



Présentation

RÉUNION DE RESTITUTION DU
RAPPORT

26 FÉVRIER 2026

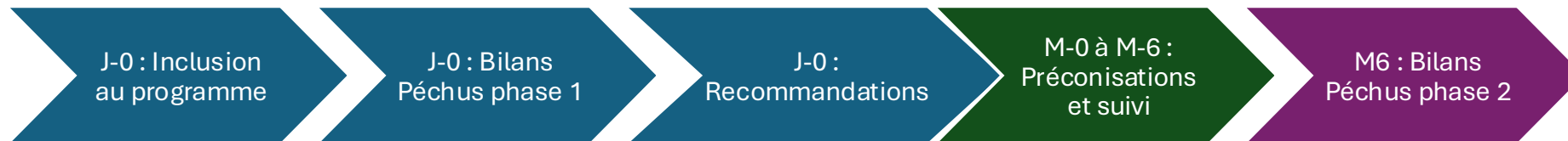
Consortium du projet Péchus

- **CHRU de Tours**
→ Coordination générale & pilotage opérationnel
 - **Université de Toulouse – CRESCO**
→ Analyse des résultats du programme & étude sociologique portant sur les participants
 - **AbilyCare**
→ Fourniture du dispositif AbilyCare d'évaluation de la motricité
→ Appui à la mise en œuvre
 - **Prox6nov**
→ Conception du stand d'ergothérapie
→ Soutien logistique et technique
-
- **Soutenu par :** Fondation MAIF, ASSIST groupe VYV, AG2R la Mondiale,

PÉChuS

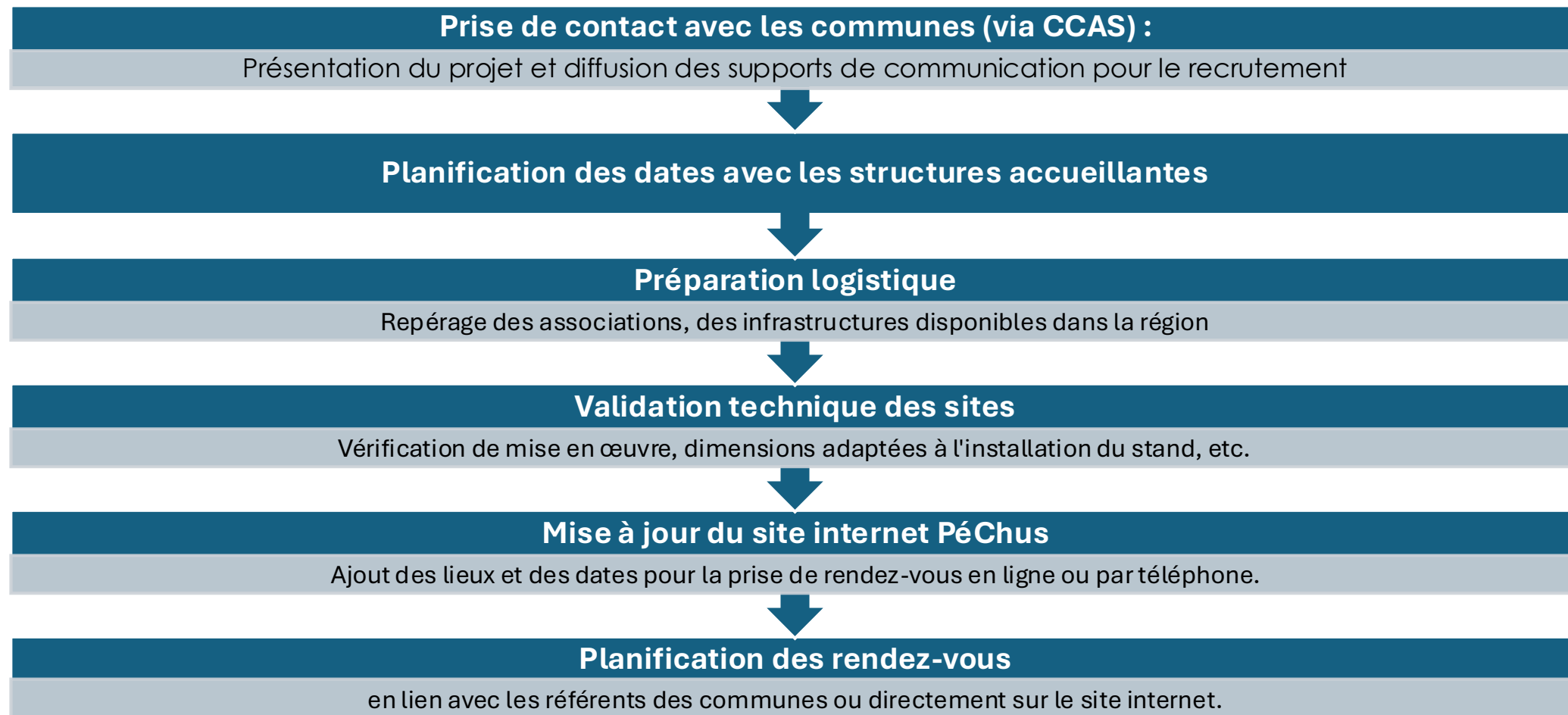
Prévention et Évaluation des chutes des Séniors

- **Objectif : Évaluer, sous un angle interdisciplinaire, les différents facteurs agissant sur les parcours de vie des individus et influant sur le processus de productions des risques de chutes.**
- Il s'agit d'évaluer, d'orienter et de suivre entre 150 et 200 seniors de plus de 70 ans sur plusieurs communes d'Indre-et-Loire.
- Durée de la période d'inclusion : 6 mois, avec 18 ateliers d'inclusion.



- Recruter des personnes volontaires souhaitant évaluer leur niveau d'autonomie et bénéficier de conseils de prévention.
- Les personnes font un bilan initial, sont suivies pendant 6 mois et reviennent faire un bilan final à l'issue de ce suivi.

Organisation des ateliers



Résultats attendus & Impacts

- Réaliser le repérage des seniors fragiles **là où ils sont : "aller vers"**. Lutter contre les zones blanches de la prévention.
- Identifier les facteurs (déterminants multiples, physiologiques, psychologiques et sociaux) favorisant la prévalence de la perte d'autonomie.
- Identifier les facteurs de capacité afin d'initier de nouveaux comportements.
- Engager les seniors dans une démarche de prise en charge de soi (empowerment).
- Améliorer la prise de conscience par les seniors de leur état de santé et aider à l'orientation.

Contenu d'un bilan (PHASE 1)

Deux professionnelles par atelier : 1 ergothérapeute et 1 ARC

- **1/ Un questionnaire sociologique orienté activité physique**
- **2/ Une mise en situation écologique avec un ergothérapeute** dans un environnement qui reproduit un intérieur de maison (cuisine)
- **3/ Des tests de motricité** ciblés risque de chute : marche, équilibre , force musculaire.

Durée du bilan : environ $\frac{3}{4}$ h ... 1h

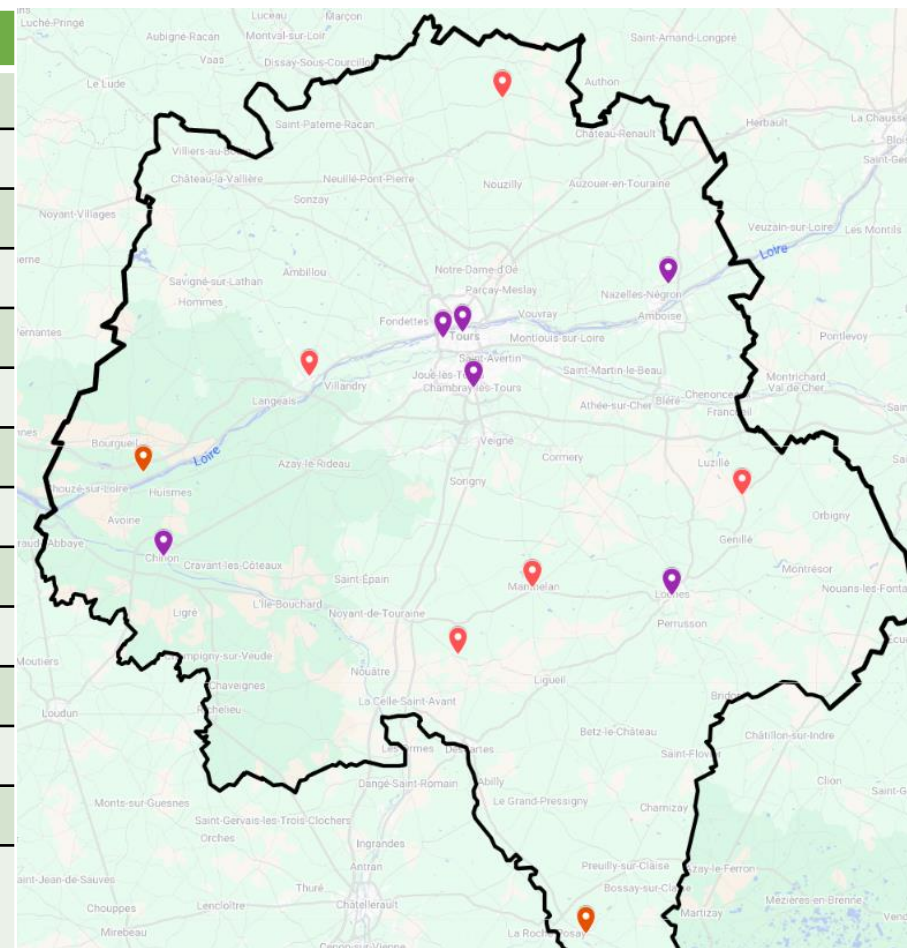
À l'issue du bilan, **préconisations personnalisées** remises au participant en fonction des résultats des tests d'ergothérapie et de motricité; et des services proposés au sein de leurs territoires.

Répartition des ateliers

- ✓ **Répartition équilibrée** des ateliers de prévention à travers le département
- ✓ Favorise une approche **d'aller-vers** pour atteindre les populations les plus isolées
- ✓ Permet de **lutter contre l'isolement**
- ✓ **Soutient** les personnes à risque de perte **d'autonomie**
- ✓ **Offre des services** de proximité **adaptés**

173 participants aux ateliers

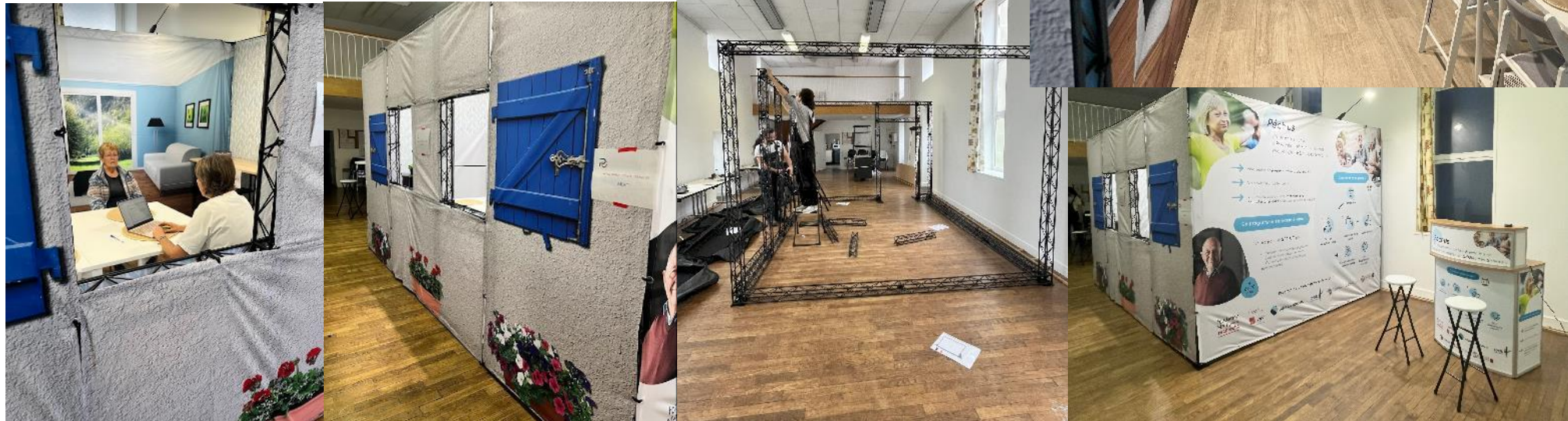
Lieux
La Ferrière : 2 dates
Chambray les Tours
Chinon : 2 dates
Le Liège
Sepmes
Loches : 2 dates
Cinq-Mars-la-Pile
Tours : 2 dates
Yzeures-sur-Creuse
Manthelan
La Riche : 2 dates
La Chapelle sur Loire
Pocé sur cisce
Amboise : 2 jours ANNULE



Département d'Indre et Loire

Stand Péchus

- Le **stand Péchus** reproduit un intérieur d'habitat se concentrant sur la **cuisine** permettant aux ergothérapeutes d'effectuer des tests de "**mise en situation**" dans la vie réelle.
- Le montage du stand effectué par deux techniciens nécessite 2h30.



