

LE RAJEUNISSEMENT DU PUBLIC CIBLE DES ACTIONS COLLECTIVES DE PRÉVENTION – COMMENT AMENER LES JEUNES SENIORS VERS LA PRÉVENTION PRIMAIRE ?

Corpus documentaire



**Promotion
Santé**
Bourgogne
Franche-Comté



Carsat Retraite
& Santé
au travail
Bourgogne -
Franche-Comté



Pour nous citer

Sizaret Anne. Le rajeunissement du public cible des actions collectives de prévention – Comment amener les jeunes seniors vers la prévention primaire ? Corpus documentaire. Dijon : Promotion Santé BFC, 2026, 120 p.
Doi : 10.5281/zenodo.18962627



AU SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	7
Reformulation sémantique.....	7
Critères de sélection des documents	7
Les sources documentaires interrogées	8
Sélection des descripteurs.....	8
Exemples d'équation de recherches.....	9
Impact des actions de prévention chez les adultes de 45 ans et plus sur leur vieillissement.....	9
Vieillissement en bonne santé	9
Programmes de santé publique	9
DE QUOI PARLONS-NOUS ? DÉFINITIONS.....	11
Au niveau des populations	11
Âgisme.....	11
Équité en santé.....	12
Fragilité.....	12
Genre.....	13
Populations vulnérables	13
Vieillir en bonne santé	14
Vieillissement	15
Méthodologie de projet	15
Action de santé	15
Données probantes	17
Pratique exemplaire	18
Intervention précoce.....	19
Concepts clé en promotion de la santé	20
Déterminants sociaux de la santé	20
Éducation pour la santé.....	22
Gradient social de santé.....	22
Participation	24
Prévention	24
Promotion de la santé	27
Santé	29
Santé communautaire	30
Leviers d'intervention	30
Aller-vers	30
Auto-efficacité	31
Compétences psychosociales	32
Empowerment	34
Marketing social	35

Nudge	36
Pouvoir d'agir	37
Représentations sociales	39
Universalisme proportionné	39

SI VOUS NE DEVIEZ LIRE QUE TROIS DOCUMENTS : LE COUP DE CŒUR DES DOCUMENTALISTES	41
---	-----------

STRATÉGIES NATIONALES DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE	45
--	-----------

DONNÉES CONTEXTUELLES : QUE SAIT-ON DE LA SANTÉ DES ADULTES À MI- VIE ?	47
--	-----------

Facteurs de risque à mi-vie et vieillissement en santé	47
--	----

Prévention et promotion de la santé chez les 40-55 ans	52
--	----

Impact économique des interventions de promotion de la santé	63
--	----

REPRÉSENTATIONS DE LA VIEILLESSE ET DU BIEN-VIEILLIR	68
---	-----------

En population générale	68
------------------------------	----

Des personnes en situation de vulnérabilité	77
---	----

FREINS ET LEVIERS AUX INTERVENTIONS COLLECTIVES DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN DIRECTION D'UN PUBLIC SENIORS.....	80
---	-----------

Mise en œuvre d'interventions efficaces pour un vieillissement en bonne santé	80
---	----

Renforcement des compétences psychosociales	84
---	----

Maintien du lien social	85
-------------------------------	----

Mobilisation et participation des seniors	87
---	----

Démarches de marketing social	94
-------------------------------------	----

RÉFÉRENTIELS DE BONNES PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS	98
--	-----------

L'APPROCHE « PARCOURS DE VIE »	105
---	------------

5 –DES OUTILS PÉDAGOGIQUES POUR APPUYER LES ACTIONS	110
--	------------

Des outils pédagogiques pour favoriser et encourager la participation	111
---	-----

Des outils pédagogiques pour travailler sur les représentations en santé	113
--	-----

Des outils pédagogiques pour renforcer le pouvoir d'agir des participants	115
---	-----

Des outils pédagogiques pour développer les compétences psychosociales	118
--	-----

INTRODUCTION

Dans un contexte marqué par le vieillissement démographique et l'importance croissante de la prévention pour maintenir l'autonomie et le bien-être des personnes âgées, la Carsat Bourgogne-Franche-Comté s'interroge sur l'atteinte du public cible et sur leur capacité à toucher l'ensemble des publics concernés. **Si ces dispositifs produisent des effets positifs avérés, certains groupes restent encore insuffisamment mobilisés, notamment les hommes et les jeunes seniors.** Comprendre les freins à leur participation et identifier les leviers susceptibles de les engager constitue un enjeu central pour renforcer l'impact des politiques de prévention.

La Carsat BFC a sollicité le Pôle de gérontologie et d'innovation BFC et Promotion Santé BFC pour dresser un état de l'art sur le rajeunissement du public cible des actions collectives de prévention et la façon d'amener les jeunes seniors vers des actions de prévention primaire, Promotion Santé élaborant un corpus documentaire, le PGI sa synthèse et les recommandations qui en découlent.

Ce corpus documentaire propose des références d'articles récents issus de la littérature scientifique, des documents qualifiés de littérature grise, c'est-à-dire réalisés hors circuit commercial, des recommandations de bonnes pratiques et des référentiels.

Les objectifs de ce corpus sont de :

- Pointer les facteurs de risque à mi-vie et leur répercussion sur le vieillissement en santé
- Recenser des stratégies de prévention et de la promotion de la santé mises en œuvre auprès d'un public adulte pour préparer au bien vieillir
- Repérer des référentiels de bonnes pratiques ou des recommandations afin d'identifier les pistes d'études utiles pour mener à bien la stratégie de la Carsat et/ou de l'interrégime sur le bien vieillir.

Le dossier est structuré en 9 parties :

- **LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE** : comment la recherche documentaire a été conduite, quelles sont les bases de données qui ont été interrogées, sur quels critères...
- **DE QUOI PARLONS-NOUS ?**, un glossaire proposant des définitions sourcées de concepts importants liés à la population étudiée, à la méthodologie de projet et



aux leviers d'intervention en promotion de la santé. L'enjeu ici est de parler le même langage et de construire une culture en santé publique et promotion de la santé partagée.

