

AMÉLIORER LES GRANDS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

0 Enjeu n°4 :

- favoriser le maintien à domicile en logement individuel ou collectif et adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement

MESURE 9 : PROMOUVOIR LES « RÉSIDENCES AUTONOMIE » ET FAVORISER LA PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE DE LEURS RÉSIDENTS ET ADAPTER LEUR ENVIRONNEMENT

- On peut identifier comme principaux enjeux concernant les résidences autonomie :
- La revalorisation de leur image et leur ouverture sur l'extérieur : cette offre de logements souffre en effet d'une faible visibilité alors même qu'elle répond aux besoins de diversification des modes d'hébergement ;
- La réponse aux besoins de sécurité et de préservation du lien social des personnes âgées ;
- Le développement de modes de financement et le partage de bonnes pratiques des réhabilitations des résidences autonomie afin de maintenir et développer le parc existant
- Le soutien à l'innovation dans l'habitat regroupé dédié aux personnes âgées.

III. ACTIONS

- Mettre en place des plans d'actions collectives de prévention dans les résidences autonomie pour les départements non couverts par cette offre ;
- Produire des préconisations avec l'INPES et l'inter-régimes pour permettre aux professionnels de développer et d'organiser des actions de vie sociale et de prévention de la santé dans les résidences autonomie et autres lieux de vie collectifs, en lien avec les différents acteurs territoriaux ;
- Développer l'accès aux aides techniques au sein du domicile des personnes âgées dans le cadre des résidences autonomie.
- Encourager l'ouverture sur l'extérieur de la restauration, des activités de prévention et de loisirs des résidences autonomie en orientant les financements qui leur sont destinés vers les projets qui s'inscrivent résolument dans une démarche de prévention et d'ouverture sur la cité ;
- Soutenir la coordination gériatrique au sein des résidences autonomie ainsi que leur inscription dans la coordination gériatrique locale.

AMÉLIORER LES GRANDS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

- **Enjeu n°5** : adapter l'environnement aux conséquences du vieillissement

MESURE 10 : PROMOUVOIR LA DÉMARCHE GLOBALE « VILLES AMIES DES ÂÎNÉS » EN FRANCE

0 I. Contexte et enjeux

- 0 La France est consciente et souhaite agir sur le processus de vieillissement de sa population:
- 0 Selon les projections, la part des personnes âgées de plus de 60 ans représentera en 2060 un tiers des de la population française contre un quart aujourd'hui (24,4 %).
- 0 Parallèlement, la proportion des personnes âgées vivant en milieu urbain devrait s'accroître dans les années à venir.
- 0 La dynamique « Ville amie des aînés » s'attache donc concrètement à oeuvrer pour que les âgés développent et gardent un sentiment d'appartenance à leur ville.
- 0 Par ailleurs, la démarche vise à lutter contre toute forme d'âgisme en associant l'ensemble des acteurs aux débats et aux projets locaux.

II. MESURE

- Le projet « Villes amies des aînés » est un programme de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) né à Rio de Janeiro en juin 2005. « Villes amies des aînés » est avant tout un programme visant à créer un réseau de villes engagées dans l'amélioration du bien-être des aînés sur leur territoire. Il s'agit d'un projet d'ordre mondial ayant pour objectif de répondre aux enjeux et attentes d'une population vieillissante.
- Le Réseau Francophone des Villes amies des aînés (RFVAA) a été créé en 2012 et a été reconnu officiellement comme membre affilié de l'OMS dès 2013. Ce Réseau associe des villes françaises, québécoises, suisses et belges autour d'un même idéal et d'une même volonté de progresser et de permettre à tous de mieux vivre ensemble. Actuellement, une vingtaine de villes françaises sont d'ores et déjà engagées dans la démarche « Villes amies des aînés ».

LES ACTIONS MISES EN OEUVRE S'EFFECTUENT DANS LES HUIT DOMAINES SUIVANTS :

- o Espaces extérieurs et bâtiments ;
 - o Transports et mobilité ;
 - o Habitat ;
 - o Lien social et solidarité ;
 - o Culture et loisirs ;
 - o Information et communication ;
 - o Participation citoyenne et emploi ;
 - o Autonomie, services et soins.
-
- o **Le Gouvernement français souhaite promouvoir la mise en oeuvre du programme « Villes amies des aînés » en France.** Ce dispositif, qui repose sur le volontariat des collectivités, n'a pas pour objectif de créer des quartiers réservés aux personnes âgées mais de créer les conditions favorables du vieillissement pour être en mesure d'accueillir sans exclusive tous les âges.