Suivi téléphonique (début phase 2)

- **Entretien de suivi : 200 (durée moyenne 45min)** : suivis des préconisations mises en place, écoute des freins et nouveaux conseils/ orientations en fonction des problématiques évoqués
 - Un grand nombre ne souhaite pas être rappelé une deuxième fois
 - Difficultés à joindre les personnes directement (1 50 messages laissé
- **Rappel de suivi à M6 (moyenne 10min)** :
toutes les personnes sont rappelées

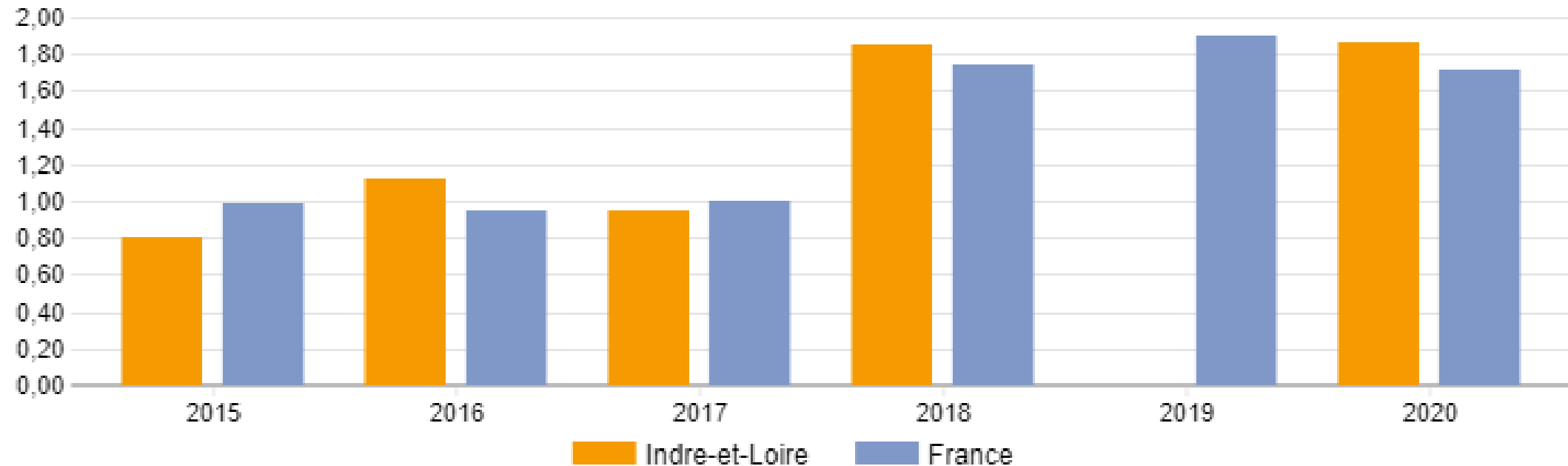


Atelier phase 2 (après 6mois)

- **Organisation du planning avec les communes** : Réalité du terrain : suivi à 6 mois (+/- 3 semaines)
- **Planification auprès des bénéficiaires** :
 - Convocation envoyé 1 mois avant l'atelier
 - Rappel à 48h
- **Nombre d'atelier : 17**
 - 1 seule date à Tours par manque de participants
 - 11 ateliers avec la présence du stand
- **Contenu de l'atelier (durée 45 min)**
 - Une mise en situation avec un ergothérapeute dans un environnement qui reproduit un intérieur de maison (évolution à 6mois)
 - Des tests de motricité ciblés risque de chute : marche, équilibre , force musculaire (évolution à 6 mois)
 - Suivis sur les préconisations mises en place : peuvent entrainer une adaptation ou nouveaux conseils
 - Questionnaire de satisfaction
- **Nombre de personnes présentes aux ateliers de suivis : 121 personnes soit un taux de rétention de 70%.**
- **Courrier de remerciement a toutes les personnes des différentes communes impliquées dans le projet**

Démarche d'aller vers

Evolution du taux des seniors sans recours aux soins
75 à 94 ans



Source : MSA

Promouvoir la santé des populations dans les territoires isolés
Lutter contre la désaffiliation

Approches théoriques

Fragilité multidimensionnelle



Figure 1: Schéma récapitulatif fragilité sous l'angle des facteurs biologiques



Test EVQ
Autonomie « en situation » écologique

Identifier les Inégalité sociales de fragilité

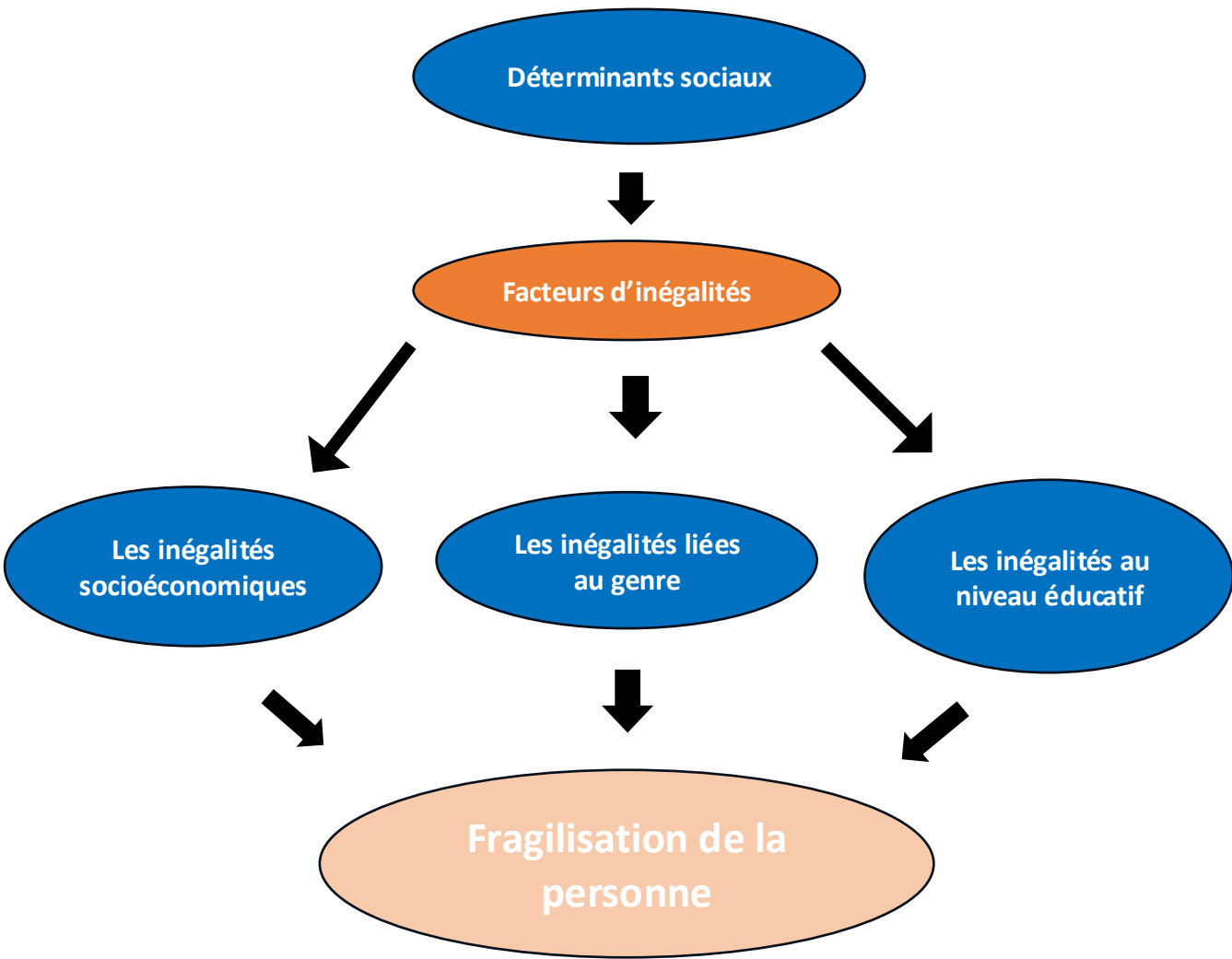


Figure n°2 récapitulatif sous l'angle des facteurs psychosociologiques



 PECHUS

Analyse des principaux résultats

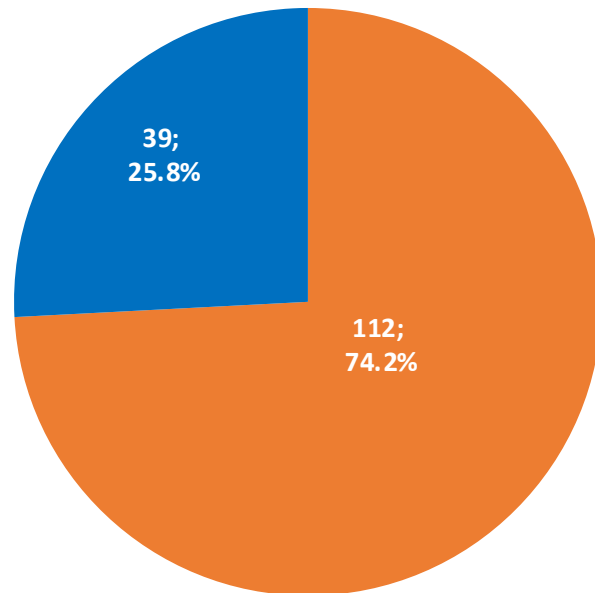
A thick, orange, curved line that starts from the bottom left and curves upwards and to the right, ending under the text 'Analyse des principaux résultats'.A solid orange triangle located in the bottom right corner of the slide.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE PARTIE 1 : CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS ET DONNEES FONCTIONNELLES

Données démographiques : Distribution globale des participant selon le sexe (n= 151)

PHASE 1 – BILAN (N=151)

■ Femme ■ Homme



Nombre d'enquêtés conformes aux attentes ... suffisamment significatif (173) ... **151** inclus stats
Cible atteinte : Âge moyen 78,5 ans

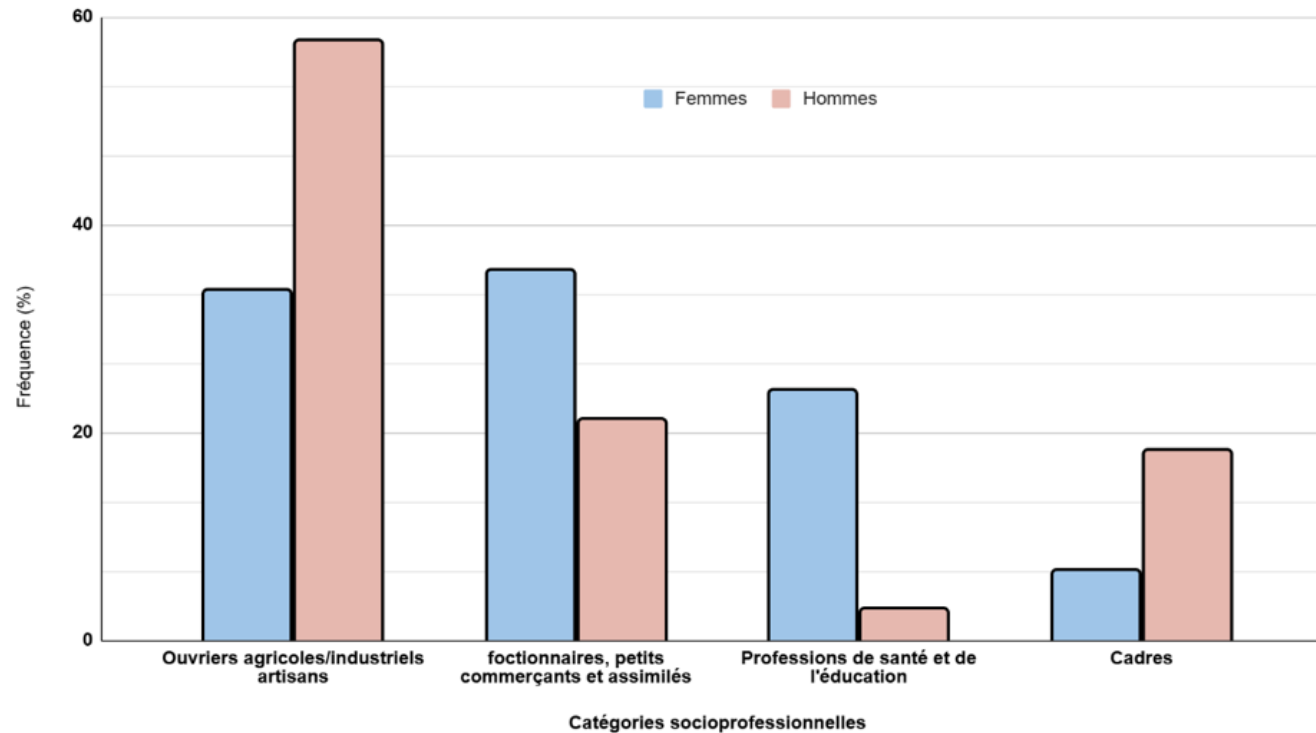
Démarche d'aller-vers efficace

Surreprésentation des femmes / faible représentation des hommes

- Phénomène classique
- Espérance de vie sans incapacités (H/F)
- Résultat des socialisations de genre = femmes + réceptives : entretien et prévention santé
- Hommes minimisant les risques