- **LES COUPS DE CŒUR DES DOCUMENTALISTES**, pour le lecteur pressé : trois références bibliographiques incontournables, à lire à tout prix !
- Des éléments contextuels sur l'état de santé des adultes à mi-vie : programmes nationaux de santé ; facteurs de risque et impact sur le bien-vieillir ; données économiques – **QUE SAIT-ON DE LA SANTÉ DES ADULTES À MI-VIE ?**
- Si peu d'éléments directement exploitables apparaissent dans la littérature pour mobiliser un public senior plus jeune, travailler sur **LES REPRÉSENTATIONS DE LA VIEILLESSE ET DU BIEN VIEILLIR** va permettre de dessiner des interventions de promotion de la santé répondant à l'objectif du rajeunissement des publics.
- Le chapitre sur **LES FREINS ET LES LEVIERS AUX INTERVENTIONS COLLECTIVES** aborde les critères d'efficacité des actions et les questions du renforcement des compétences psychosociales, du maintien du lien social, de la participation et de la mobilisation, ainsi que les démarches de marketing social.
- **DES RÉFÉRENTIELS DE BONNES PRATIQUES ET DES RECOMMANDATIONS SUR LES LEVIERS D'INTERVENTION** complètent le chapitre précédent.
- Un focus est consacré à **L'APPROCHE « PARCOURS DE VIE »**, qui considère que la perte d'autonomie et la fragilité sont le résultat de processus progressifs, cumulatifs et modifiables tout au long de la vie, et non de phénomènes soudains liés uniquement au vieillissement
- Et enfin **DES OUTILS PÉDAGOGIQUES POUR APPUYER DES ACTIONS**, disponibles dans les antennes de Promotion Santé BFC sont référencés dans la dernière partie de ce document.

L'intelligence artificielle a été utilisée dans la réalisation de ce dossier, à deux niveaux :

- La mise en forme d'infographie avec Note Book LM
- À défaut Note Book LM pour synthétiser le contenu des documents sans résumé
- Deepl pour la traduction des résumés en français

Les références bibliographiques sont présentées, à l'intérieur de chaque rubrique, de la plus récente à la plus ancienne. Les pages internet citées ont été visitées le 27 janvier 2026.

Bonne lecture,

Anne Sizaret

a.sizaret@promotion-sante-bfc.org



MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

●● REFORMULATION SÉMANTIQUE

La demande initiale de la Carsat était : «Le rajeunissement du public cible pour les actions collectives de prévention, et la façon d’amener les plus jeunes seniors vers la prévention primaire».

Pour une recherche documentaire plus fine, cette demande a été traduite de la manière suivante :

- *"Rajeunissement du public cible des interventions collectives de prévention en santé ; stratégies et facteurs efficaces pour engager les seniors plus jeunes (pré-seniors) dans la prévention primaire, adhésion, participation communautaire, communication ciblée et barrières psychologiques/sociales"*
- *« Comment rajeunir le public cible des actions collectives de prévention et quelles stratégies permettent d’attirer les plus jeunes seniors vers la prévention primaire ? »*
- *Quelles interventions, formats et canaux de communication sont les plus efficaces pour engager les personnes âgées de 55-70 ans dans des programmes de prévention primaire ? »*
- *Quels facteurs socio-économiques, psychologiques et organisationnels influencent la participation des plus jeunes seniors aux actions collectives de prévention primaire et comment ces facteurs peuvent-ils être modifiés pour augmenter l’adhésion ? »*
- *« Les interventions adaptées (communication numérique, horaires flexibles, thématiques centrées sur le maintien de l’autonomie) augmentent-elles significativement la participation des plus jeunes seniors (55–70 ans) aux actions collectives de prévention primaire par rapport aux approches traditionnelles ? »*

●● CRITÈRES DE SÉLECTION DES DOCUMENTS

Tous les documents référencés dans ce document répondent à des critères de :

- **ACCESSIBILITÉ** : les documents sont disponibles au Centre de documentation de Promotion Santé Bourgogne-Franche-Comté ou accessibles en ligne gratuitement. Les documents sont écrits en français ou en anglais.
- **PERTINENCE** : les documents répondent à la demande initiale de la Carsat ou reformulée par nos soins.



- **FIABILITÉ** : les documents sont produits par des experts en promotion de la santé et/ou sur la thématique du bien vieillir
- **VALIDITÉ** : les documents retenus sont récents ou sont toujours d'actualité

●● LES SOURCES DOCUMENTAIRES INTERROGÉES

- Interrogation de bases de données bibliographiques :
 - **PUBMED** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)
 - **BIB BOP** (<https://www.bib-bop.org>)
- Interrogation de portail de revues scientifiques :
 - **CAIRN** (<https://shs.cairn.info/>)
 - **SCIENCE DIRECT** (<https://www.sciencedirect.com/>)
- Publications repérées et mentionnées dans le bulletin « **LA VEILLE DU JOUR** », », bulletin quotidien de veille documentaire en promotion de la santé et santé publique réalisé par les documentalistes de Promotion Santé Bourgogne-Franche-Comté (<https://www.promotion-sante-bfc.org/les-newsletters-regulieres>).
- Une recherche « **BOULE DE NEIGE** » a été conduite à partir des documents sélectionnés

●● SÉLECTION DES DESCRIPTEURS

- Thesaurus MeSH de Pubmed : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>

ÉLÉMENT DE LA PHRASE	SENS	TERME(S) MESH PERTINENT(S)
Actions de prévention	Mesures visant à éviter la maladie	Primary Prevention [MeSH] OU Preventive Health Services OU Health promotion [MeSH]
Impact / effet	Influence, conséquences	Treatment Outcome [MeSH], Program Evaluation [MeSH], OU Health Impact Assessment OU impact OU Evaluation OU Effect [MeSH] selon le contexte
Adultes de 45 ans et plus	Groupe d'âge	Middle Aged [MeSH] (45–64 ans) et Aged [MeSH] (65+) OU libres "older adult*", "adults aged 45"
Vieillesse	Processus biologique	Aging OU "Healthy Aging" [MeSH]



Exemples d'équation de recherches

Impact des actions de prévention chez les adultes de 45 ans et plus sur leur vieillissement

("Primary Prevention"[MeSH] OR "Preventive Health Services"[MeSH])
AND ("Treatment Outcome"[MeSH] OR "Program Evaluation"[MeSH] OR "Health Impact Assessment"[MeSH])
AND ("Middle Aged"[MeSH] OR "Aged"[MeSH])
AND "Aging"[MeSH]