III. ACTIONS

- Communiquer sur les actions réalisées dans les huit thématiques clés de l'OMS pour encourager la mise en oeuvre du programme « Villes amies des aînés » dans le plus grand nombre de villes possible ;
- Organiser des événements locaux et nationaux pour diffuser la démarche ;
- Mettre en place sous l'égide de l'Etat/RFVAA/Caisse des dépôts et consignations d'un label visant à récompenser les villes les plus engagées dans la démarche ;

IV. MÉTIERS IMPACTÉS

- Directeurs des services administratifs et techniques au sein des collectivités ;
- Responsables de services ;
- Professionnels de la formation ;
- Consultants ;
- Travailleurs sociaux.

ENJEU N°5 : ADAPTER L'ENVIRONNEMENT AUX CONSÉQUENCES DU VIEILLISSEMENT

MESURE 11 : INTÉGRER LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT DANS LES DOCUMENTS D'URBANISME

0 I. Contexte et enjeux

- 0 La prise en compte du vieillissement dans les documents d'urbanisme et de planification suivants

Le SCOT (Schéma de Cohérence Territoriale) ; Le PLU (Plan Local d'urbanisme) ; Le PDU (Plan des Déplacements Urbains) ; Le PLH (Programme Local de l'habitat)

constitue un outil indispensable

- 0 pour adapter progressivement les villes au vieillissement,
- 0 mieux structurer l'offre en fonction des besoins actuels et futurs de la population
- 0 et faire évoluer les manières de penser l'aménagement urbain et les déplacements dans une logique de mixité entre les générations.

III. ACTIONS

- Inciter chaque collectivité à cartographier des « zones favorables », existantes ou à développer, en lien avec la démarche globale de planification urbaine: secteurs correspondant au croisement, dans un rayon de 200 et 300 mètres, des polarités de quartier - commerces et services de proximité - et des transports en commun autour des stations de métro et des arrêts de bus des lignes majeures.
- Les cartes prennent en compte les équipements publics, les hôpitaux, les cliniques, les établissements pour personnes âgées ainsi que les parcs et espaces verts
- Analyser chaque secteur pour repérer les possibilités dévolution du parc social existant par voie de réhabilitation en lien avec le recensement des bâtiments adaptés, adaptables et non-adaptables, réalisé par les bailleurs sociaux ;
- Réaliser des programmes neufs dans les opérations d'aménagement,

IV. OUTILS ET BONNES PRATIQUES

- La réglementation actuelle permet déjà aux collectivités de s'engager sur ce travail.
- Rennes Métropole constitue la démarche la plus aboutie à ce jour avec les nouvelles ZAC qui intègrent désormais la notion de « zones favorables au vieillissement » et d'autre, part la volonté de la municipalité que le prochain PLU l'intègre sur l'ensemble du territoire.
- Il demeure essentiel que la démarche soit poussée par l'Etat sous forme de communications auprès des collectivités et soutenue par d'autres institutions (CNAV et ANAH étant intéressées y compris par une majoration des aides dans certains cas).
- Il serait souhaitable de mettre en place une commission commune à différents ministères/secrétariats d'Etat pour évaluer et adapter si besoin le code de la construction et de l'habitation et le code de l'urbanisme en fonction des retours des collectivités.

MESURE 12 : GARANTIR LA MOBILITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ DANS LES QUARTIERS

- La qualité des déplacements et de l'accessibilité autour du domicile constitue un fort enjeu du maintien à domicile des personnes âgées.
- **III. Actions**
 - Dans le plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE), identifier et développer les actions favorisant l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite.
 - Définir l'évolution de l'offre de transports en commun dans les secteurs à forte densité.
 - Etudier la faisabilité, la viabilité de circuits adaptés, bien identifiés, permettant une souplesse d'utilisation (parcs, marchés, maisons de retraite).
 - Lancer un programme français du véhicule autonome (sans chauffeur).