Recommandation n°9 : chercher à intégrer davantage le public masculin

Données démographique (suite) : Pyramide des âges



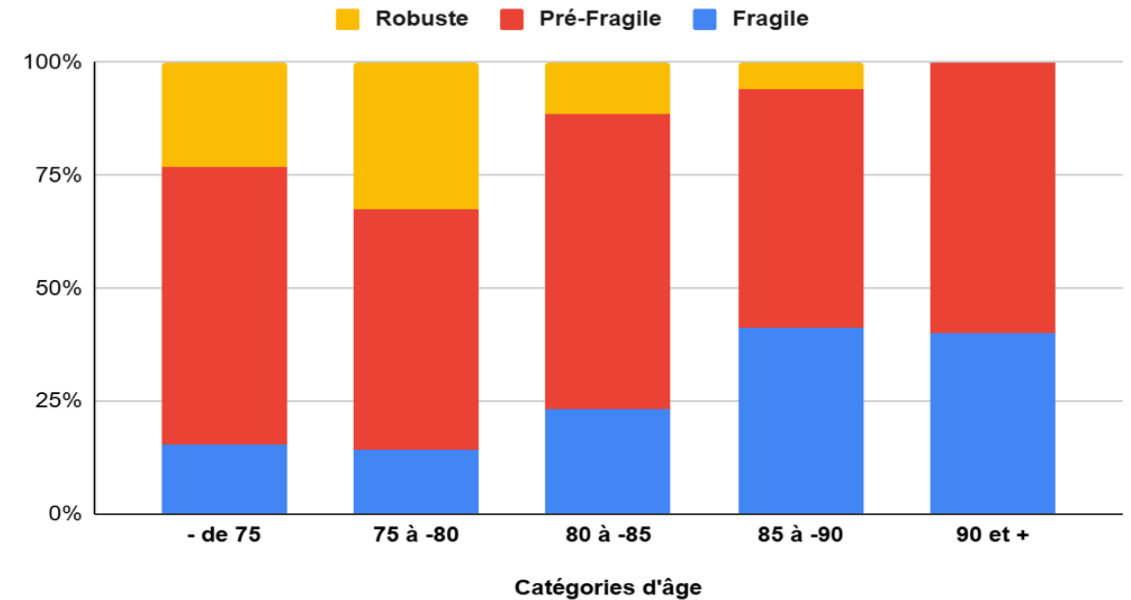
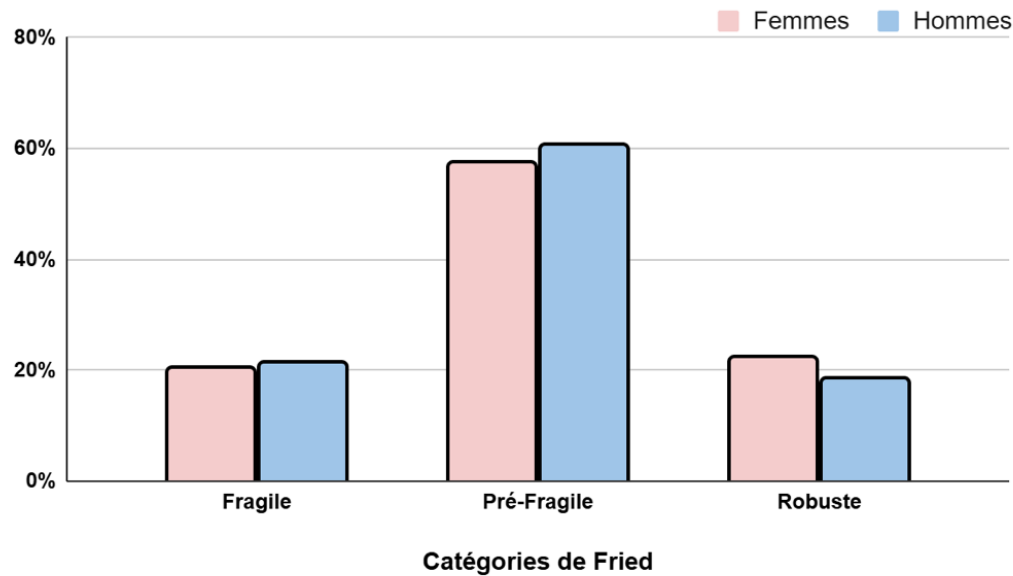
Répartition par âge globalement homogène
par rapport à la population globale
(statistique INSEE / espérance de vie)

Pyramide des âges comparable
proportionnellement

Des différences classiques dans les CSP

Recommandation n° 1, 2 et 5 – Impliquer les
individus âgés / étape d'information cruciale sur sa
fragilité

RÉSULTATS « FRAGILITÉS (phénotype de FRIED) » par genre et catégories d'âge



Recommandations n°1 : L'importance du dépistage / évaluation significative :

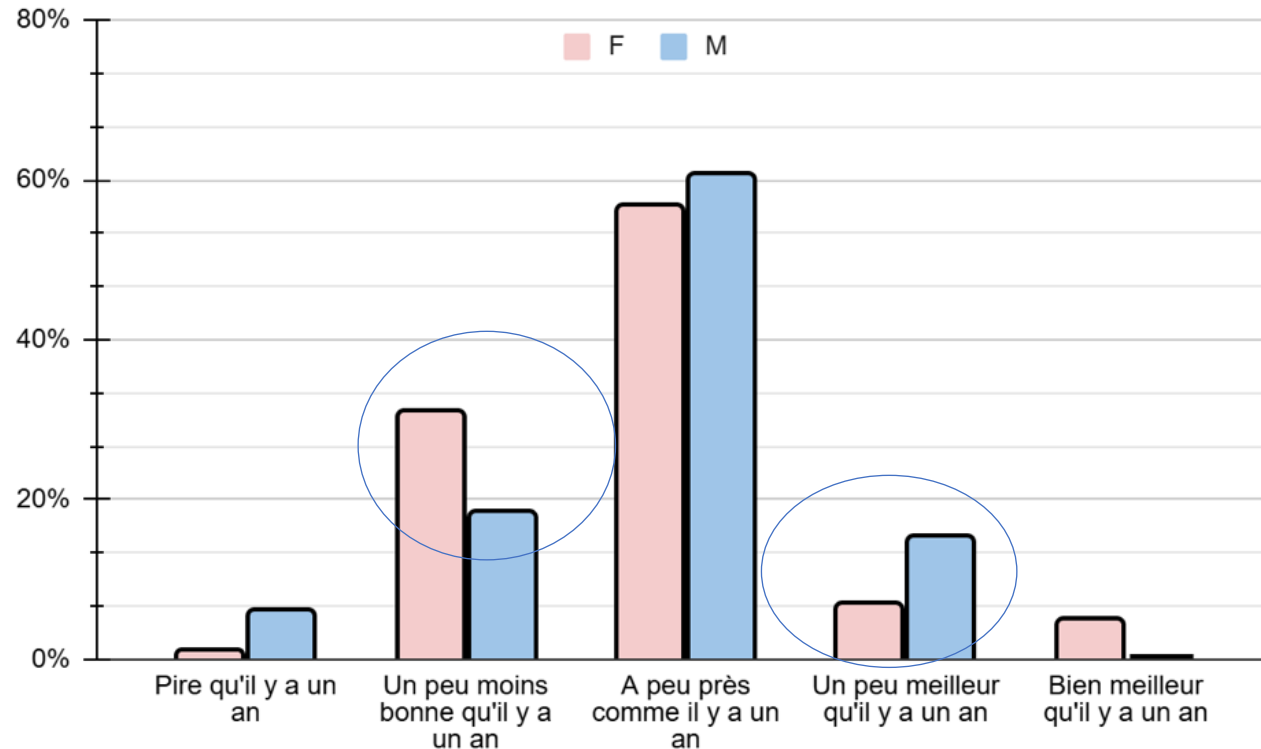
- 77,7% des femmes et 81,8% des hommes = signes notables de fragilité.
- seulement 21,30% du total des personnes = robustes
- proportion de personnes âgées fragiles augmentant selon l'âge (16% avant 80 ans – sup à 40% après 85 ans)

Recommandations n°2 = dépistage en « aller vers » indispensable

(+) de 80 ans : cible prioritaire des actions de prévention secondaire et tertiaire (population à risque)

(-) De 80 ans : prévention primaire indispensable

OUTILS SHS : « Questionnaires sociologique/psychosociologique » et fragilité axe « santé perçue » croisée avec le sexe (n: 151)



Dimensions psychosociologiques à prendre en compte en prévention (cf. Share / baromètre santé)

Ressentis différenciés (effet des parcours de vie : socialisations)

- Femmes : ressenti santé exprimé + négativement
- Hommes : ressenti exprimé + positivement (optimistes)

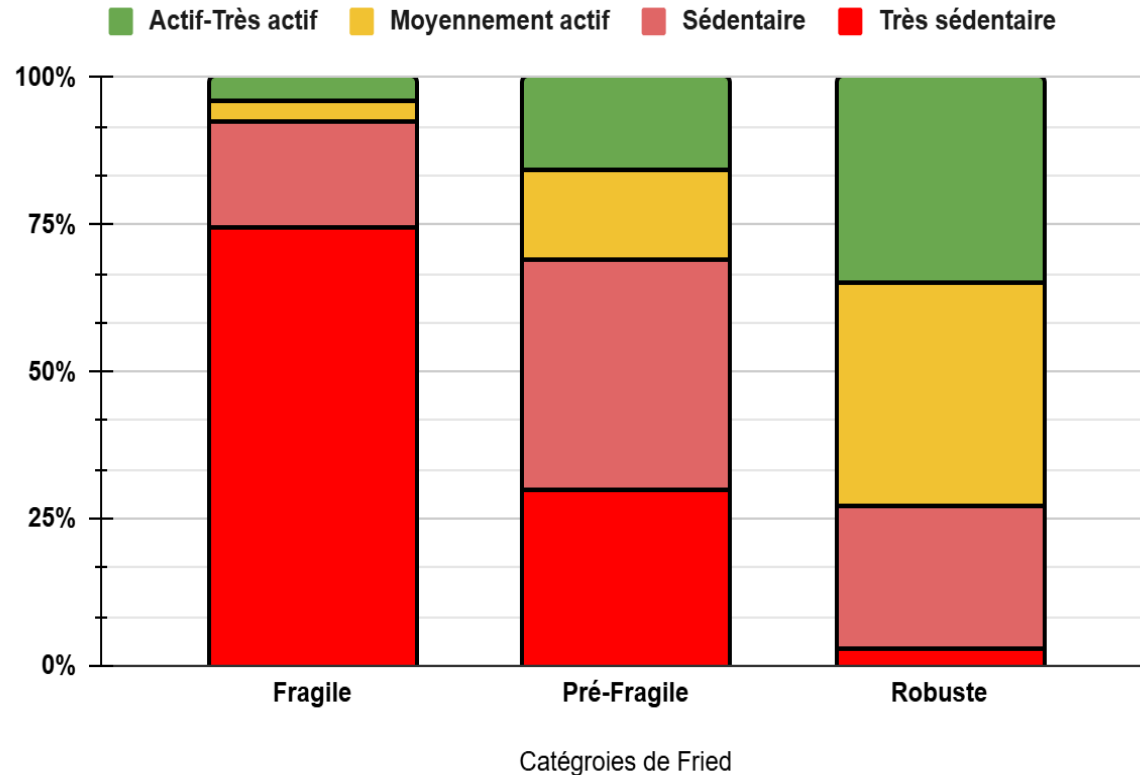
Sensibilité différente à propos de la nécessité de se préoccuper de sa santé (idem peur des chutes) et pourtant degré de fragilité semblable (idem nombre de chutes)

Recommandations n° 8 et 9 :

Prendre en compte les différences de genre dans les démarches d'évaluations

- Conforter les femmes en prévention / agir sur la peur des chutes
- Cibler les hommes pour les informer

Taux de fragilité croisé avec taux d'engagement dans une AP



Lien très significatif entre le taux d'activité et le pourcentage de personnes fragiles (Fried)

- **75%** des personnes classées comme fragiles sont très sédentaires et sédentaires .
- Seuls **3.6%** des personnes fragiles se déclarent actives.
- personnes robustes + **actives** = moyennement actives (**37,9%**) + très actives (**34,5%**).
- Taux de personnes robuste se déclarant sédentaires (**24%**) et très sédentaires **3.4%**