((("Primary Prevention"[MeSH Terms] OR "Preventive Health Services"[MeSH Terms] OR prevention[Title/Abstract] OR "preventive intervention*" [Title/Abstract])) AND ((("Treatment Outcome"[MeSH Terms] OR "Program Evaluation"[MeSH Terms] OR "Health Impact Assessment"[MeSH Terms] OR impact[Title/Abstract] OR effect*[Title/Abstract])) AND ((("Middle Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[MeSH Terms] OR "older adult*" [Title/Abstract] OR "adults over 45"[Title/Abstract] OR "adults aged 50"[Title/Abstract])) AND ("Aging"[MeSH Terms] OR aging[Title/Abstract] OR ageing[Title/Abstract] OR "healthy aging"[Title/Abstract]))

Vieillesse en bonne santé

((("Preventive Health Services"[MeSH Terms] OR "Primary Prevention"[MeSH Terms])) AND ("Health Impact Assessment"[MeSH Terms] OR "Treatment Outcome"[MeSH Terms]) AND ("Middle Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[MeSH Terms]) AND ("Healthy Aging"[MeSH Terms] OR "Aging"[MeSH Terms]))

Programmes de santé publique

("Preventive Health Services"[MeSH Terms] OR "Health Promotion"[MeSH Terms])
AND
("Program Evaluation"[MeSH Terms] OR "Health Policy"[MeSH Terms])
AND ("Middle Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[MeSH Terms]) AND ("Aging"[MeSH Terms])

((("Primary Prevention"[MeSH] OR "Preventive Health Services"[MeSH] OR "Health Promotion"[MeSH] OR prevention[tiab] OR "preventive intervention*" [tiab])) AND ("Treatment Outcome"[MeSH] OR "Program Evaluation"[MeSH] OR "Health Impact Assessment"[MeSH] OR impact[tiab] OR effect*[tiab]) AND ("Middle Aged"[MeSH] OR "Aged"[MeSH] OR "older adult*" [tiab] OR "adults over 45"[tiab] OR "adults over 50"[tiab]) AND



("Aging"[MeSH] OR "Healthy Aging"[MeSH] OR aging[tiab] OR ageing[tiab] OR "healthy aging"[tiab]))

- Thesaurus « Éducation pour la santé », utilisé par Bib-Bop :
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/thesaurus-en-education-pour-la-sante.-liste-alphabetique-structuree>

ÉLÉMENT DE LA PHRASE	SENS	TERME(S) MESH PERTINENT(S)
Prévention	Mesures visant à éviter la maladie	Prévention primaire Promotion de la santé Vieillessement en santé Prévention du vieillissement Autonomie
Actions et dispositifs		Actions collectives de prévention Programmes de prévention Ateliers prévention santé Interventions populationnelles
Freins et leviers	Influence, conséquences	Représentations sociales Non-recours Engagement en prévention Participation sociale Acceptabilité des dispositifs
Vieillessement	Groupe d'âge	Jeunes seniors Pré-retraités Seniors actifs Vieillessement actif Population âgée autonome



DE QUOI PARLONS-NOUS ? DÉFINITIONS

Cette première partie propose des définitions sourcées de concepts importants entrant dans la thématique de **SANTÉ DES SENIORS** sous l'angle de la **PROMOTION DE LA SANTÉ**.

Les définitions sont quelquefois complétées par des ressources graphiques. Elles sont regroupées en quatre catégories :

- La population
- La méthodologie de projet en promotion de la santé
- Des concepts importants en promotion de la santé
- Les leviers d'intervention en promotion de la santé

●● AU NIVEAU DES POPULATIONS

●●● ÂGISME



Les stéréotypes et la discrimination envers des individus ou des groupes de personnes sur la base de leur âge : l'âgisme peut prendre plusieurs formes, y compris les préjugés, les pratiques discriminatoires ou les politiques et les pratiques institutionnelles qui perpétuent les idées reçues.

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève : OMS, 2016, p. 257. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1



L'âgisme est un concept théorique qui inclut généralement une composante « représentative » (stéréotypes âgistes, préjugés âgistes, fausses croyances envers un groupe d'âge) et une composante « active » (discrimination en fonction de l'âge, préjudice envers un groupe d'âge). L'âgisme sur le plan « représentatif » fait en sorte que l'on considère tous les individus d'un groupe d'âge de la même façon, sans tenir compte de leur hétérogénéité. Cette façon de les considérer peut être perçue comme étant trop positive ou trop négative. L'âgisme sur le plan « actif » fait en sorte que l'on traite différemment des individus parce qu'ils appartiennent à un groupe d'âge spécifique.

Pilote Claudia. Avis sur l'âgisme envers les aînés : état de la situation. Québec : Conseil des aînés du Québec, 2010, 103 p. En ligne : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2250080>

●●● ÉQUITÉ EN SANTÉ



L'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. L'absence d'équité en matière de santé va donc au-delà des simples inégalités relatives aux déterminants de la santé, à l'accès aux ressources nécessaires pour améliorer la santé ou la conserver ou aux résultats en matière de santé. Cette absence d'équité résulte aussi de l'impossibilité d'éviter ou de surmonter les injustices ou le non respect des droits de l'homme.

Organisation mondiale de la santé. In : Plaidoyer : évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé [Page internet]. Ottawa : Société canadienne de santé publique, 2020. En ligne : <https://cpha.ca/fr/enonce-de-politique-evaluation-de-limpact-sur-lequite-en-matiere-de-sante>



L'équité en santé correspond au principe selon lequel tous les gens devraient pouvoir aspirer à un état de santé optimal et ne devraient pas être limités à cet égard en raison de leur race, de leur ethnicité, de leur religion, de leur sexe, de leur âge, de leur classe sociale, de leur situation socioéconomique ou de tout autre attribut social.

L'équité en santé, parlons-en [Page internet]. Antigonish (Canada) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2013, 6 p. En ligne : https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite_en_sante_Parlons-en_2013.pdf

●●● FRAGILITÉ



[La fragilité] peut être considérée comme étant une régression progressive des systèmes physiologiques liée à l'âge, qui entraîne une diminution des réserves de capacités intrinsèques, ce qui confère une extrême vulnérabilité aux facteurs de stress et augmente le risque d'une série d'effets négatifs sur la santé.

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève : OMS, 2016, 296 p. En ligne : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6096461a-09a9-4350-9ce7-a97160b3d908/content>



La fragilité apparaît avec la prise de conscience des premiers signes liés au vieillissement, prémices ou non d'un état de dépendance, et avec l'émergence de difficultés dans la vie quotidienne pouvant être accentuées par un environnement mal adapté. Bien vieillir, préserver l'autonomie et prévenir les pertes d'autonomie évitables sont les enjeux de l'adaptation de la société au vieillissement.