ENJEU N°6 : SOUTENIR LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE COORDINATION DES PARCOURS ET DE REPÉRAGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET DES FRAGILITÉS

Mesure 13 :

Assurer aux personnes âgées une information, une orientation, un accès aux droits et un accompagnement rapide et pertinent vers les aides, les professionnels, les services et dispositifs adaptés à leur situation,

De nombreux professionnels et dispositifs contribuent aux différentes missions d'évaluation, d'orientation, d'accompagnement, en amont et à côté des prises en charge :

équipes APA, CLIC et autres lieux d'information et de coordination gérontologiques, réseaux de santé gérontologiques, caisses de retraite de base et complémentaires (Bien vieillir), gestionnaires de cas avec la diffusion nationale d'une organisation intégrée de ces ressources selon la méthode MAIA, organisations intégrées renforcées sur les territoires PAERPA....

- des fonctions d'information, de conseil, d'orientation, d'évaluation, de coordination et de suivi des personnes âgées et de leurs aidants. Ils sont des acteurs généralistes essentiels de l'accès aux droits, du repérage des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et de l'accompagnement à la mise en place et à la coordination des aides nécessaires. Nombreux sont ceux qui leur proposent également des actions de prévention, ainsi que des actions en direction des aidants et des professionnels. Autorisés et financés par les départements, principaux relais de la compétence gériatrique de ces derniers, les CLIC peuvent également bénéficier, pour leur activité globale ou pour des actions spécifiques, de subventions des caisses de retraite, des communes, des ARS, etc.

LES CLIC ET LES RÉSEAUX INTERVIENNENT SUR DES TERRITOIRES LE PLUS SOUVENT INFRA-DÉPARTEMENTAUX OÙ SE DÉPLOIENT DES DISPOSITIFS MAIA.

La méthode MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie de 60 ans et plus et de leurs aidants grâce à une démarche particulière :

l'intégration des services d'aide et de soins qui conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs afin d'appuyer le repérage des besoins des personnes et à s'assurer que la réponse la plus adaptée est mise en place.

L'objectif est d'apporter une réponse harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse. La méthode MAIA a donc pour objectif de simplifier et d'optimiser le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le porteur chargé du déploiement de la méthode MAIA peut être un service du conseil d »partemental, un CLIC, un réseau de santé, un établissement de santé, etc.

LES GESTIONNAIRES DE CAS

- Sur les territoires MAIA, les personnes âgées en situation complexe bénéficient d'un suivi intensif et au long cours par des gestionnaires de cas dédiés à la coordination des interventions des différents professionnels intervenant auprès d'elles.
- Ces situations complexes sont repérées par les professionnels du guichet intégré qui englobe l'ensemble des points d'accueil, d'orientation des personnes âgées et des services de coordination des interventions tels que les CLIC et les réseaux de santé.
- Les gestionnaires de cas utilisent un outil d'évaluation multidimensionnelle permettant d'avoir une approche globale des besoins de la personne âgée. Le choix de l'outil définitif, informatisé et validé scientifiquement, est en cours.

AXE 2.

PRÉVENTION SECONDAIRE : PRÉVENIR LES PERTES D'AUTONOMIE ÉVITABLES

- Eviter ou différer la survenue de telles situations doit être un réflexe systématique dans les pratiques et les organisations. Il faut répéter qu'une telle stratégie est toujours globale, certes sanitaire, mais aussi psycho-sociale et environnementale.
- Mais il existe aussi des pertes d'autonomie compensables. Il convient donc de faciliter et de mieux solvabiliser l'accès aux aides techniques individuelles.
- L'enjeu, c'est de retarder l'entrée dans la dépendance par des interventions préventives et coordonnées.

ENJEU N°7 :

**RETARDER L'ENTRÉE DANS LA DÉPENDANCE PAR DES
INTERVENTIONS PRÉVENTIVES ET COORDONNÉES**

MESURE 16 :

**LUTTER CONTRE LA SÉDENTARITÉ, CONFORTER LE MAINTIEN DE LA
MOBILITÉ : ÉQUILIBRE, MARCHÉ, PRÉVENTION DES CHUTES**

- Il s'agit de reculer le plus tardivement l'entrée en dépendance de celles-ci ;
- Il s'agit de prévenir différentes pathologies résultant de la sédentarité : le diabète, les pathologies cardio-vasculaires et les cancers ;
- Il s'agit d'améliorer la confiance en soi et l'estime de soi et ainsi de garantir à la personne âgée un état de bien-être physique, mental et social.
- Il s'agit de lutter contre l'exclusion / en faveur de « l'intégration » et la participation sociale des seniors
- maintien de la mobilité
- diminution des chutes et diminution des dépenses de santé induites par la sur morbidité et les incapacités dues aux chutes accidentelles