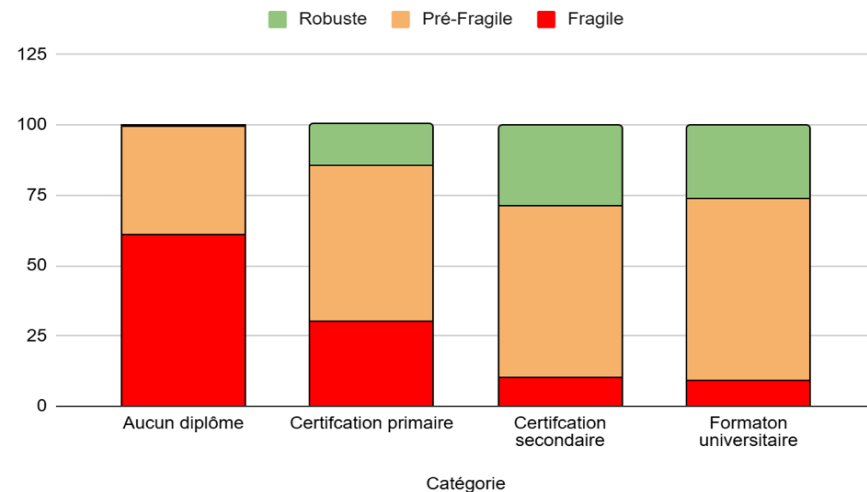
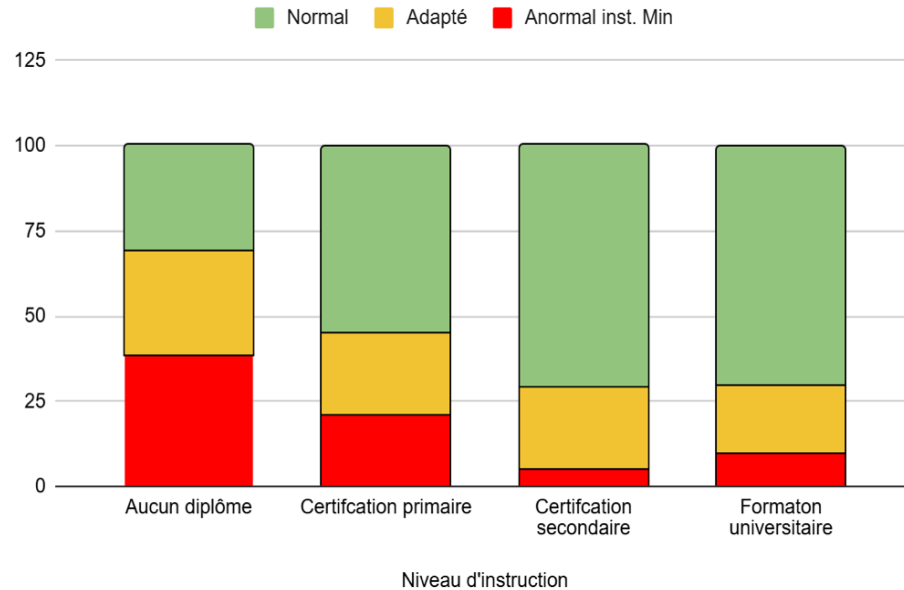
Pour rappel : corrélation fragilité : taux de chute

Recommandation n°6 « classique » :

- promouvoir l'AP (Adaptée)

**RÉSULTATS DE L'ÉTUDE PARTIE 2 :
ANALYSE CROISÉE DES DETERMINANTS
SOCIOLOGIQUES ET DE LA FRAGILITÉ**

Niveau d'étude et équilibre (EVQ) + fragilité



Disparités liées à l'éducation dans la préservation des capacités fonctionnelles.

- 70% des personnes ayant un diplôme secondaire et universitaire ont un équilibre normal et 7,6% présentent une instabilité anormale
- Seulement 30.8% des personnes n'ayant aucun diplôme ont un équilibre normal et 38.5% présentent une instabilité anormale de l'équilibre
- les scores d'autonomie dépendent significativement du niveau de diplôme

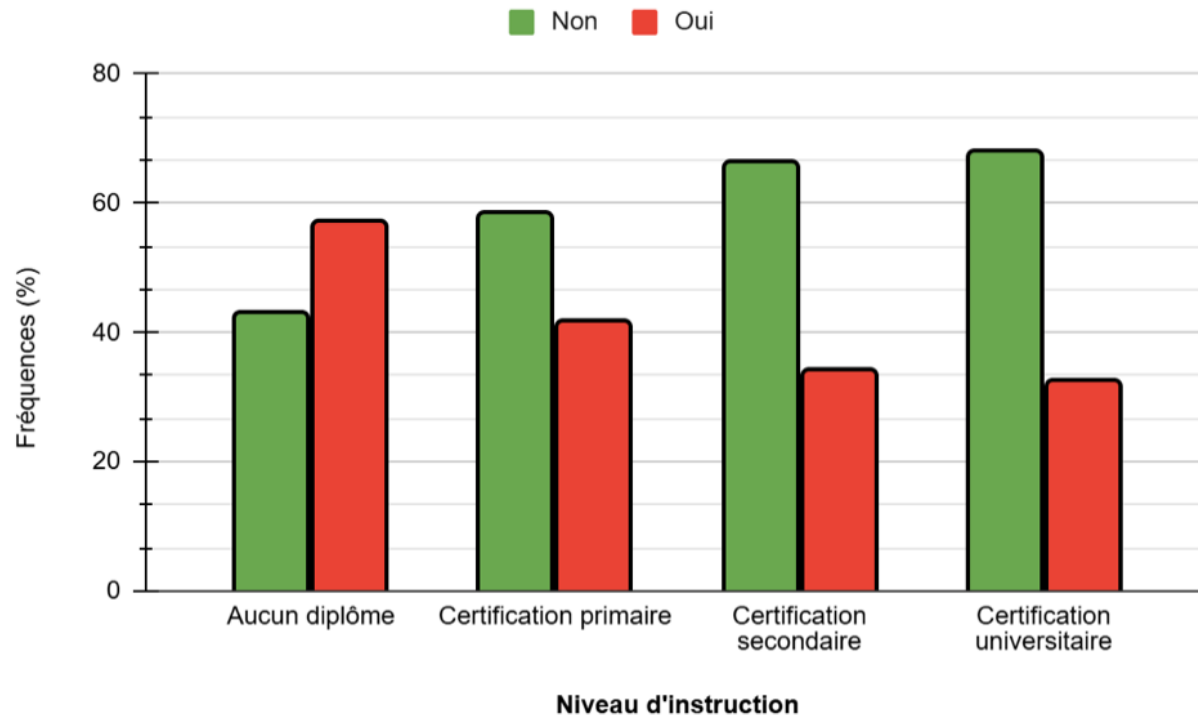
IDEM fragilité (Fried) : cf graphique

Constat d'inégalité sociale (capital scolaire, économique, voire culturel)

Plus le niveau d'étude (corrélé au diplôme) est élevé, plus l'individu est autonome dans les activités de la vie quotidienne

Recommandation n°7 : adapter les actions aux gradients sociaux : cibles prioritaires et types de message

Effet du niveau de diplôme sur la probabilité ou non d'occurrence d'une chute dans l'année

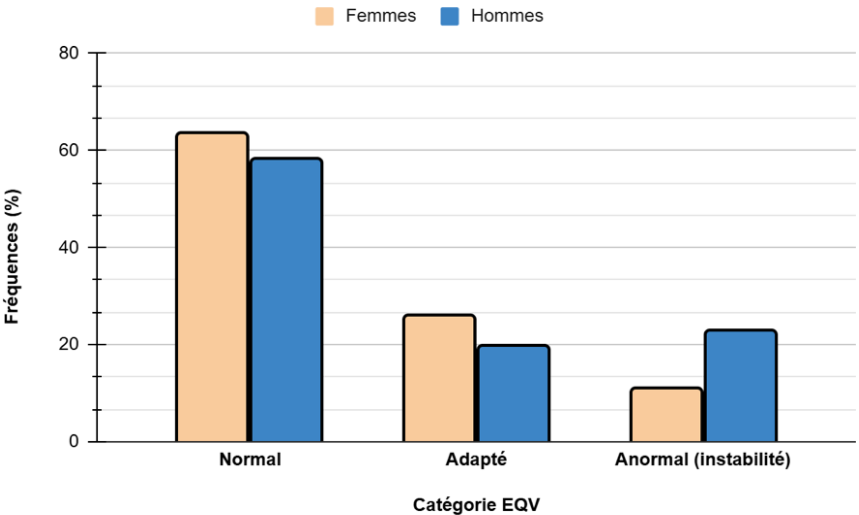


Confirmation de l'effet du gradient social sur l'occurrence de chutes

- Taux de chute plus important pour les niveaux d'étude les plus bas

Recommandation n°7 : adapter les actions aux gradients sociaux : cibles prioritaires et types de message

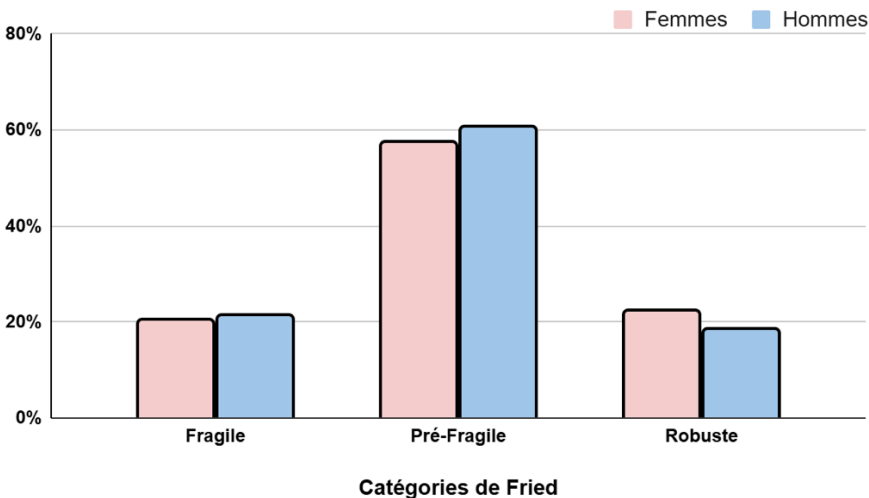
Genre et équilibre (EVQ) + fragilité



Disparités liées au genre dans la préservation des capacités fonctionnelles.

- L'analyse ne révèle pas d'effet marquant du genre sur la distribution des participants en fonction des catégories fonctionnelles EVQ.
- majorité (**62%**) de personnes ayant un équilibre normal en situation écologique.
- légère surreprésentation des hommes (**22,6%**) comparativement aux femmes (**10,9%**) dans la catégorie des personnes ayant un équilibre fonctionnel instable

IDEM fragilité (Fried) – cf graphique

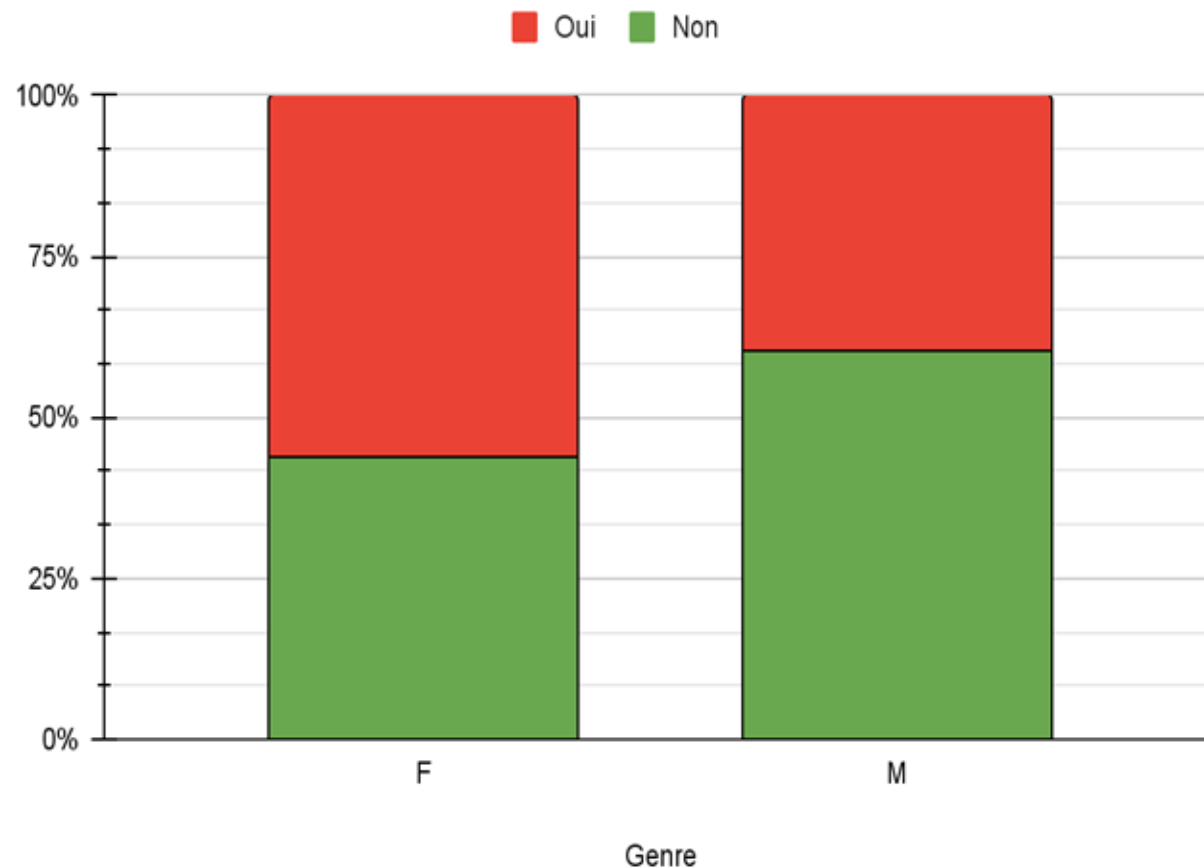


Constat d'inégalité sociale (capital scolaire, économique, voire culturel)

Plus le niveau d'étude (corrélé au diplôme) est élevé, plus l'individu est autonome dans les activités de la vie quotidienne

Recommandation n°7 – Prendre en compte les inégalités sociales de santé (gradient sociaux (niveaux d'étude et CSP))