Repérage de la fragilité et prévention de la perte d'autonomie [Page internet]. Nantes : ARS Pays de la Loire, 2019. En ligne : <https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/reperage-de-la-fragilite-et-prevention-de-la-perte-dautonomie>



●●● GENRE



Le genre se rapporte aux attributs économiques, sociaux, politiques et culturels qui sont associés au fait d'être une femme ou un homme. Le sens que la société confère à la nature féminine ou masculine varie selon les cultures et il évolue au fil du temps. Le genre est l'expression socio-culturelle des caractéristiques et des rôles particuliers qui sont associés à certains groupes de personnes en fonction de leur sexe et de leur sexualité.

Caro Deborah, Schueller Jane, Ramsey Maryce, Voet Wendy. Manuel d'intégration du genre dans les programmes de santé de la reproduction et de lutte contre le VIH : de l'engagement à l'action. Washington : USAID, 2005, 72 p. En ligne : <https://www.culturalpractice.com/wp-content/downloads/4-2005-5.pdf>



Par genre, on entend les rôles, comportements, activités, fonctions et chances qu'une société, selon la représentation qu'elle s'en fait, considère comme adéquats pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles et les personnes qui n'ont pas une identité binaire. Le genre est également défini par les relations entre personnes et peut refléter la répartition du pouvoir dans ces relations. Il ne s'agit pas d'une notion fixe, elle change avec le temps et selon le lieu. Les personnes ou les groupes qui ne se conforment pas aux normes (y compris aux modèles de masculinité et de féminité), aux rôles, aux responsabilités ou aux relations définis d'après le genre sont souvent en butte à la stigmatisation, à des pratiques discriminatoires ou à l'exclusion sociale, qui toutes peuvent nuire à la santé. Le genre a un lien avec le sexe biologique (masculin ou féminin), mais il est distinct de lui.

Genre et santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2018. En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>

●●● POPULATIONS VULNÉRABLES



Les populations vulnérables sont les personnes qui s'expriment peu ou pas, dont on parle peu ou pas et qui souvent ne peuvent se défendre elles-mêmes, les « sans-voix », les « invisibles » (populations précaires dont les migrants, personnes âgées présentant des troubles cognitifs, personnes handicapées, personnes en fin de vie, jeunes vulnérables, majeurs protégés...). C'est parfois le contexte qui engendre ou renforce la vulnérabilité : on parle alors de « personnes vulnérabilisées par un contexte » (par exemple : lieux privatifs de liberté, enfants placés, femmes souffrant de violences et féminicides, personnes souffrant de dépendance à des produits addictifs, professionnels de santé vulnérabilisés par leurs conditions de travail...).

Populations vulnérables [Page internet]. Paris : Comité consultatif national d'éthique, sd. En ligne : <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/populations-vulnerables>





Les populations vulnérables sont celles pour lesquelles « le moindre événement a la capacité de déstabiliser la vie entière d'un individu.

Berhuet Solen, Croutte Patricia, De Barthes Jeanne, Hoibian Sandra. Tous autonomes et vulnérables à la fois » : état des lieux des publics fragiles. Cahier de recherche 2019 ; 348 : 133 p. En ligne : <https://www.credoc.fr/download/pdf/Rech/C348.pdf>

●●● VIEILLIR EN BONNE SANTÉ



Vieillir en bonne santé est le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui favorise le bien-être pendant la vieillesse ». Ces aptitudes fonctionnelles sont déterminées par la capacité intrinsèque de l'individu (c'est-à-dire la combinaison de toutes les capacités physiques et mentales – y compris psychosociales – de l'individu), les environnements dans lesquels il évolue (compris au sens le plus large et comprenant les environnements matériel, social et politique), et son interaction avec ceux-ci.

Le vieillissement en bonne santé est un processus qui s'étend sur toute la durée de la vie et qui peut concerner tout le monde, et non pas uniquement les personnes en bonne santé. La capacité intrinsèque à un moment quelconque est déterminée par de nombreux facteurs, y compris les changements physiologiques et psychologiques sous-jacents, les comportements en matière de santé et la présence ou l'absence de maladies. Ces facteurs sont à leur tour fortement influencés par l'environnement dans lequel les personnes ont vécu tout au long de leur vie. Étant donné que le rapport entre ces personnes et ces environnements est lui-même largement influencé par des facteurs tels que l'appartenance sexuelle ou la race, les caractéristiques personnelles sont également fortement liées à ces capacités à un moment quelconque.

Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 23-28 mai 2013. Résolutions et décisions annexes. Genève : OMS, 2016, pp. 108-109. En ligne : https://apps.who.int/qa/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-fr.pdf



●●● VIEILLISSEMENT



Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ces changements ne sont ni linéaires ni réguliers et ne sont pas étroitement associés au nombre des années. La diversité observée à un âge avancé n'est pas le fruit du hasard. Au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du partenaire.

Vieillesse et santé [Page internet]. Genève : OMS, 2021. En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

●● MÉTHODOLOGIE DE PROJET

●●● ACTION DE SANTÉ



Toute pratique visant le maintien, l'amélioration ou le recouvrement de la santé (éducation sanitaire, prévention des risques, soins de santé...) est fondée sur un choix de définition de la santé. Ce choix oriente la nature des pratiques, influence les méthodes et stratégies qu'elles emploient, ainsi que les publics qu'elles visent et les acteurs impliqués. Lorsque la santé est définie en termes biophysiques, elle s'évalue uniquement par des mesures objectives (ou objectivées) du même type, principalement en termes de normalité ou de risque, et exclut les aspects de bien-être, ou la capacité d'action. Dans ce cas, les objectifs des actions de santé sont aussi définis dans les mêmes termes, ainsi que leurs indicateurs d'effets et d'efficacité, et la santé y est surtout l'affaire des professionnels de santé et de soins. Lorsque la santé est perçue à la fois comme un état et comme une dynamique, une «capacité à...», elle s'évalue aussi en termes de pouvoir de mobilisation, de capacité d'action et d'interaction avec autrui, de prise de conscience... Dans ce cas, l'action de santé ne se limite pas à la gestion ou l'apprentissage des risques de maladie ou d'accidents et des dangers, des comportements protecteurs ou préventifs. Elle s'étend à d'autres éléments comme les interactions sociales, le bien-être, le rôle et le pouvoir sur sa propre santé, la conscience des déterminants de santé, la réflexion sur la place et la priorité de la santé dans la vie... L'action de santé devient alors le rôle conjoint des professionnels de la santé et des éducateurs.

