurs obstacles à la bonne réception des messages ont été soulevés par les différents professionnels interviewés.

L'impasse de l'écrit. Le constat est unanime : les supports écrits habituels (affiche, flyer, dépliant), s'ils ne sont pas à la fois simplifiés et expliqués, ne servent à rien : « ils ne sont pas vus, pas lus par les personnes que l'on cherche à toucher », « c'est comme si vous ne mettiez rien », « cela ne les touche pas ». Ce constat renvoie en premier lieu à la question de l'illettrisme. Les personnes âgées en situation de précarité étant plus particulièrement en situation d'illettrisme comparativement au reste de

la population¹⁸. Au-delà de la question de la maîtrise de la lecture, il existe de vrais problèmes de compréhension du vocabulaire, santé ou non, utilisé : les mots sont trop compliqués, voire polysémiques (ex. : dépendance). La quantité de textes constitue également le plus souvent un « épouvantail ». Enfin pour certaines personnes, ce sont des problèmes de vue ou bien des troubles psychiatriques qui peuvent faire obstacle à l'écrit.

L'impossible identification. Autre point important soulevé, la question de l'identification. Les personnes en situation de précarité ne se reconnaissent pas dans les représentations des publics souvent utilisées sur ce type de support (visuels de « jeunes seniors dynamiques, à vélo entourés de leurs petits-enfants », « situations exagérées de bonheur et bien-être », etc.). Comme elles « ne se sentent du coup pas concernés », la mise à distance de ce type de supports se fait jour.

L'absence d'accompagnement. Dans la lignée du point précédent, une approche collective, indirecte et impersonnelle est inefficace auprès de ces publics. Les messages de prévention, quels que soient leurs formats (écrit, audio, vidéo) ne seront pas reçus s'ils ne sont expliqués ou tout du moins introduits auprès de ces personnes de manière individuelle ou éventuellement sous la forme de petits groupes. Une intermédiation est nécessaire tant il règne de la confusion dans leurs esprits. Sans un minimum de relation de proximité auprès de ces personnes, en attente forte d'écoute et de considération (ce qui renvoie à la question de l'estime de soi vu précédemment), la diffusion efficace de messages de prévention s'avère vaine.

Le brouillage de l'émetteur dans un climat de méfiance. Il existe pour les personnes âgées une vraie difficulté à identifier l'émetteur. Elles sont perdues dans tous les sigles et acronymes d'autant que ces derniers changent souvent. Et bien que la parole publique soit crédible, elle se retrouve « brouillée » par toute une communication d'acteurs marchands dont se méfient tout particulièrement les personnes âgées qui se sentent exposées à des abus de faiblesse (« ils veulent forcément me vendre quelque chose »). Le message public a du mal à se différencier et en conséquence à être perçu et compris en tant que tel.

Le rejet des prescriptions. Ces personnes auront également tendance à mettre à distance les messages injonctifs, soit par défiance vis-à-vis des autorités, soit parce que cela traduirait pour elles une forme d'incompréhension de leurs réalités, de leurs difficultés plus immédiates, de leurs réelles priorités. Cela pourrait même être perçu comme une forme de « provocation ».

Les « intouchables ». Bien que certaines soient déjà sensibilisées par quelques initiatives de travailleurs sociaux en foyer ou au sein des Clics (Centres locaux d'information et de coordination gérontologique), de nombreuses personnes âgées en situation de précarité, au même titre qu'elles sont « invisibles », demeurent « intouchables ». Elles échappent aux circuits traditionnels de diffusion de supports ou actions d'information des régimes de retraite et de l'Inpes.

C. Personnes âgées immigrées : complément d'enquête¹⁹

Un rapport à la prévention santé spécifique en lien avec leurs systèmes de représentation. Les personnes âgées immigrées ont des représentations autour de la santé qui leur sont propres en lien avec leurs histoires, cultures et croyances. Parmi celles-ci :

- La santé est le sujet préoccupant car en lien avec le « projet migratoire » : une mauvaise santé risquant d'affecter la capacité à envoyer de l'argent aux siens.
- Le respect du « soignant » (médecin de ville et marabout).
- L'importance donnée à une relation de confiance et à un véritable échange et dialogue avec le soignant (« trop faible place à cet échange » en France selon les personnes concernées).
- La présence, aux côtés de la médecine allopathique occidentale, de la médecine traditionnelle à base de plantes.
- L'intimité du recours aux soins.

¹⁸ ANLCI. L'évolution de l'illettrisme en France. Lyon : ANLCI, 2013 : 4 p. Les personnes âgées, les territoires « sensibles », les bénéficiaires d'aides sociales sont plus en situation d'illettrisme que le reste de la population.

¹⁹ Étude sur la perception de la santé des personnes âgées immigrées vivant en habitat social adapté – Cabinet Anthropos pour Coallia – Mars 2014.