- maintien des facultés cognitives
- maintien de la qualité de vie des sujets âgés
- maintien des seniors à domicile

- Le rôle social des activités physiques (et/ou sportives) aide à précisément à lutter contre l'exclusion des personnes âgées. Elles sont des facteurs positifs de santé et participent au renforcement des liens sociaux.

MESURE 17 :

PRÉVENIR LES RISQUES DE DÉPRESSION POUR LUTTER CONTRE SES EFFETS SUR L'AUTONOMIE

0 I. Contexte et enjeux

- 0 La dépression est l'un des problèmes de santé mentale les plus communs chez le sujet âgé. Elle concernerait 15 % des plus de 65 ans en population générale, 40 % en institution, dont 10 à 15 % dans la première année suivant l'admission. La dépression diminue la durée de vie, augmente le risque somatique, le recours aux soins et à l'hospitalisation. La dépression est une cause importante de perte d'autonomie et d'institutionnalisation. Elle est associée à un risque important de passage à l'acte suicidaire, y compris en EHPAD.

LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 65 ANS REPRÉSENTENT LA PART DE LA POPULATION LA PLUS EXPOSÉE AU RISQUE DE DÉCÈS PAR SUICIDE.

- La dépression est sous diagnostiquée et insuffisamment traitée, en raison de la difficulté à reconnaître la dépression comme pathologie curable. 15 à 30 % des patients âgés consultant en médecine générale auraient un syndrome dépressif et 75 % des personnes âgées commettant un suicide ont consulté leur médecin dans le mois précédant leur décès. Malgré cela la dépression reste, il faut le répéter, sous-diagnostiquée et sous-traitée.
- En France, sur plus de 10 400 suicides survenus en 2010, 28 % au moins ont concerné des personnes de 65 ans et plus (CepiDc-Inserm30). En outre, chez elles, le geste suicidaire est en général très déterminé comme en témoignent les moyens radicaux employés, signes d'une grande désespérance : défenestration, armes à feu, pendaison, noyade.
- Dans la très grande majorité des cas, le suicide d'une personne âgée est l'aboutissement de l'évolution douloureuse d'une dépression méconnue ou mal traitée.

Le ratio suicide abouti/tentative de suicide est particulièrement élevé chez les personnes âgées, 1 pour 4, contre 1 pour 200 chez les moins de 25 ans.

- La dépression constitue le principal facteur de risque de suicide chez la personne âgée. La conduite suicidaire peut aussi s'exprimer en l'absence de dépression avérée, certains facteurs de risque sont cependant communs : difficultés économiques, isolement familial et social, séparation récente (veuvage), changement de cadre de vie (entrée en institution), handicap, pathologies douloureuses...
- Il faut donc Prévenir les risques de dépression pour lutter contre ses effets sur l'autonomie :
- identification et la prise en soins de la dépression et plus largement de la souffrance psychique chez la personne âgée, participant de la stratégie permettant de réduire la prévalence du suicide

MESURE 18 : PRÉVENIR ET ACCOMPAGNER LES TROUBLES SENSORIELS

- 0 **Quelques données de contexte**
- 0 Le nombre de Français concernés par un handicap auditif est estimé à plus de 5 millions, soit environ 8 % de la population.
- 0 C'est un chiffre qui progresse parallèlement à l'allongement de la durée de vie du fait de la presbycousie, altération des facultés d'audition liée à l'âge, qui touche 30 % des personnes de plus de 75 ans.
- 0 Il n'y a pas de traitement médicamenteux efficace de la presbycousie ; le traitement repose donc essentiellement sur l'appareillage auditif.
- 0 Seuls 40 % des malentendants âgés portent des audioprothèses.