Éducation pour la santé des jeunes : concepts, modèles, évolution. In : Arwidson Pierre, Bury Jacques, Choquet Marie. Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes. Paris : Inserm, 2001, pp. 16. En ligne : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/054000288.pdf





La programmation des actions de santé est une démarche qui cherche à résoudre les problèmes de santé publique définis comme prioritaires dans la phase de diagnostic de santé d'une population. C'est sur ce choix que se fonde le choix des stratégies, la définition des objectifs, le plan opérationnel des activités et l'évaluation pragmatique/professionnelle des résultats, du processus, des ressources, de la participation de la communauté, du partenariat et de l'équipe.

Baumann M, Deschamps JP, Cao MM. La programmation des actions et des évaluations pragmatiques/professionnelles dans le cadre des actions humanitaires. Santé publique 1998 ; 10(1) : 71-86

Démarche projet⁵



Agir en promotion de la santé : ce qu'il faut savoir avant de se lancer. Dijon : ARS Bourgogne-Franche-Comté, Ireps Bourgogne-Franche-Comté, 2020, p. 11

●●● DONNÉES PROBANTES



Les données probantes sont des conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé.

Banta David. Considerations in defining evidence for public health: the European Advisory Committee on Health Research World health organization regional office for Europe. International journal of technology assessment in health care 2003 ; 19(3) : 559-73



La santé publique fondée sur des données probantes est "le processus consistant à extraire et à disséminer les meilleures données disponibles issues de la recherche, de la pratique et de l'expérience, ainsi qu'à utiliser ces données pour éclairer et améliorer la pratique et les politiques en santé publique.

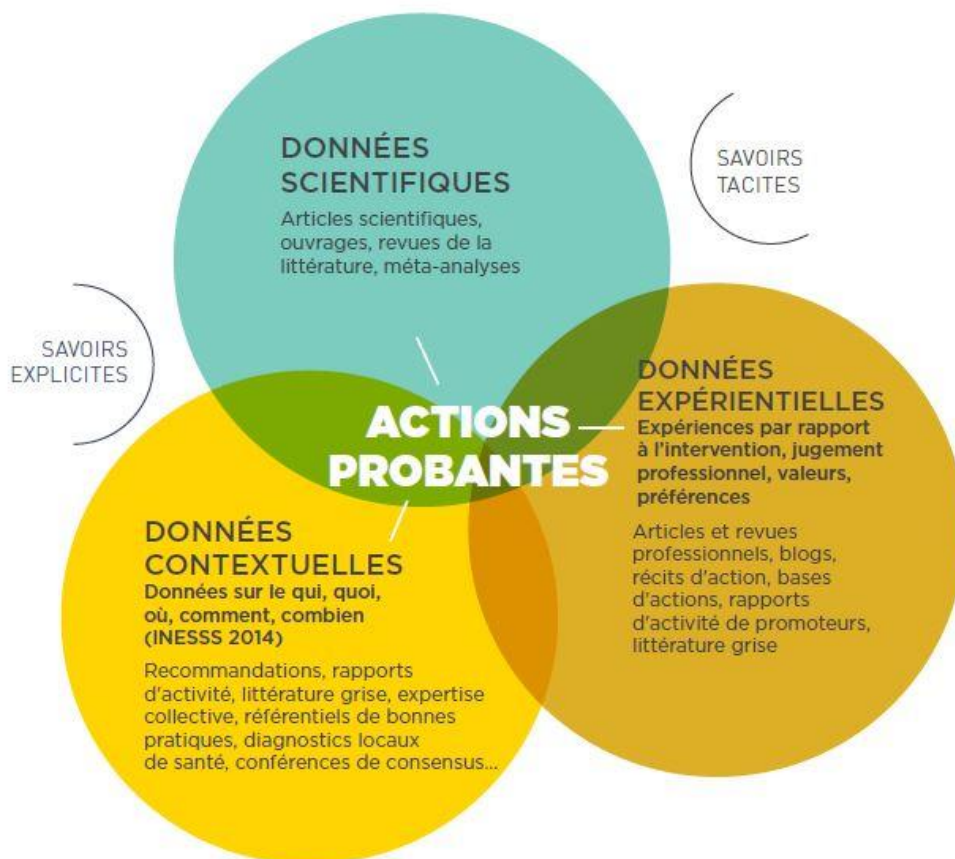
Centres de collaboration nationale en santé publique. Qu'est-ce que la santé publique fondée sur des données probantes ? [Page internet]. Montréal : Centres de collaboration nationale en santé publique, 2011. En ligne : <https://www.nccmt.ca/fr/tools/eiph>



La promotion de la santé basée sur les données probantes, c'est l'utilisation d'informations, issues de la recherche et des études systématiques, permettant d'identifier les déterminants et facteurs qui influencent les besoins de santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et une population donnés.

Cambon Linda, Ridde Valery, Alla François. Réflexions et perspectives concernant l'évidence-based health promotion dans le contexte français. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2010 ; 58(4) : 277-83

Actions probantes en promotion de la santé¹¹



D'après : Souffez Karine. Module "Actions probantes en promotion de la santé". Besançon : Université d'été francophone en santé publique de Besançon, 2014

●●● PRATIQUE EXEMPLAIRE



Une pratique exemplaire est une intervention, un programme ou une initiative qui, dans le cadre de nombreuses mises en œuvre, a démontré une forte incidence (changements positifs liés aux objectifs souhaités), un haut degré d'adaptabilité (adaptation et transférabilité réussies dans différents milieux) et une grande qualité des données probantes (qualité de la méthodologie de recherche ou d'évaluation, qui vient confirmer l'importance des résultats et les données sur l'adaptabilité).