- La peur des maladies.
- La discrétion autour des problèmes de santé considérés comme tabou (« les maladies ne se parlent pas, c'est personnel »), le silence étant vécu comme un « rempart puissant au malheur ». La parole, les mots, les diagnostics portent, en eux, le pouvoir de faire exister les maladies, évitées jusque-là.

En découle un rapport paradoxal à la prévention santé, entre déni et inquiétude. Par ailleurs, si une minorité adhère au principe de prévention santé (et seulement si cela concerne une maladie déjà repérée et traitée), pour la majeure partie d'entre eux, l'idée de modifier son comportement pour prévenir l'arrivée éventuelle d'une maladie dans le futur, mais dont aucun signe n'apparaît dans le présent, peut paraître largement irrationnelle. Cette posture pouvant aller jusqu'au sentiment de fatalité de la maladie.

Enfin, la notion même de prévention n'a pas son équivalent dans les systèmes de représentations sociales des communautés d'appartenance d'origine des migrants. Dans le milieu traditionnel c'est la notion de « protection » qui prédomine. Et on ne se protège pas d'une maladie mais d'un trouble social qui pourrait être généré par le non-respect de règles, codes et de rituels associés dont l'objectif est le maintien d'un certain ordre social.

Le rapport aux actions de prévention en foyer et résidences sociales. Un premier constat est la difficulté de mobiliser les résidents en foyer pour les faire participer à des actions collectives ou individuelles de prévention santé alors même que les questions de santé constituent une préoccupation permanente en lien avec leur « projet migratoire ». Les résidents expriment une difficulté à comprendre le sens des actions proposées (notamment concernant les examens de contrôle et les bilans de santé).

Deux types d'actions sont menés par les médiateurs sociaux au sein des foyers, le plus souvent définis dans le cadre du Programme régional de santé publique (PRSP) :

- des permanences hebdomadaires donnant lieu à des échanges individuels où le sujet de la santé peut être abordé,
- des actions collectives organisées le plus souvent avec des acteurs locaux (réseaux CAF, Cnav, Cnam, centres médico-sociaux et associations) et le soutien actifs des délégués ou représentants des résidents au sein des établissements. Ces actions traitent soit ponctuellement d'une thématique (ex. : atelier autour de l'alimentation avec les cuisinières du foyer²⁰, prévention des chutes...), soit elles prennent la forme d'un Forum santé multithématique organisé au foyer sur toute une journée (projection de film, théâtre forum, ateliers thématiques, bilan de santé/dépistage...).

La barrière de la langue peut constituer un frein pour un public éventuellement analphabète face à des supports écrits (affiche, dépliant) mais aussi oralement lors d'échanges avec des professionnels de santé. L'autre difficulté rencontrée est l'absence d'un niveau de confiance suffisant pour aborder des sujets de santé avec des professionnels de santé ou des intervenants extérieurs qu'ils ne connaissent pas.

4. Les conditions d'une prévention efficace

Il ressort de cet état des lieux que l'efficacité d'un futur dispositif de messages de prévention santé à destination des personnes âgées en situation de précarité est conditionnée par plusieurs facteurs.

La participation des acteurs de proximité disposant auprès d'eux d'un « capital relationnel » pour relayer les messages et les supports de prévention santé.

- Des intermédiaires sont incontournables pour toucher ces publics le plus souvent désocialisés qui échappent aux canaux traditionnels de communication.
- Ils sont les seuls à même de créer, par de l'écoute et de la considération, les conditions de confiance indispensable à la libération de la parole.

Par acteurs de proximité on entend l'ensemble des professionnels qui, en « lien direct » avec des

²⁰ GRDR. Méthodologies d'interventions auprès des résidents âgés des foyers de travailleurs migrants. Montreuil : GRDR, 2012 : 24 p.

personnes âgées en situation de précarité, intervient dans le cadre d'une chaîne « information-médiation-coordination » sur des problématiques sanitaires et sociales. Acteurs privés, acteurs associatifs, acteurs publics, tous ces professionnels privilégient aujourd'hui un « travail en réseau » organisé localement au niveau des départements, des communes et des quartiers, notamment dans le cadre des Ateliers Santé Ville²¹. Ces réseaux sont « pluri-professionnels » : médicaux, paramédicaux, médiateurs et travailleurs sociaux...

La conception d'actions et de supports de communication. Deux types d'outils à mettre à disposition des acteurs de proximité sont à envisager :

- Des outils destinés aux acteurs eux-mêmes : ces outils leur serviront de support prétexte pour échanger et délivrer les messages de prévention (discussions informelles, animation d'ateliers etc.).
- Des outils destinés aux personnes âgées qui leur seront remis par l'intermédiaire des acteurs de proximité : ces outils serviront de rappels aux personnes âgées.