Genre et appréhension des chutes

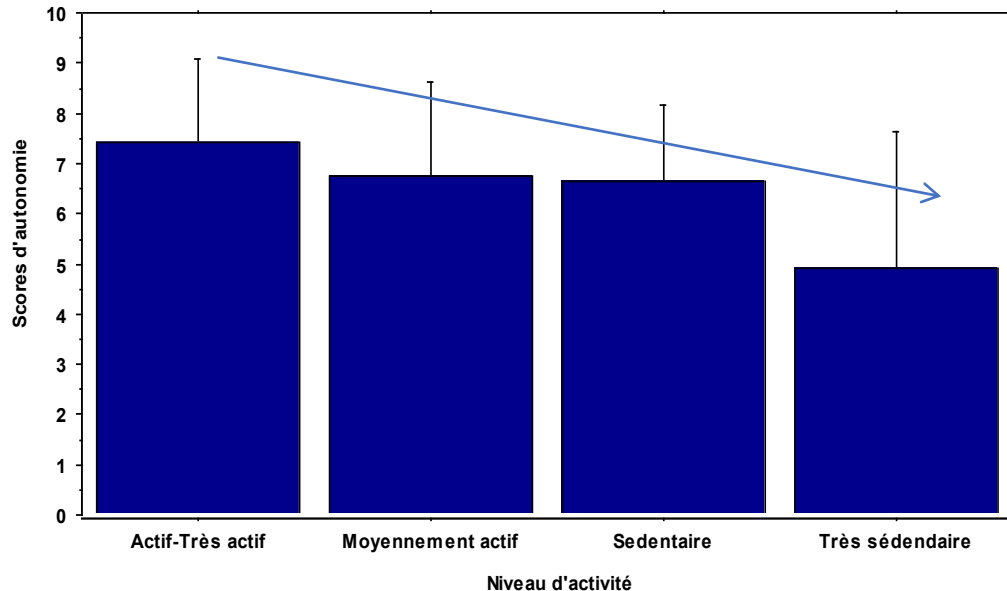
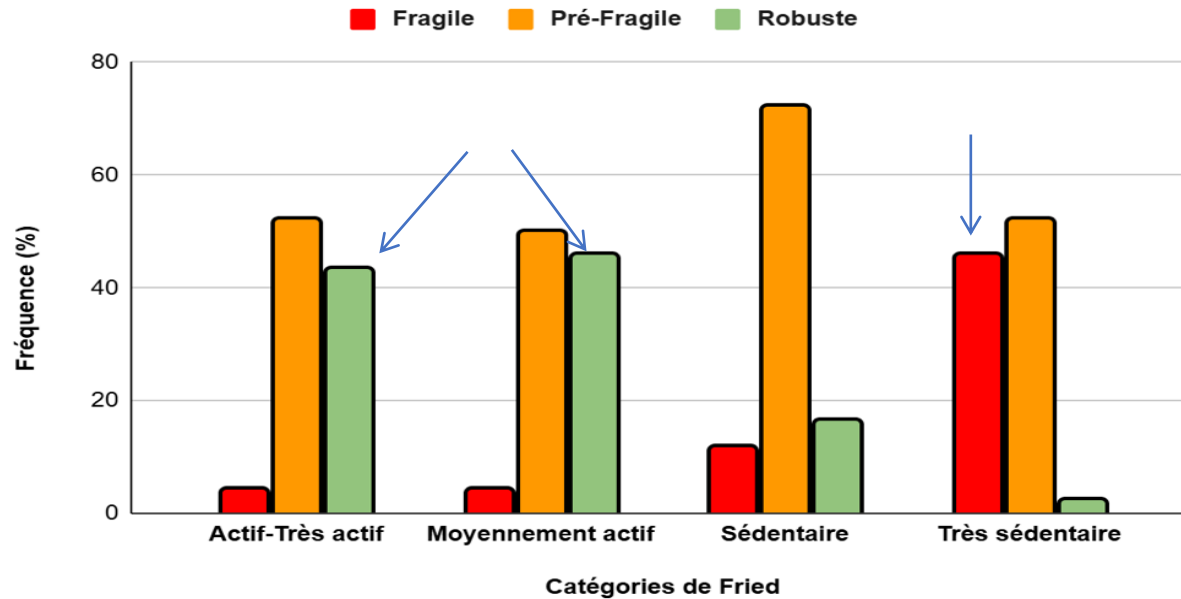


- femmes = + **de 60%**
- Homme = **39,4%**
- femmes : plus inquiètes que les hommes.
- Hommes : une forme d'assurance vis-à-vis d'éventuelles chutes (hypothèse virilisme et stéréotypes de genre Arena, 2023) ... rappel pas d'écart signification pour la chute mais + gde instabilité fonctionnelle des hommes
- **Sentiment de Peur = Facteur d'inégalité sociale de fragilité** ... l'appréhension peut renforcer le manque d'engagement dans des AP ... qui réduit l'équilibre

Recommandations n°6 et 11 :

informer par l'évaluation et encourager les populations (notamment les femmes) à adopter des modes de vie physiquement plus actifs avec l'aide d'opérateurs ou opératrices d'activité physique afin de réduire l'appréhension des chutes par une pratique régulière d'activité physique.

Activité physique et fragilité / EVQ



Des corrélations très significatives

FRIED

- Le nombre de personnes évaluées comme robuste se réduit d'une manière régulière en fonction de la réduction de l'activité physique (de 43,5% à 2,2%) .
- Le nombre de personnes âgées fragiles est très important chez les « très sédentaires »

EVQ / scores d'autonomie

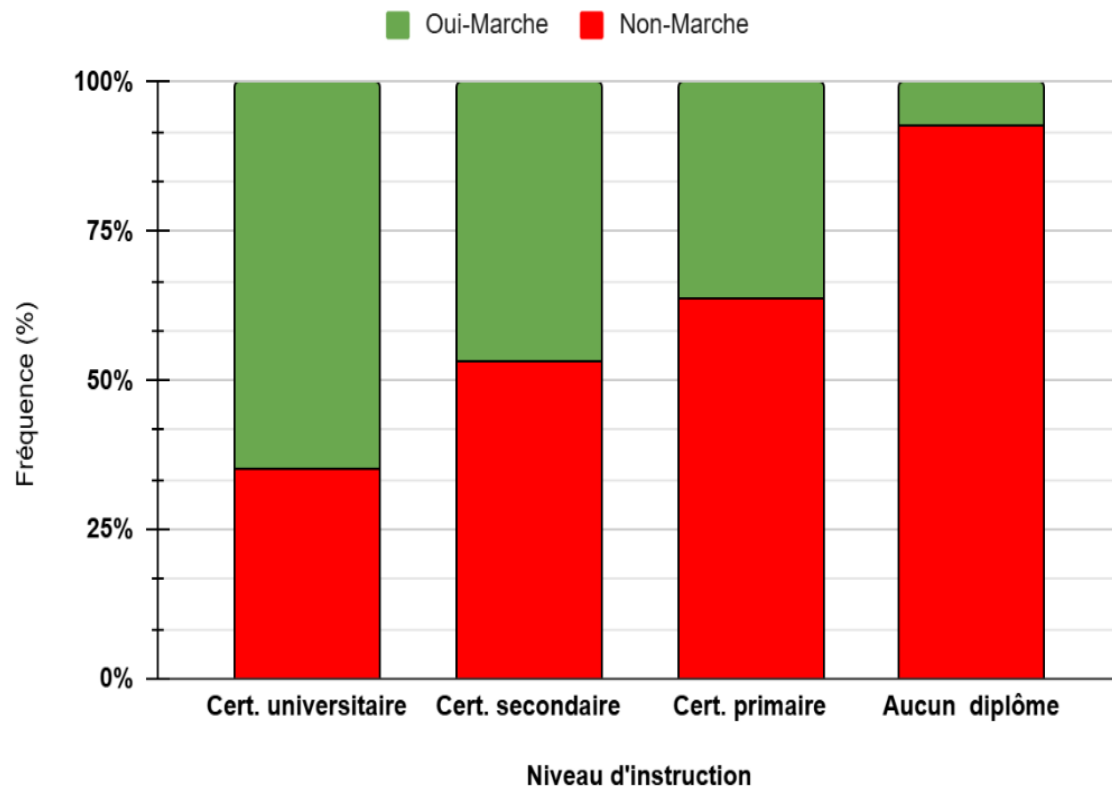
- les scores baissent d'une manière linéaire avec l'inactivité physique.

Constat

En accord avec la littérature scientifique, il apparaît que la pratique régulière d'une AP a un effet positif sur le maintien de l'équilibre fonctionnel.

Recommandation n°6 et 11 : Développer les messages de prévention incluant l'AP (marche et autres AP)

Lien entre les pratiques physiques (Marche) et niveau d'étude (n = 151)



Khi2=14,1 ddl=3 p=0,003 (Très significatif) V de Cramer=0,32

Plus le niveau d'étude est élevé plus l'engagement dans une activité physique (ici la marche) est grand.

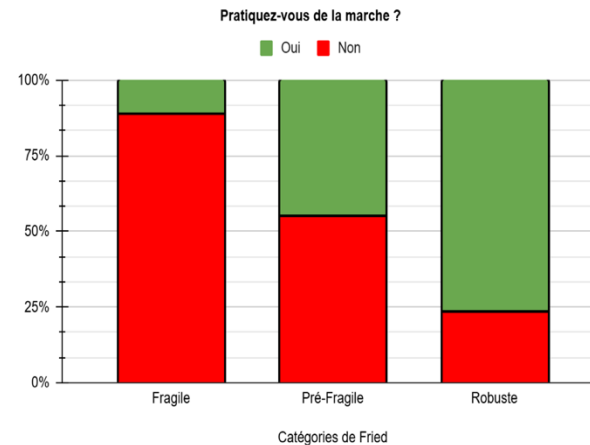
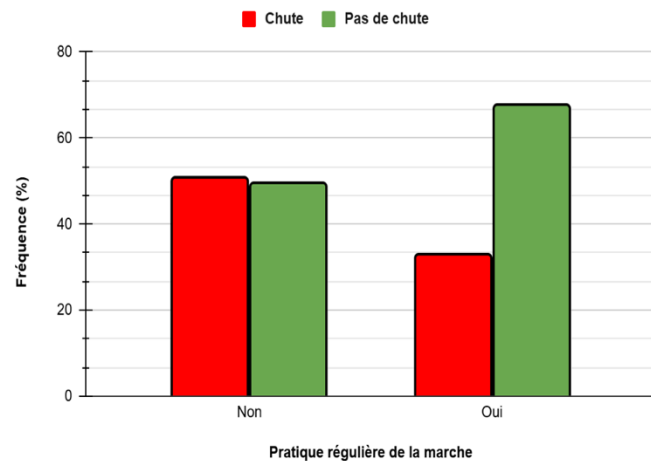
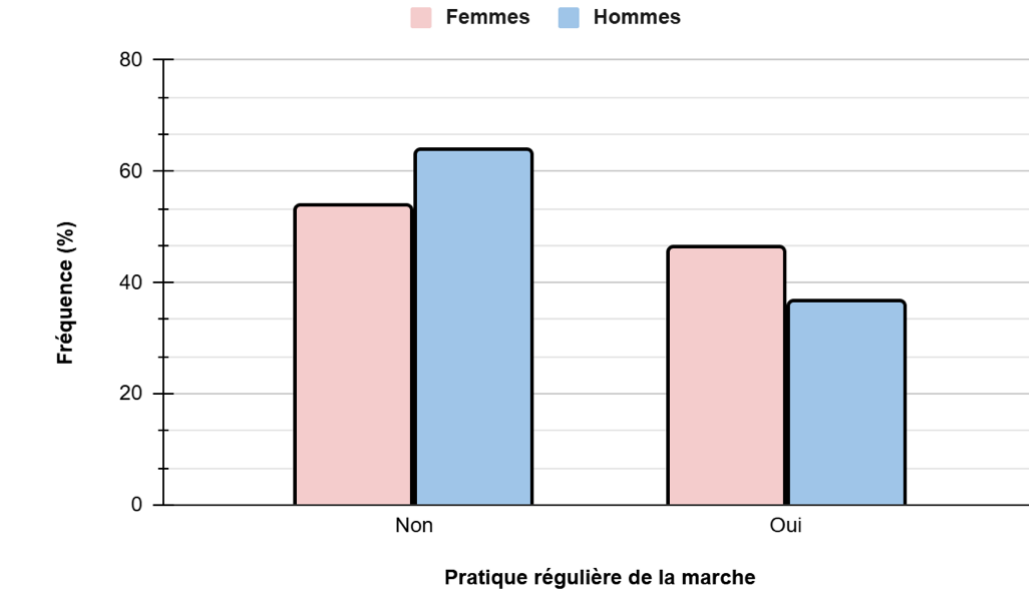
la pratique déclarée de la marche s'élève à **64,5%** parmi les individus de catégorie « diplôme universitaire » contre **46,4 %** parmi les individus de niveau d'étude secondaire, puis **36,1%** pour les individus de certification primaire pour atteindre **7,1% chez les personnes sans diplôme**

- Chez les moins diplômés / CSP (-)
... rapport aux pratiques « utilitaires » - Dimension « sanitaire » moins exprimée engagement + faible...
Rapport à la vieillesse, comme temps de « repos »
... Peu d'AP (sport-santé) surtout activités domestiques (ménage bricolage) ou productives (jardin)

Recommandations n°6 et 7 : développer la marche comme moyen de prévention pour toutes les catégories sociales de façon à réduire les ISS

... Adapter l'offre aux profils sociologiques des populations
Varier les formes, les contextes et « motifs » de marche et d'AP

Genre / pratique régulière (+ de 30 mn/jour) de la marche / chutes



Marche : un effet de genre modéré

- 53 % de femmes
- 46,2% d'hommes.