- La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA, maladie dégénérative rétinienne invalidante dévolution chronique) est la principale cause de malvoyance chez les sujets âgés ; la prévalence croît avec l'âge pour atteindre environ 15 % de forme grave après 80 ans. Un million de personnes seraient atteintes de cette affection qui serait responsable de 3 000 nouveaux cas par an.
- les maladies liées à l'âge - et notamment les troubles sensoriels - peuvent être causes de dépendances mais sont pour la plupart liées à des facteurs de risque et donc accessibles à la prévention qui doit être entendue au sens large, tout au long de la vie : il n'est jamais trop tôt, il n'est jamais trop tard. Ainsi, la prévention des troubles sensoriels nécessite de diminuer l'intensité sonore dans les lieux publics pour éviter les surdités, de se protéger les yeux du soleil pour retarder les cataractes ou les dégénérescences maculaires liées à l'âge.
- Les émotions liées à ces pertes peuvent amplifier l'anxiété et inciter la personne à s'isoler.

III. ACTIONS

- Développer des espaces de sociabilité,
- Mettre en place des dépistages précoces (le dépistage de la surdité doit se faire dans la tranche d'âge des 55/65 ans si l'on veut augmenter la proportion des personnes de plus de 70 ans qui portent régulièrement leur appareil auditif ; il en va de même pour les déficiences visuelles.) en ciblant prioritairement les publics sur les populations bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et/ou non couvertes par une complémentaire santé,
- Développer l'accès aux aides techniques et aux aménagements du domicile : adaptation du logement, mains courantes, éclairage adapté du domicile pour les malvoyants (variateurs de lumière, balisage lumineux), aides optiques grossissantes... Cibler prioritairement les personnes âgées à bas revenus

MESURE 20 : RÉDUIRE LA DÉNUTRITION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ET AMÉLIORER SA PRISE EN CHARGE

- Chez les plus de 75 ans, la dénutrition atteint 4 à 10 % des personnes vivant à domicile, 15 à 38 % de celles vivant en institution et 30 à 70 % des personnes de cet âge hospitalisées. Au moment de leur admission à l'hôpital, 40 % des personnes sont dénutries.
- Les causes potentielles de la dénutrition sont multiples :
- médicales : mauvais état bucco-dentaire, dépression, effets secondaires des médicaments altérant le goût ou réduisant la salivation, etc...
- non médicales : précarité, isolement, perte d'autonomie, etc...

MESURE 21 :

AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

- Le projet PAERPA : parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, s'adresse aux personnes âgées de plus de 75 ans dont l'autonomie risque de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social,
- **Il faut Anticiper la réalité démographique** : Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent désormais 9 % de la population française. En 2060, elles seront 12 millions.
- **Limiter les hospitalisations évitables** : Les professionnels de santé constatent que hospitalisation aggrave souvent la perte d'autonomie chez les personnes âgées de plus de 75 ans dont un tiers d'entre elles connaît une hospitalisation dans l'année. Or certains facteurs hospitalisation sont potentiellement évitables : la dépression, la dénutrition, les chutes et les problèmes liés aux médicaments.
- L'objectif du parcours santé des aînés est d'améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale et d'éviter ainsi, chaque fois que possible, le recours à hospitalisation

LA DÉMARCHE PAERPA PROPOSE D'AGIR EN AMONT DE L'HOSPITALISATION EN RENFORÇANT L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS ET EN PRÉSERVANT L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES GRÂCE À UNE MEILLEURE COORDINATION DES PROFESSIONNELS.

- En aval, l'organisation au sein de l'établissement de santé (ES) et différents dispositifs d'accompagnement en sortie d'hospitalisation spécifiques à PAERPA (hébergement temporaire et aide à domicile) doivent permettre des retours à domicile plus rapides, dans de meilleures conditions, limitant les risques de ré-hospitalisation.

PAERPA AMÉLIORE SUR LE TERRITOIRE LA VISIBILITÉ ET LE RÔLE :

- des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) comme structures de proximité impliquées dans le repérage des situations à risque et leur prévention,
- des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) plus spécifiquement comme pôles de services et lieux de coordination et de coopération pour l'accompagnement et le maintien à domicile.
- Pour les EHPAD, la démarche PAERPA doit permettre de renforcer les partenariats avec les professionnels libéraux, les établissements de santé et les services médico-sociaux. Elle a pour finalité de favoriser la coordination des professionnels, d'améliorer la pertinence des hospitalisations des résidents en les programmant le plus possible et en limitant le passage par les urgences.
- Les EHPAD contribuent à améliorer les conditions de retour à domicile de personnes hospitalisées en proposant un hébergement temporaire en sortie de court séjour, permettant ainsi de limiter le temps d'hospitalisation.