Des supports de communication adaptés pour privilégier une communication plus « accessible » sur le fond et sur la forme. Dans le cadre de la présente étude, plusieurs leviers en communication ont été identifiés.

²¹ www.plateforme-asv.org

IV – LEVIERS EN COMMUNICATION

Les différents entretiens menés auprès de professionnels étant en prise directe ou ayant une connaissance indirecte de ces publics (acteurs de terrain sociaux et associatifs, professionnels de santé, chercheurs, communicants) ont permis à l'Inpes d'identifier différents **leviers pour veiller à l'accessibilité des actions et outils d'information** à destination de personnes âgées en situation de précarité.

1. Les leviers identifiés sur le fond

S'inscrire dans une approche globale et positive de la santé. La prévention santé doit être appréhendée comme un « mieux-être global » pour les personnes âgées en situation de précarité. Cela permettra également à des acteurs de proximité dont le cœur de métier n'est pas la santé de relayer plus facilement à leur niveau les messages. Ce discours devra privilégier un discours positif autour des bonnes pratiques en veillant à valoriser celles qui sont déjà adoptées par les personnes.

Renforcer le processus d'identification et réduire ainsi la mise à distance. Les actions et outils pourront s'appuyer sur des situations concrètes proches de leurs expériences quotidiennes de précarité (préoccupations identifiées, contraintes matérielles ou financières...). Il convient également d'éviter de recourir à des approches trop en décalage avec leur réalité et leur système de représentations comme celle par exemple du « bien-être ».

Inscrire le discours dans le présent plutôt que dans les « années à venir ». Il faut inscrire le discours « actions-bénéfiques » dans un temps court, celui du présent ou d'un futur proche, pour ne pas rentrer en confrontation avec leur difficulté à se projeter sur l'avenir à moyen et long terme.

Proposer des sujets de prévention « au menu ou à la carte ». Les actions/supports devront permettre aux acteurs de proximité d'avoir le choix entre une approche plurithématique ou une approche par thème, en fonction des opportunités de situation pour délivrer des messages de prévention.

→ **Un enjeu d'« empowerment »** : il s'agit de renforcer les compétences psycho-sociales des personnes, c'est-à-dire le sentiment d'être en capacité de faire, de renforcer la confiance en soi, de donner les moyens d'agir en intégrant leurs contraintes pour leur permettre de regagner un certain contrôle de leur vie.

2. Les leviers identifiés sur la forme

Faciliter la considération et l'interaction pour contribuer à faire renaître une certaine estime de soi et une forme d'existence sociale. Les actions et outils conçus pour les acteurs de proximité doivent être envisagés comme de véritables supports au service d'une prévention qui privilégie l'oralité. Cela facilitera :

- d'une part, l'« écoute authentique » et le dialogue (« la parole est clé pour installer un rapport de confiance et déminer les renoncements ») ;
- d'autre part, l'interaction, que ce soit individuellement ou en groupe (« les faire participer est le meilleur moyen de leur faire comprendre »).

Privilégier avant tout l'image quel que soit le format des supports. Il convient de limiter au maximum le recours à l'écrit (l'essentiel). Les actions et outils devront privilégier avant tout l'information par l'image que ce soit sous la forme de supports papier (visuels, illustrations, pictogrammes) ou de vidéos de courte durée (film, animation).

Simplifier au maximum le peu d'écrit existant. Quelques règles de littérature²⁰ doivent être respectées, parmi celles-ci :

- Limiter le nombre de messages (travail identification des messages clés)
- Ne fournir que les informations essentielles et à vocation pratique
- Aller du plus important au moins important
- S'adresser directement aux destinataires dès le titre
- Privilégier la forme affirmative
- Rédiger des phrases courtes et simples (sujet – verbe – complément)
- Utiliser des mots de tous les jours (vs des mots techniques)
- Utiliser toujours le même mot pour désigner une même notion

Explorer une tonalité ludique et conviviale. Si les professionnels interviewés sont partagés entre privilégier une tonalité s'appuyant sur l'émotion ou l'humour, ils sont unanimes quant au fait que les tonalités dramatiques et trop neutre sont à écarter pour aller vers une neutralité bienveillante et créer de la proximité. De la même manière, il faudrait éviter le recours à un style trop injonctif au profit d'un discours pédagogique.

Veiller à l'identification immédiate du statut public de l'émetteur sur les outils. Le statut public de l'émetteur devrait explicitement être mis en avant pour éviter tout doute et confusion voire même suspicion (« on veut me vendre quelque chose ») qui viendrait parasiter la réception des messages.

3. « Bien vieillir en santé » : les thématiques pressenties par les professionnels

À la suite de la présentation des différentes thématiques du programme de prévention « Vieillir en bonne santé », les professionnels enquêtés ont été invités à se prononcer sur celles qui leur semblaient les plus appropriées au regard à la fois des sujets traités et de la capacité à délivrer ce type de messages aux personnes âgées en situation de précarité.