Portail canadien des pratiques exemplaires [Page internet] Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, s.d. En ligne : <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/category/intervention-type/best-practice/>





Les décisions, activités et interventions basées sur la Pratique Exemplaire dans la promotion de la santé et la prévention des maladies prennent systématiquement en compte les valeurs et principes de promotion de la santé et de santé publique, se fondent sur les connaissances scientifiques actuelles et sur les savoirs d'experts et ceux tirés de l'expérience, prennent en considération les facteurs contextuels pertinents et atteignent les résultats positifs visés tout en évitant simultanément les effets négatifs. [...] Le cadre de Pratique Exemplaire, en tant qu'outil de référence pour les interventions, est une réponse aux questions fondamentales suivantes :

- Comment les connaissances scientifiques peuvent-elles mieux être mises à profit pour la pratique ?
- Comment les savoirs de la pratique peuvent-ils être mieux utilisés dans la « production » de connaissances scientifiques ?
- Comment l'attention sur les facteurs contextuels peut-elle être renforcée et les thèmes du transfert suffisamment pris en compte ?
- Comment les normes, les valeurs et les principes éthiques de santé publique et de la promotion de la santé peuvent-ils mieux être mis en lumière et comment parvenir à faire prendre conscience et à exprimer clairement ces normes et ces valeurs ?

Broesskamp-Stone Ursel, Ackermann Günter. La pratique exemplaire : un cadre de référence normatif pour une promotion de la santé et une prévention des maladies optimales. Berne : Promotion Santé Suisse, 2010, 42 p. En ligne : https://www.quint-essenz.ch/fr/files/Pratique_exemplaire_concept_11.pdf

●●● INTERVENTION PRÉCOCE



L'intervention précoce a pour objectif de raccourcir le délai entre les premiers symptômes et un accompagnement adapté. Elle est à l'interface de la prévention et de l'accès aux soins. Elle concerne spécifiquement les personnes exposées aux risques ou présentant des dommages. Les interventions permettent à la fois une dimension préventive comme une entrée anticipée dans les soins. L'intervention précoce s'appuie sur les compétences propres de chacun, favorise la motivation et l'auto-changement. Pour les plus vulnérables, l'intervention précoce s'attachera particulièrement à aller vers les populations, à s'inscrire dans le prendre soin et constituer ainsi une authentique mesure de réduction des inégalités sociales de santé.

La prévention des conduites addictives : l'expérience Anpaa. Paris : ANPAA, 2014, 110 p. (Guides repères). En ligne : <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Guide-reperes-Prevention.pdf>

●● CONCEPTS CLÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ

●●● DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ



Les déterminants sociaux de la santé (DSS) sont les facteurs non médicaux qui influencent les résultats en matière de santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que de l'ensemble plus vaste de forces et de systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les politiques et systèmes économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques.

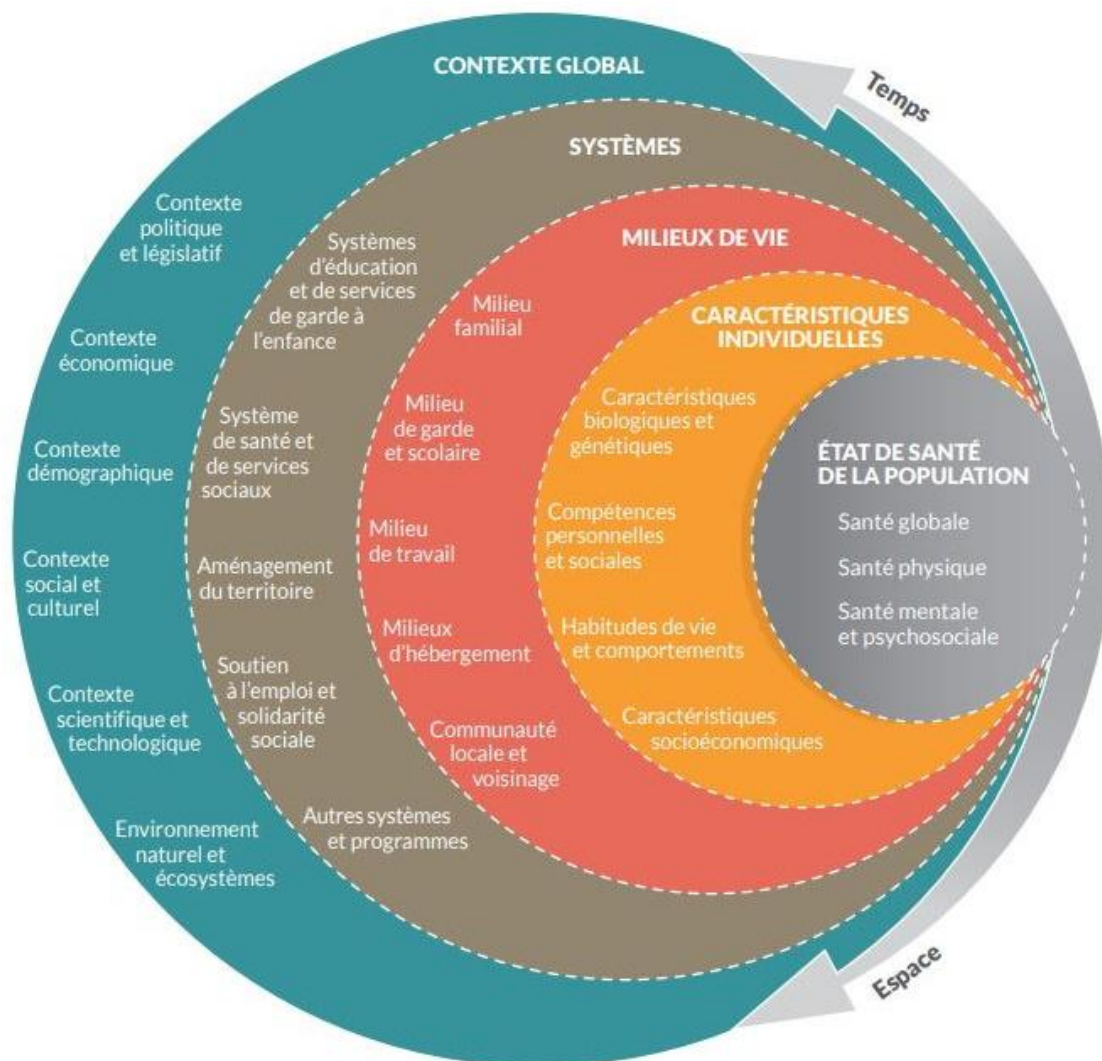
Social determinants of health [Page internet]. Genève : OMS, 2024. En ligne : https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1



Les déterminants sociaux de la santé englobent des facteurs sociaux et économiques particuliers des déterminants généraux de la santé. Ces facteurs sont associés à la place de l'individu dans la société, que ce soit en fonction du revenu, de l'éducation ou de l'emploi. L'expérience de discrimination ou de racisme ou d'un traumatisme historique est un important déterminant social de la santé pour certains groupes comme les peuples autochtones, la communauté LGBTQ et les communautés noires.

Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé. Gouvernement du Canada, sd. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>





Pigeon Marjolaine. Carte de la santé et de ses déterminants. In : La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir. Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux – Direction des communications, 2012, p. 7. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

●●● ÉDUCATION POUR LA SANTÉ



L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés. L'éducation pour la santé concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé. L'éducation pour la santé comprend la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. En conséquence, l'éducation pour la santé peut consister à communiquer des informations et à transmettre des aptitudes, ce qui démontre la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de différentes formes d'action visant à agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Nutbeam Don. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999, p. 6. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf



L'éducation pour la santé n'est pas synonyme d'information pour la santé. Une bonne information est certes un aspect fondamental de l'éducation pour la santé mais celle-ci doit aussi s'attaquer aux autres facteurs qui infléchissent le comportement vis-à-vis de la santé comme les ressources disponibles, l'efficacité du leadership communautaire, le soutien social apporté par la famille et le degré d'aptitude à agir par soi-même. C'est pourquoi l'éducation pour la santé se sert de diverses méthodes pour aider les gens à appréhender la situation dans laquelle ils se trouvent et à choisir les mesures propres à améliorer leur santé. L'éducation pour la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé.

L'éducation pour la santé : manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1990, p. 23. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36961/9242542253_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

●●● GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ



On appelle gradient social de santé la correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale (selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc.).

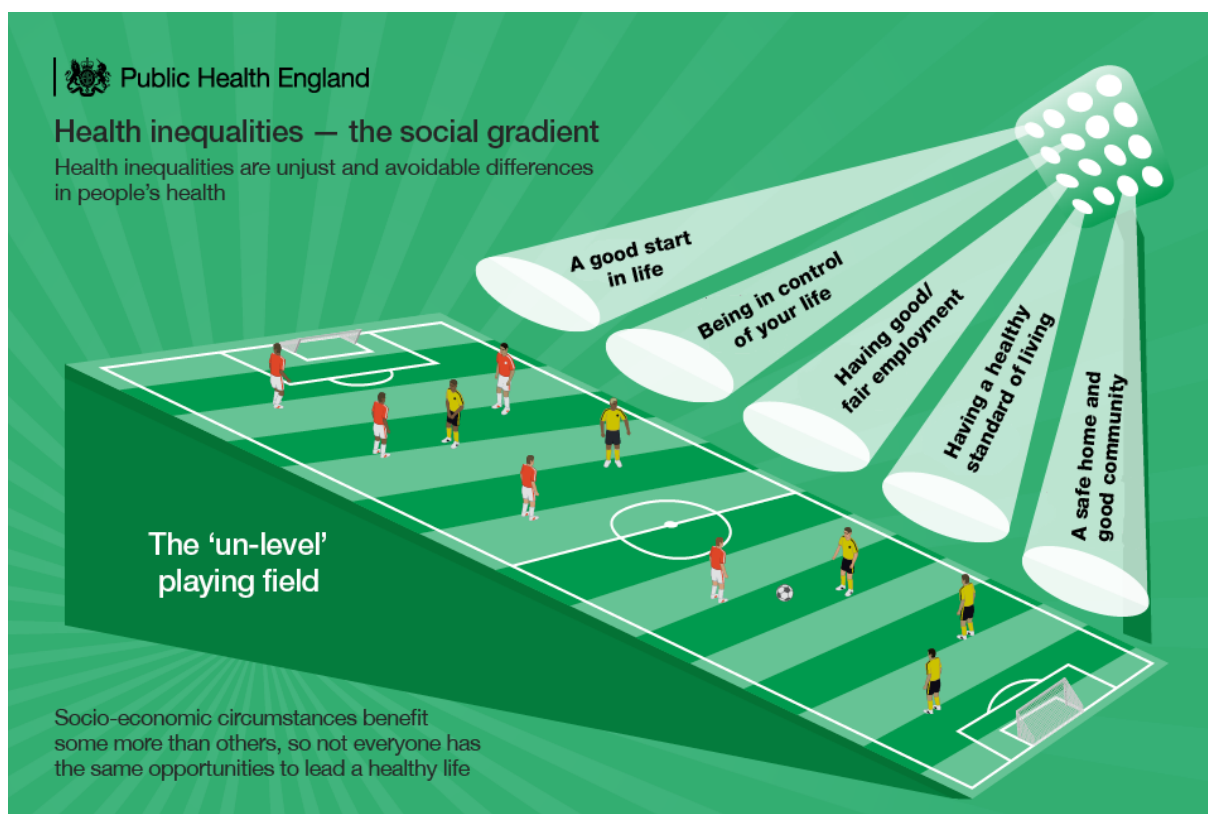
Moquet Marie-José, Potvin Louise. Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. La santé de l'homme 2011 ; 414 : pp. 7-8. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/369794/3137670?version=1>





Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun. Ainsi, si l'on examine les taux de mortalité des moins de cinq ans selon la richesse des ménages, on constate qu'il existe un lien entre la situation socio-économique et la santé. Plus le ménage est pauvre, plus la mortalité avant cinq ans est élevée ; dans les ménages appartenant au deuxième quintile le plus riche, le taux de mortalité des moins de cinq ans est plus élevé que dans ceux appartenant au premier quintile. C'est ce qu'on appelle le gradient social en santé.

Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008, 2 p. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2902/B124_9-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y



Closing the health gap and reducing inequalities [Page internet]. Londres : Public Health England, 2017. En ligne : <https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2017/09/08/closing-the-health-gap-and-reducing-inequalities/>



●●● PARTICIPATION



Une approche participative préconise une implication active du public aux processus décisionnels, le public concerné dépendant du sujet abordé. Il peut regrouper des citoyens lambda, les parties prenantes d'un projet ou d'une politique en particulier, des experts et même des membres du gouvernement ou des entreprises privées. En règle générale, les processus décisionnels peuvent être perçus comme un cycle en trois étapes comprenant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation ; l'approche participative peut être utilisée dans toutes ces étapes ou pour certaines d'entre elles.