Lien observé entre la pratique de la marche et la prévalence des chutes

- 50% des chuteurs ne pratiquent pas régulièrement la marche.
- 67,3 % des personnes qui ne chutent pas pratiquent régulièrement la marche.

- 75,9% des personnes dépistées comme robustes déclarent pratiquer régulièrement de la marche
- 44,3% des pré-fragiles
- 10,7% des personnes fragiles.

Recommandations n°6, 7, 8 et 9

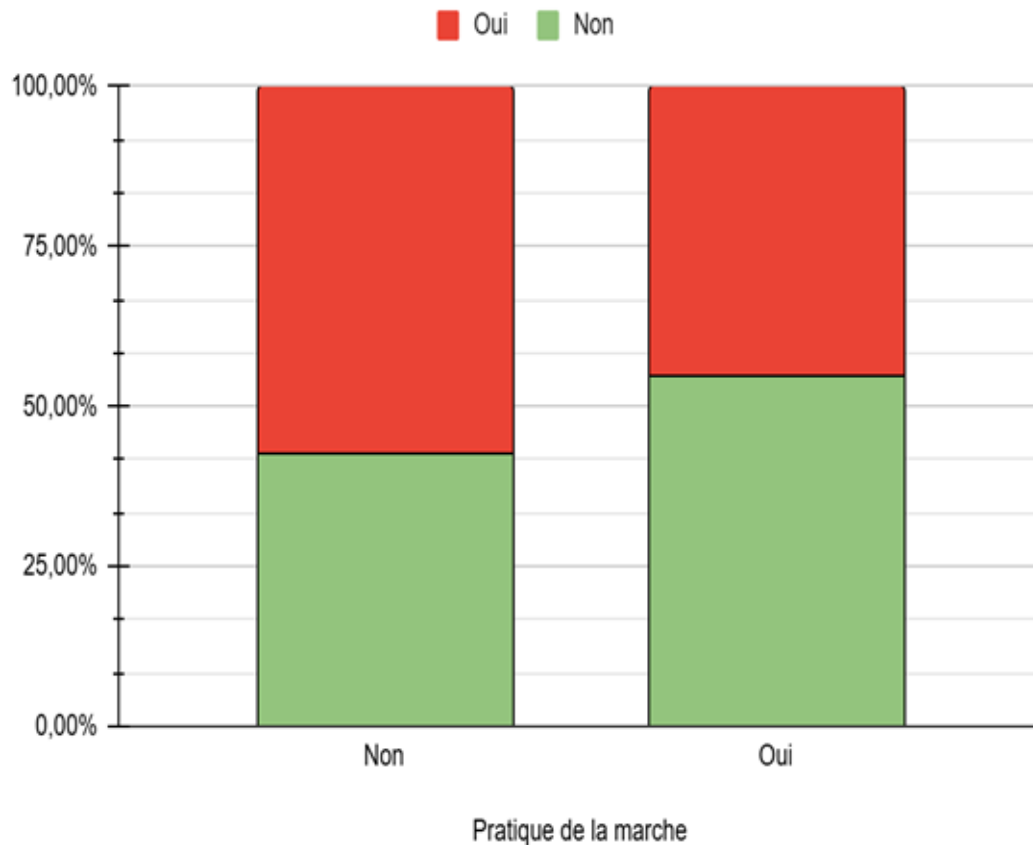
Marche = « arme antichute » pratique la plus « partagée » mais à encourager encore

- varier les formes, les contextes et « motifs » de marche (ou d'AP) en privilégiant des formes collectives incluant une dimension d'interaction sociales visant à rompre l'isolement.

- adapter l'offre aux profils sociologiques des populations.

La pratique régulière de la marche (+ de 30 mn /jour) et la peur de chuter

(peur de chuter)



La pratique de la marche a un effet positif en réduisant l'appréhension de la chute

- Effet positif : (+) d'assurance dans les déplacements

Recommandation n°6 : développer la pratique de la marche adaptée aux degrés de fragilité

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE PARTIE 3 :
ANALYSE CROISÉE DES DETERMINANTS
SOCIOLOGIQUES, DE LA FRAGILITÉ PAR
RAPPORT AU SUIVI

RAPPEL

Données démographiques : SUIVI (n= 79)

Nombre de participants au suivi ... 79 1

Pourcentage H/F = très proche phase 1

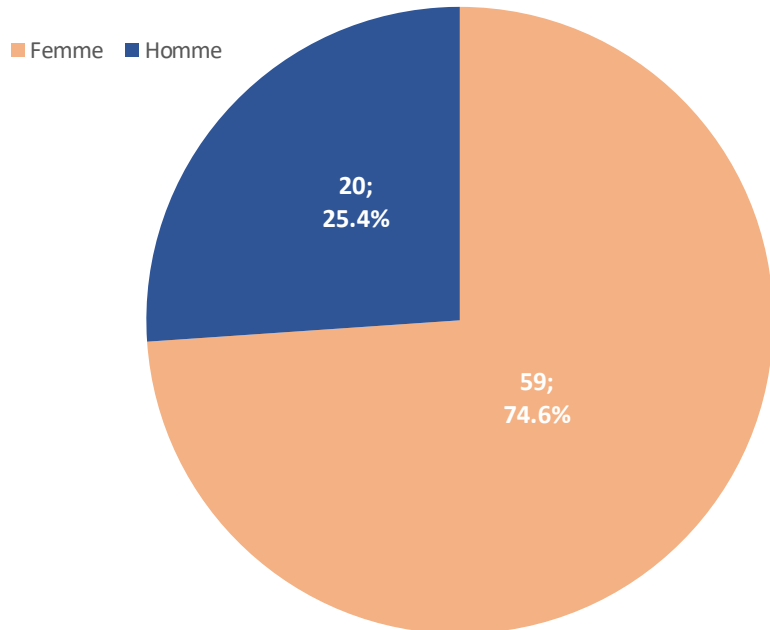
Âge moyen 78,2 ans (à peu près identique à la phase 1 : 78,5 ans)

catégorie d'âge la plus représentée est celle des 75-79 (35,6% pour les femmes et 40% pour les hommes).

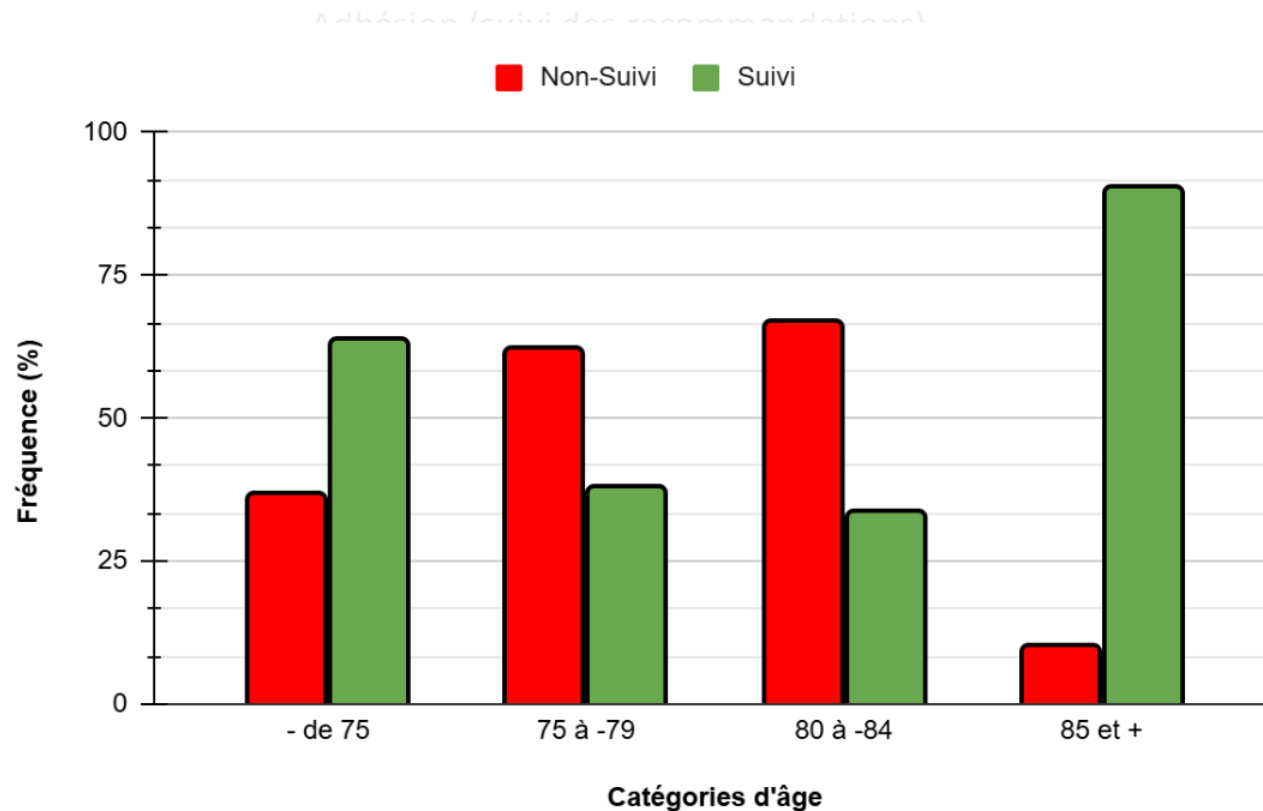
- seulement 20 hommes contre 59 femmes ... mais proportion sans baisse donc maintien engagement (proportionnellement)

Recommandation n°9 et 11 : chercher à intégrer davantage le public masculin

PHASE 2 – PRÉCONISATIONS (N=79)



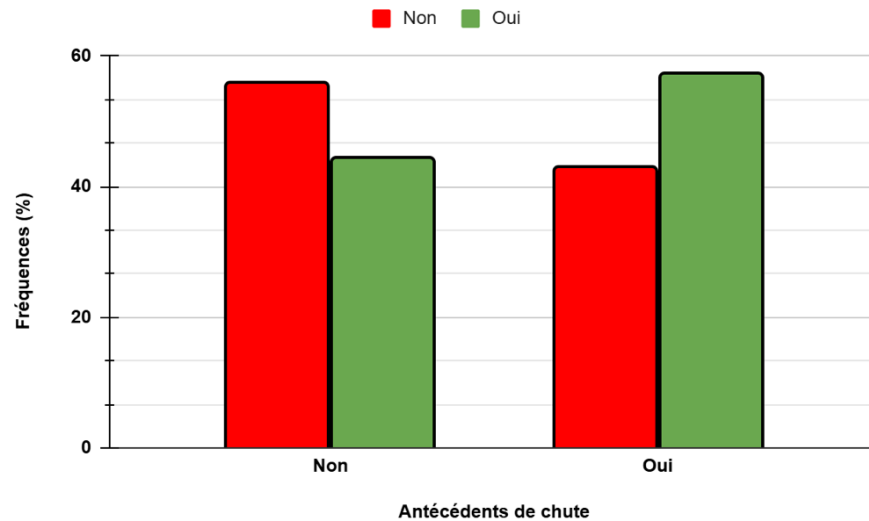
ADHÉSION au suivi par catégorie d'âge



L'adhésion aux recommandations varie selon l'équilibre des individus (test EVQ)

- Courbe de suivi (vert) en U inversé
- l'adhésion aux préconisations est proportionnellement plus importante pour les moins -75 ans et surtout pour les +85 ans.
- Par contre, dans les tranches d'âge 75-84 ans, on observe une augmentation du taux de « non suivi » et donc mécaniquement une diminution de la non adhésion aux préconisations)
- Hypothèse : effet de sélection et degré de fragilité ... + de 85 ans plus fragiles
- **Recommandation n°4** : Adapter les actions aux âges et trajectoires du vieillissement

Adhésion en fonction des antécédents de chutes



Les personnes ayant un antécédant de chute ont tendance à suivre davantage (**57,1%**) les préconisations que les personnes n'ayant pas eu de chute (**44,2%**).