Les thématiques les plus pressenties

- « Santé »
- « Alimentation »
- « Activité physique »

À noter : il est important de traiter ces thématiques en intégrant explicitement la contrainte financière des personnes (gratuité, prise en charge, système D, etc.) et en les reliant concrètement aux différents problèmes psychique et physique rencontrés (troubles de la mémoire, audition, dents, maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, stress, sentiment de solitude, etc.).

Les thématiques plus secondaires

- « Activité cérébrale »
- « Rythmes et sommeil »
- « Utilité sociale »

Une thématique plus compliquée à aborder : « vie affective ». Cette thématique est en soi plus « compliquée à aborder » car elle est « en décalage » avec les situations d'isolement et de solitude dans lesquelles se trouve un grand nombre de personnes âgées en situation de précarité. Ce type de message pourrait dès lors nuire au processus d'identification recherché (« ce n'est pas pour moi »).

Le cas particulier de la thématique dite « estime de soi ». Si la thématique « estime de soi » est très importante car elle conditionne la réceptivité de tout message de prévention santé, elle ne peut être évoquée frontalement en tant que telle. Comme évoqué dans les parties consacrées aux « Leviers », elle doit par contre faire partie intégrante de la manière avec laquelle il conviendrait de délivrer les messages et outils aux personnes âgées en situation de précarité, celle d'une intermédiation des acteurs de proximité privilégiant écoute et dialogue.

²⁰ Unapei. L'information pour tous. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre. Paris : Unapei, 2009 : 50 p.

Annexe 1 : Liste des professionnels interviewés dans le cadre de l'état des lieux

Acteurs sociaux

CCAS de Roubaix

Séverine Soetaert – Directrice

CLIC Paris Emerald Est

Catherine Roux – Coordinatrice sociale, adjointe de la responsable

Acteurs institutionnels

INCa – Institut national du Cancer

Muriel Papin – Responsable du département campagnes

Inpes - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Élodie Aïna – Ex-chargée de mission Migrants

Cnav – Caisse nationale d'assurance vieillesse

Claudine Attias-Donfut – Ex-directrice de recherche

Acteurs logement accompagné

Unafo – Union professionnelle du logement accompagné

Sylvie Emsellem – Chargée de missions et partenariats

Adoma – Gestionnaire d'hébergement pour travailleurs migrants (société d'économie mixte)

Aleth Riandey – Responsable études et développement

Areli – Gestionnaire d'hébergement pour travailleurs migrants (association)

Lydie Alvarez – Directrice de l'action sociale

Acteurs associatifs

Les petits frères des Pauvres

Christophe Figeac – Responsable du pôle Ressources précarité

Entreprises sociales

DOMPLUS – Intermédiation sociale

Najette Fabry – Responsable de la plateforme d'écoute

Arnaud Vallin – Responsable Observatoire et relation clients

Professionnels de santé

Réseau AGEP – Réseau gériatrique de l'Est parisien

Claire Roy – Médecin gériatre et médecin coordinateur Réseau AGEP (réseau gériatrique de l'Est parisien)

Centre Popincourt, Paris

Vincent Lapière – Psychologue et responsable du pôle de psycho-gérontologie

Chercheurs

Université de Lorraine – Centre de recherches sur les médiations

Vincent Goulet – Sociologue et auteur de *Médias et classes populaires*

Institut WEI

Alain Mergier – Directeur, sociologue et auteur de *Le descendeur social*

CNRS, Odenore – Observatoire des non-recours aux droits et services

Philippe Warin – Directeur de recherche

Annexe 2 : Abréviations

Aggir – Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources
ARS – Agence régionale de santé
ASPA – Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASV – Allocation supplémentaire de vieillesse
Caf – Caisse d’allocations familiales
CCAS – Centre communal d’action sociale
Clic – Centres locaux d’information et de coordination gérontologique
CMU – Couverture maladie universelle
Cnam – Caisse nationale d’assurance maladie
Cnav – Caisse nationale d’assurance vieillesse
CNSA – Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie
Crédoc – Centre de recherche pour l’étude et l’observation des conditions de vie
Cresge – Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion
CSP – Catégorie socioprofessionnelle
GIR – Groupe Iso ressource
HLM – Habitat à loyer modéré
INCa – Institut national du cancer
Inpes – Institut national de prévention et d’éducation pour la santé
Insee – Institut national de la statistique et des études économiques
MSA – Mutualité sociale agricole
OMS – Organisation mondiale de la santé
PNNS – Plan national nutrition santé
PRSP – Programme régional de santé publique
RSI – Régime social des indépendants
Saspa – Service de l’allocation de solidarité aux personnes âgées