MESURE 22 :

MOBILISER LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES AUTOUR DU RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES PENDANT UNE HOSPITALISATION ET AUTOUR DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LEUR RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

AXE 4 : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- La France et les pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent des indicateurs de santé publique tels que l'allongement de l'espérance de vie, le recul de la mortalité infantile, etc. Cependant, non seulement les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable et sont plus substantiels pour les catégories sociales favorisées - par exemple, les cadres et les professions libérales ont gagné plus d'années de vie que les ouvriers- mais les inégalités se creusent dès le plus jeune âge et se maintiennent tout au long de la vie.
- En 2008, en France, à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie réduite de sept ans par rapport à celle d'un cadre ou d'une personne exerçant une profession libérale. Les différences d'espérance de vie se doublent de différences en matière d'incapacité : à 35 ans, un ouvrier peut s'attendre à vivre 17 années avec au moins une limitation physique ou sensorielle alors qu'un cadre peut s'attendre à vivre 13 années avec ce problème.

AXE 4 : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- 0 L'état de santé d'une personne se caractérise donc par des interactions complexes entre plusieurs facteurs, individuels, socio-environnementaux et économiques, appelés déterminants sociaux de la santé, et il existe un lien entre cet état de santé et la position de chacun dans la hiérarchie sociale.
- 0 « Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Deux éléments sont importants dans cette définition. Tout d'abord, l'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Ensuite le fait que ces inégalités de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits.
- 0 « **Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé.** A côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires, des comportements individuels (consommation de tabac et d'alcool, alimentation, exercice physique...), les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, accès aux services publics essentiels) et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales sont les grandes catégories de déterminants les plus souvent identifiées. La façon dont ces déterminants se construisent et s'enchaînent renvoie à des modèles théoriques mais surtout, in fine, à des choix politiques en termes de justice sociale.

AXE 4 : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- 0 « Mettre en place une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé s'ancre dans un double constat. **Le premier est qu'améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas** puisque non seulement les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas, mais qu'elles tendent à s'aggraver (...). **Le second est que l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé.** En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se constitue en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus. »
- 0 Tout programme de prévention doit s'interroger sur les difficultés, d'une part, de réduire les inégalités sociales de santé et d'accès aux services et aux soins et, d'autre part, de toucher les populations qui en ont le plus besoin, les plus fragilisées, celles qui cumulent faible revenu, faible niveau éducatif, méconnaissance des arcanes du système de santé et manque d'information.

AXE 4 : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- L'une des conséquences des inégalités d'accès aux services et aux soins est le non recours aux soins. Le renoncement aux soins est un phénomène complexe qui renvoie à la fois au « non recours aux soins » et aux « besoins de santé non satisfaits ». Le renoncement est bien sûr lié aux moyens (financiers - prix du soin et reste à charge -, sociaux, organisationnels, etc.) des personnes, mais s'avère également dépendant des représentations et des expériences vécues concernant le recours à la médecine. Il peut, en outre, traduire un manque de connaissances ou d'information.
- **La réduction des inégalités sociales de santé est un axe transversal qui doit être décliné dans les principales mesures opérationnelles du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie.**

AXE 5 :

FORMER LES PROFESSIONNELS À LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

- **Mesures 24, 25 et 26 : Améliorer les compétences, renouveler les pratiques professionnelles, faire connaître les bonnes pratiques et les expérimentations en matière de formation dans les différents champs de la prévention de la perte d'autonomie**
- L'accompagnement des personnes en perte d'autonomie mobilise une très grande diversité de professionnels : professionnels du soin (médecins, infirmières, aides soignants, autres professionnels paramédicaux...), professionnels du travail social (auxiliaires de vie, aides médico-psychologiques, assistantes sociales...) mais aussi professionnels de l'animation et de l'aide à domicile. D'autres catégories d'intervenants mériteraient par ailleurs d'être davantage sollicitées pour participer à des stratégies de prévention et d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées : professionnels du sport, de la culture, de l'habitat, de l'animation, bénévoles...

FIN