- Idem pour les données concernant la peur de chuter

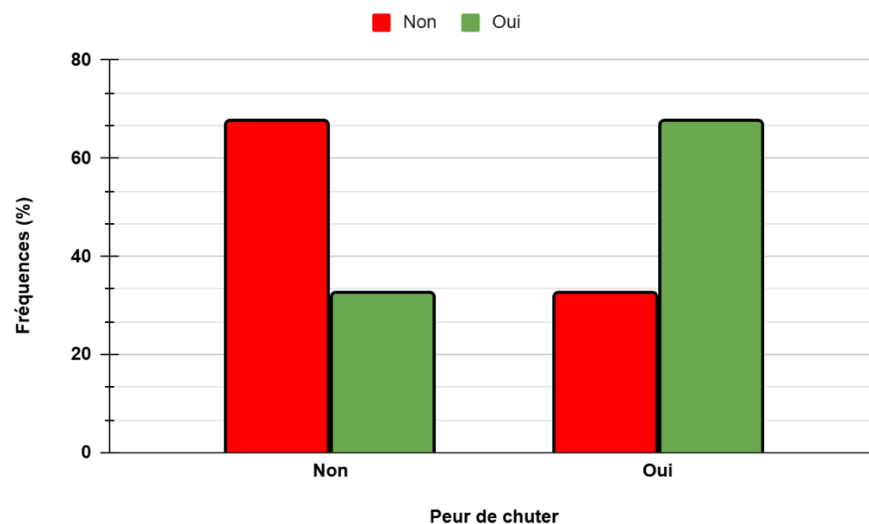
Cela indique l'efficacité de la démarche d'« Aller-vers » pour les personnes fragilisées bénéficiant des conseils donnés par les ergothérapeutes.

la prise de conscience de la fragilité constitue un levier de motivation pour intégrer des mesures de prévention

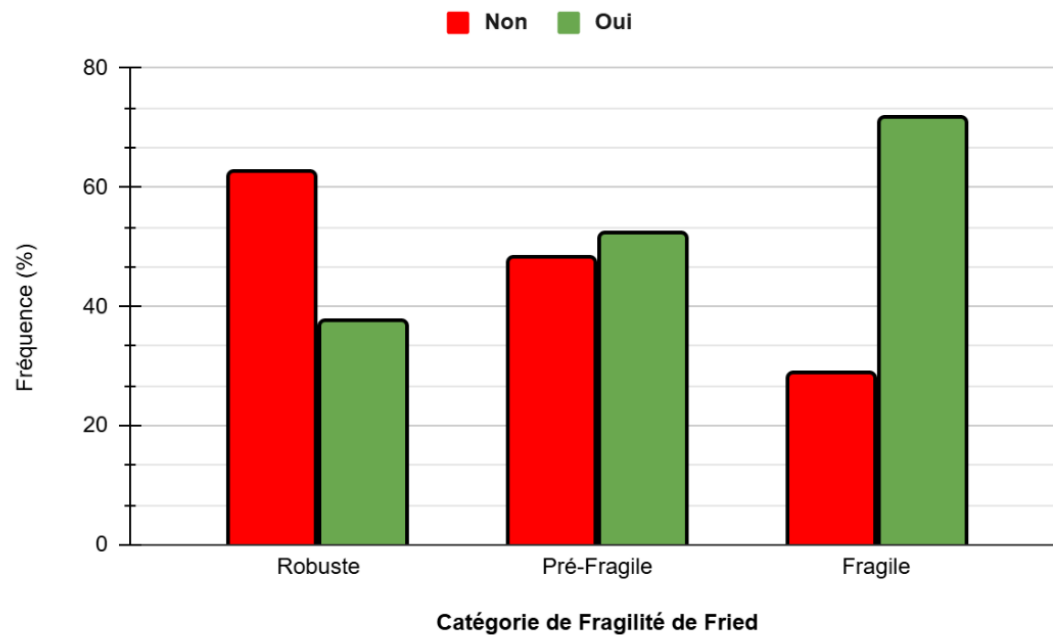
Un effort supplémentaire doit être fait pour les personnes n'ayant pas eu de chute mais dont le risque de chute n'est pas négligeable.

Recommandations n°3, 4 et 5 ... et 11 :

- développer les actions d'évaluations (d'aller-vers) pour sensibiliser les populations isolées (y compris en prévention primaire)



Adhésion en fonction des scores Fried



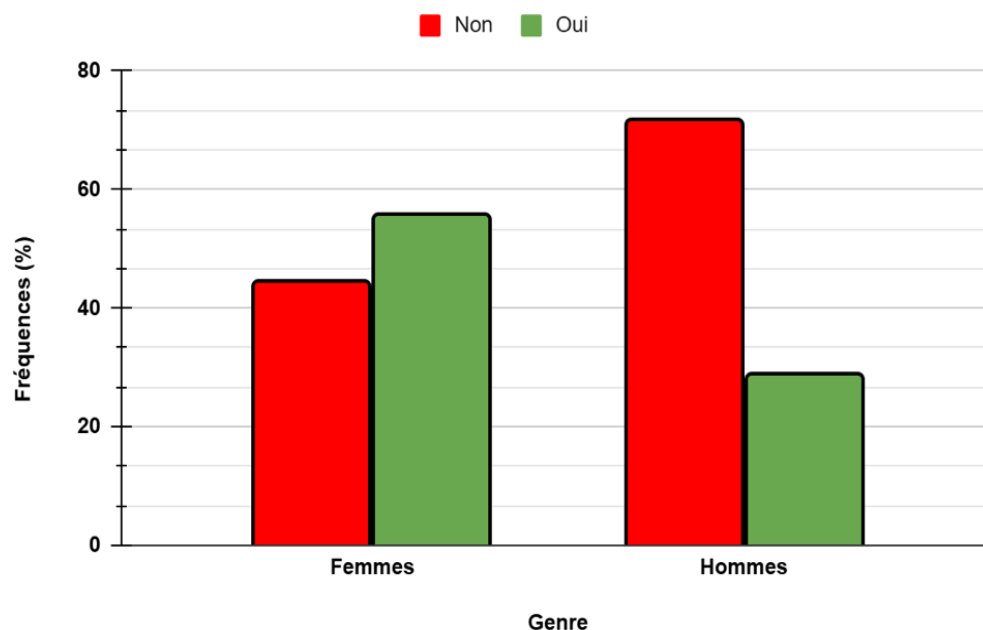
Constat :

Adhésions différenciées selon les scores de Fried (après avoir accepté le suivi)

- les populations les plus robustes et autonomes sont peu sensibilisées aux recommandations (**37,5%** d'adhésion)
- les populations pré-fragiles (**52,1%**) et surtout fragiles (**71,4%**) le sont davantage

Recommandation n°5 : Impliquer les individus / étape d'information cruciale sur sa fragilité

Adhésion selon le sexe



un effet significatif lié au sexe des individus.

Le taux de de suivi des préconisations est peu symétrique.

- Il est très limité chez les hommes avec une forte proportion d'entre eux déclarant ne pas suivre les préconisations (**71,4%**) comparativement à ceux qui ont déclaré la suivre (**28,6%**).
- Ce taux est plus équilibré chez les femmes avec une plus grande proportion suivant les préconisation (**55,7%**) par rapport à celles qui indiquent ne pas les suivre (**44,3%**).

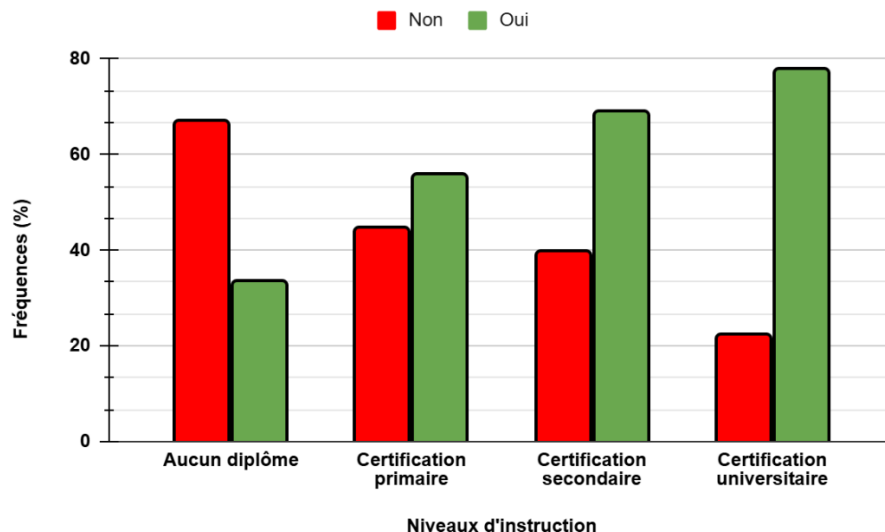
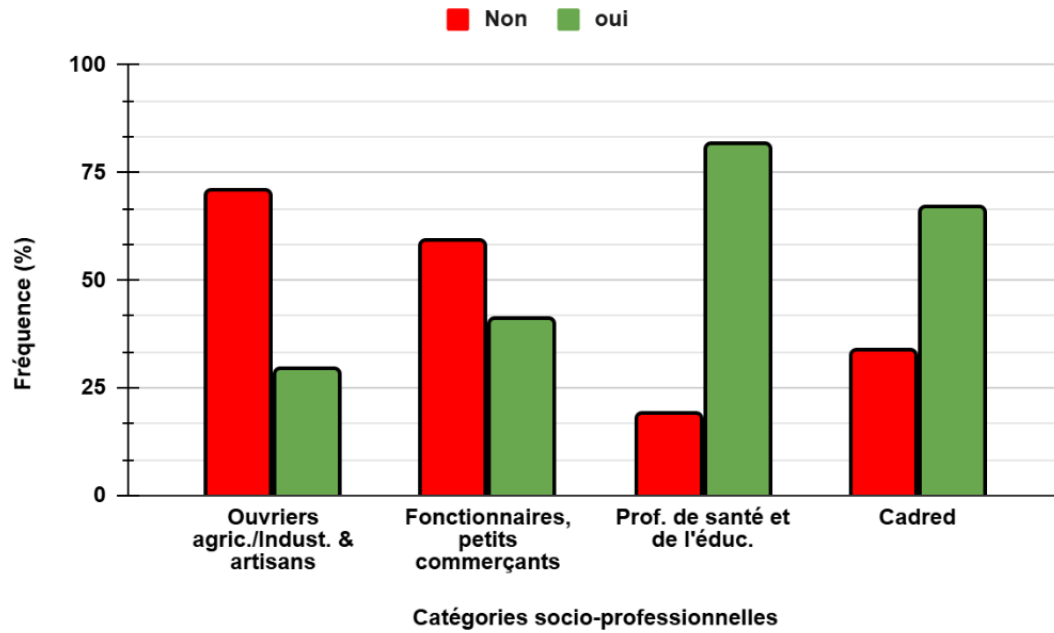
On retrouve les différences H/F du point de vue de la réceptivité aux messages de prévention (documenté dans la littérature)

Les hommes sont nettement plus réfractaires aux préconisations que les femmes et déclarent majoritairement ne pas les suivre.

Recommandations n°9 :

Engager des actions prioritaires d'évaluation et de prévention destinées à la frange masculine de la population âgée en cherchant des moyens (*messages ciblés, programmes couplés avec d'autres évènements plus attractifs pour les hommes*) de les conduire à participer aux programmes proposés.

Adhésion aux préconisations selon les CSP et le niveau d'étude



Le croisement entre le taux d'adhésion aux préconisations et les CSP révèle une corrélation importante

les cadres et surtout les professionnels de l'éducation et de la santé affichent un + grand taux d'adhésion aux préconisations. **(66,7%) et (81,3%)**

Le taux d'adhésion chute à **40,9%** chez les fonctionnaires et petits commerçants

Il ne représente que **29,2%** chez les ouvriers et les artisans.

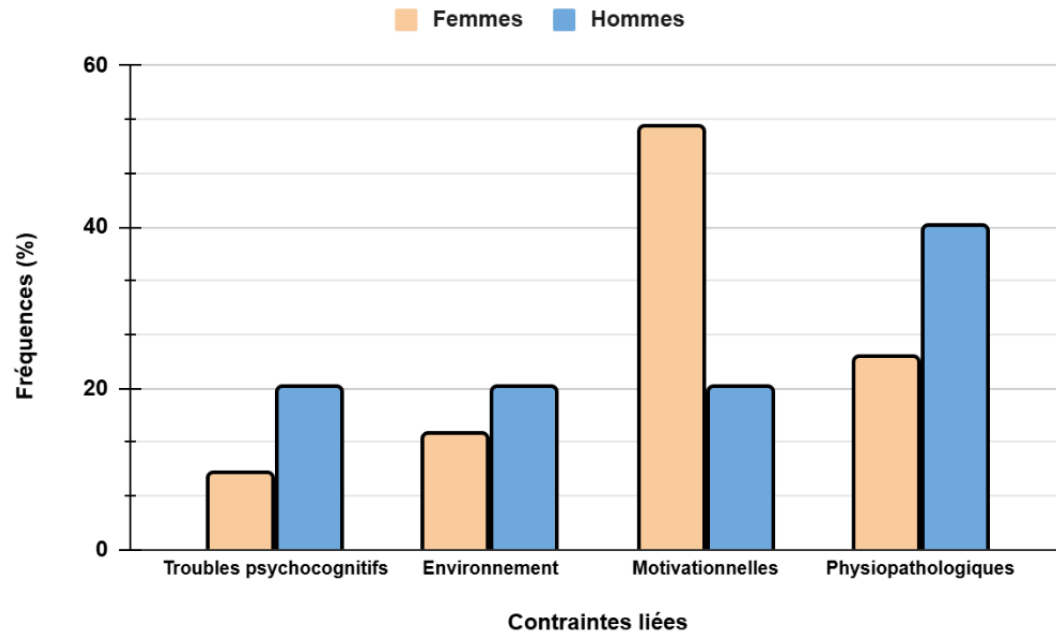
Les individus dont les CSP sont les moins élevées ou qui ne sont pas en relation avec le domaine de l'éducation et de la santé sont ***moins réceptifs*** aux messages d'information.

Idem niveau de diplôme : + le niveau d'étude augmente, plus le taux d'adhésion aux préconisations augmente.

Les taux d'adhésion les plus élevés concernent les secteurs professionnels de l'éducation et de la santé, dont le **niveau de littératie en santé** est particulièrement haut.

Recommandation n°10 et 11 : réduire les inégalités épistémiques = proposer des programmes à visée d'éducation à la santé prenant en compte les inégalités d'accès aux savoirs selon les publics

Contraintes évoquées pour la non application des préconisations (effets de genre)



Les freins exprimés à propos des difficultés d'adhésion aux préconisations sont majoritairement liés chez les femmes aux facteurs motivationnels (*manque de motivation, préconisations pas perçues comme nécessaire*). Les hommes évoquent davantage les problèmes de santé comme freins à l'adhésion aux préconisations.

- La motivation et la communication insuffisante dans la trajectoire du vieillissement sont des freins majeurs
- Les pbs pathologiques viennent ensuite

Recommandations n°10 et 11 :

- Poursuivre et développer la démarche d'aller vers (en évaluation et en offre de services) pour assurer la prévention des chutes des personnes âgées
- Adapter les messages de prévention à la diversité sociale des populations ... affectant leur réception

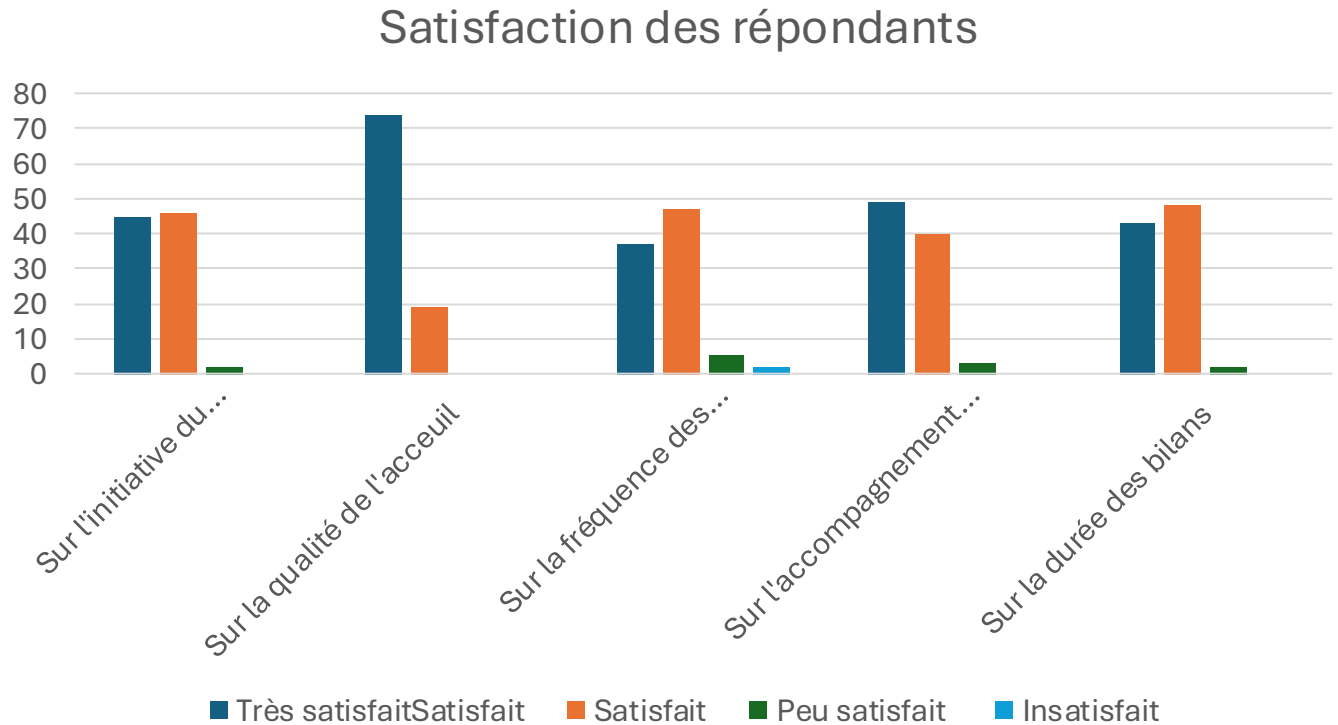


Enquête de satisfaction

96 répondants

Satisfaction au programme Péchus

- Des taux de satisfaction **exceptionnellement élevés**, en particulier sur la qualité de l'accueil.
- Forte adhésion au programme Péchus : gage de fidélisation et de bonne valorisation de l'investissement.
- **Un programme apprécié a plus de chances d'être durable et reproductible.**

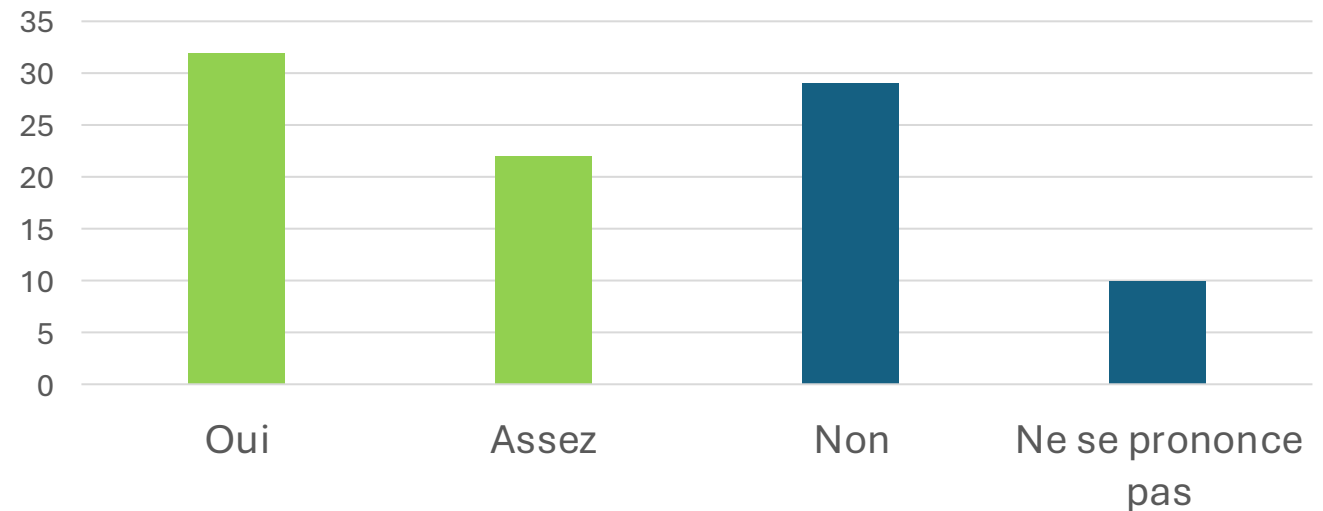


Impact sur la motivation

- Péchus stimule l'adhésion des participants à leur propre parcours de santé auprès de 53% des répondants.
- Plus d'engagement =
 - ✓ meilleure observance
 - ✓ meilleure prévention secondaire
 - ✓ réduction du risque de rechute ou d'événements graves.

Indicateur clé de changement de comportement.

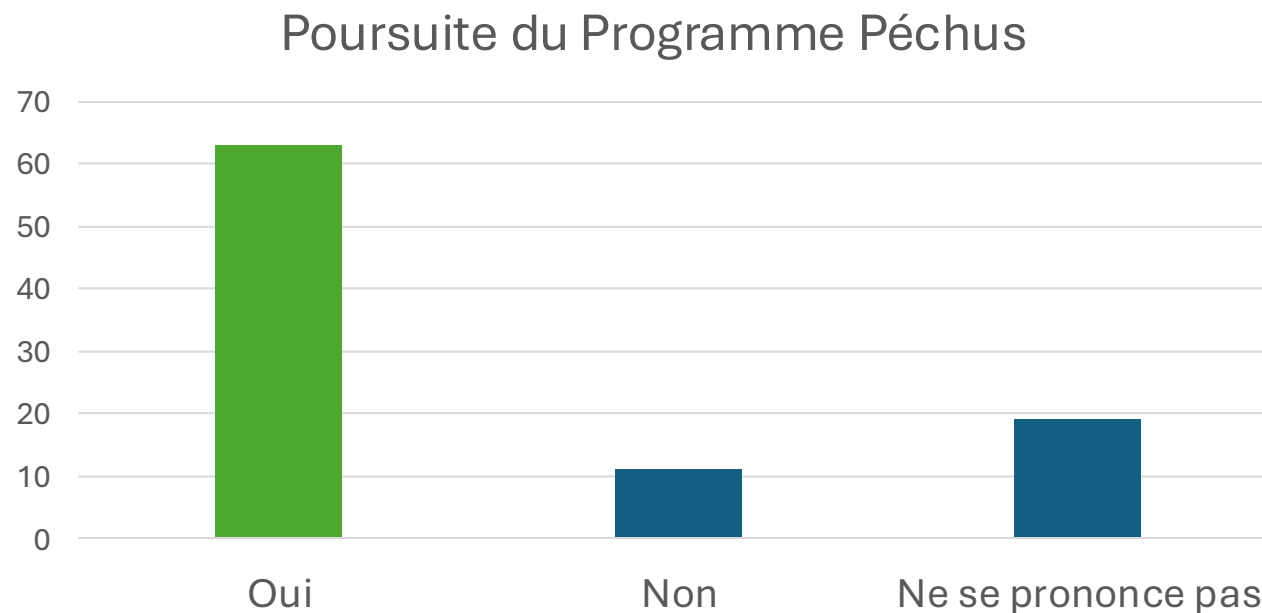
Impact sur la motivation et l'engagement santé



Poursuite du Programme Péchus

Souhait de continuer le programme.

- **67,0 %** des participants auraient souhaité que les bilans se poursuivent,
- Parmi eux, **50,0 %** souhaiteraient un bilan annuel et **26,6 %** un bilan semestriel.
- **84,0 %** des répondants déclarent qu'ils recommanderaient le programme PÉChuS à leur entourage



Péchus se positionne comme un programme à fort potentiel en matière de prévention, avec un effet mesurable sur la qualité de vie, le maintien en bonne santé des seniors et la réduction potentielle des coûts liés à la perte d'autonomie.



- ✓ Touche une population à haut risque (âge moyen 78,5 ans).
- ✓ Satisfaction >90%, recommandation 85%.
- ✓ Impact positif sur la forme et la motivation santé (≈60%).
- ✓ Demande de suivi, avec une fréquence compatible avec les coûts (annuel).
- ✓ Le modèle repose sur des relais territoriaux (CCAS).



Recommendations



Recommandations	Objectifs opérationnels	Leviers / modalités d'action
Recommandation n°1 – Développer et pérenniser des dispositifs de dépistage précoce à visée préventive	Favoriser le repérage précoce des situations de pré-fragilité et de fragilité et encourager l'engagement dans la prévention	Déploiement d'ateliers de dépistage hors champ médical ; utilisation d'outils quantitatifs validés ; restitution individualisée des résultats
Recommandation n°2 – Réduire les inégalités territoriales par une démarche d'« aller-vers »	Toucher les publics éloignés des dispositifs classiques de prévention	Dispositifs itinérants ; interventions dans des lieux de proximité / lieux publics stratégiques ; partenariats locaux et enquête des ressources existantes

Recommandation n°3 – Valoriser une approche multifactorielle intégrant les déterminants sociaux	Améliorer la compréhension des trajectoires de fragilité et adapter les réponses	Couplage des indicateurs fonctionnels et sociologiques ; analyse des freins sociaux, environnementaux <u>et</u> <u>économiques</u>
Recommandation n°4 – Adapter les actions aux âges et trajectoires du vieillissement	Différencier prévention primaire, secondaire et tertiaire	Actions et communication adapté à l'individu, accessibilité, prise de conscience de l'individu. Réflexion sur des enquêtes de terrain en amont pour dresser un état des lieux des besoins

Recommandation n°5 – Impliquer les individus / étape d'information cruciale sur sa fragilité	Favoriser l'appropriation des résultats et l'empowerment	Restitution individualisée ; supports pédagogiques inclusifs et accessible à tous ; temps d'échange et de suivi
Recommandation n°6 – Développer les messages de prévention incluant l'AP (marche et autres AP)	Réduire la sédentarité et renforcer les capacités fonctionnelles	Promotion de la marche et d'activités adaptées ; pratiques collectives ; orientation vers APA Favoriser la mise en place d'activités collectives informelles ou semi-structurées (jardinage partagé, marches de quartier, ateliers bricolage)

Recommandation n°7 – Prendre en compte les inégalités sociales de santé (gradients sociaux (niveau d'étude et CSP))

Adapter les interventions aux profils sociologiques en vue de réduire les Inégalités sociales de fragilité

Messages différenciés et adaptés ; accompagnement renforcé des publics à faible capital social

Recommandation n°8 – Prendre en compte les inégalités de genre (femmes)

Soutenir l'engagement des femmes dans des pratiques sécurisées

Prise en compte des dimensions psychologiques ; accompagnement rassurant ; APA encadrée

Recommandation n°9 – Prendre en compte les inégalités de genre (hommes)

Améliorer l'engagement masculin dans la prévention

Messages ciblés ; actions couplées à des activités attractives ; démarche proactive

Recommandation n°10 – Prendre en compte les inégalités de connaissance sur la gestion de la santé / développer une démarche de <u>littératie en santé</u>.	Améliorer la compréhension des messages de prévention Renforcer les compétences de « savoir-agir » en santé (sur soi)	Adaptation du langage ; supports visuels ; accompagnement individualisé Éducation à la santé ; suivi adapté ; orientation vers ressources locales
Recommandation n°11 – Inscrire les dispositifs de prévention dans une logique participative et territoriale évolutive	Renforcer l'adhésion et la durabilité des comportements favorables à la santé	Recueil des attentes ; co-construction d'actions ; structuration de l'offre locale Mettre en place des activités collectives informelles ou semi-structurées adaptées aux fragilités des populations



Merci de votre
attention