On distingue différents niveaux de participation selon que l'objectif est : la transmission d'informations (unidirectionnelle) ; la consultation (bidirectionnelle, mais la partie consultante délimite la question) ; la participation active, fondée sur un partenariat dans lequel les citoyens, les parties prenantes, les experts et/ou les politiciens participent activement à un débat. Toutes les parties impliquées peuvent délimiter la question dans une plus ou moins grande mesure.

[...] La participation aux processus participatifs développe également les capacités du public en l'(in)formant et en créant des réseaux de personnes qui peuvent continuer à aborder les questions politiques lorsqu'elles évoluent. Toutefois, le public n'est pas le seul qui ait besoin d'apprendre. Le meilleur moyen pour les décideurs de savoir comment améliorer leurs 'produits et services' est de recevoir un feed-back direct des usagers. Plutôt que d'agir d'abord, puis de corriger, il est plus efficace que les utilisateurs finaux soient impliqués d'emblée dans la conception et la planification. »

Slocum Nikk, Elliott Janice, Heesterbeek Sara, Lukensmeyer Carolyn L. Méthodes participatives : un guide pour l'utilisateur. Bruxelles : Fondation Roi Baudoin, 2006, 204 p. En ligne : https://www.notre-environnement.gouv.fr/IMG/pdf/doc_fondatioaf0b.pdf

●●● PRÉVENTION



La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents.

Le chemin de l'éducation pour la santé : mettre à profit la consultation de médecine générale. Cahiers du GERM 1985 ; 186 : pp. 7-8



Quatre niveaux de prévention sont distingués :

- La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle se situe donc en amont de l'apparition des maladies.
- La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc de réduire le nombre de maladies en réduisant la durée d'évolution. Elle se situe à l'extrême début de la maladie, et prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières.



- La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles, consécutives à la maladie.
- La prévention quaternaire (...) relève d'actions d'accompagnement simple de l'invalidité et du processus de la mort, sans visée de l'amélioration de l'état de santé (...).

Bury Jacques A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification. Bruxelles : De Boeck Université, 1988



La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple. Les expressions « prévention de la maladie » et « promotion de la santé » sont parfois utilisées de façon complémentaire. Bien que le contenu et les stratégies de ces deux notions se recouvrent souvent partiellement, la prévention de la maladie est définie séparément. Dans ce contexte, la prévention de la maladie est considérée comme l'action qui provient généralement du secteur sanitaire et porte sur des personnes et des populations qui présentent des facteurs de risque identifiables, souvent associés à des comportements à risque différents.

Nutbeam Don. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : OMS, 1999, p. 4. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

Prévention et promotion de la santé³

	PRÉVENTION	PROMOTION DE LA SANTÉ
FINALITÉS	Diminuer la fréquence d'apparition et la prévalence des problèmes de santé ou des facteurs de risque dans la population.	Conférer à la population un plus grand contrôle et un plus grand pouvoir sur les décisions qui affectent sa santé, son bien-être et sa qualité de vie.
PUBLICS	Groupes de population identifiés comme présentant des risques spécifiques en matière de santé.	Population dans son ensemble, sur des territoires ou dans des milieux de vie (école, travail, hôpital, prison).
STRATÉGIES	Organisation des services de soins de premier recours.	Organisation des lieux de vie et d'accueil de la population.
CONTENUS ÉDUCATIFS	Entrée par problème de santé ou par pathologie (ex : lutte contre le tabagisme, l'obésité, le suicide...) Contenus spécifiques (informations sur les risques, sur les services, apprentissages, etc.)	Approche positive (ex : développement des facteurs protecteurs) et globale (qualité de vie et bien-être) de la santé. Contenus transversaux (compétences psychosociales, analyse critique de l'information, etc.)

[*] L'éducation pour la santé vise l'accroissement des connaissances de la population en matière de santé, ainsi que le développement de compétences permettant aux personnes et aux groupes de participer aux débats sur les sujets de santé qui les concernent et aux actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre dans leur territoire de vie.

3. Schéma inspiré de: Prévention et promotion de la santé: de quoi parle-t-on? Un document pour favoriser la connaissance et les bonnes pratiques. Rennes: ARS Bretagne, 2013, 6 p. En ligne : <https://cutt.ly/7rQ4j0G>

Le kit anti-couacs pour les pros : promotion de la santé et nutrition. Colard Manon, Masrouby Maurine, Millot Isabelle, Sizaret Anne, Bres Bérénice, Thiollet Marie-Lise, Bohard Manon, Cudel Delphine. Dijon : ARS Bourgogne-Franche-Comté, 2020, p. 7. En ligne : https://rapps-bfc.org/sites/default/files/publications/fichiers/2020/REFPRO_JUIN_2020_WEB.pdf



●●● PROMOTION DE LA SANTÉ



La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

La Charte d'Ottawa définit cinq domaines d'action prioritaires :

- Élaborer une politique publique saine
- Créer des milieux favorables
- Renforcer l'action communautaire
- Acquérir des aptitudes individuelles
- Réorienter les services de santé »

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986, 5 p. En ligne : https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf



Cette définition « peu spécifique, où les aspects d'orientations philosophiques sont dominants » (O'Neill, 2004), rend peu compte du caractère éminemment opérationnel de la promotion de la santé. C'est pourquoi il semble préférable d'en adopter la définition suivante : un ensemble de pratiques spécialisées de santé publique visant le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes sur leurs conditions de vie et de santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, l'organisation communautaire, l'action sur les environnements, le plaidoyer politique, et la réorientation du secteur du soin.

Ferron Christine. Agir en promotion de la santé. In : Lambert H (coord). Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain / IRSS-RESO ; Rouen : Promotion Santé Normandie ; Aubervilliers : Fnes, 2021, 5 p. En ligne : https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=18343



Une autre définition s'appuie sur un consensus actuel caractérisant les interventions en promotion de la santé comme « des systèmes d'action complexes et multiniveaux, impliquant une diversité d'acteurs coordonnant leurs actions en fonction des conditions et du milieu dans lesquels elles sont mises en œuvre, favorisant la participation et le développement du pouvoir d'agir des populations, et promouvant l'équité en matière de santé.

Cité par Ferron Christine. Trickett EJ, Beehler S, Deutsch C, Green LW, Hawe P, McLeroy K, et al. Advancing the science of community-level interventions. American Journal of Public Health 2011 ; 101(8) : pp. 1-10.

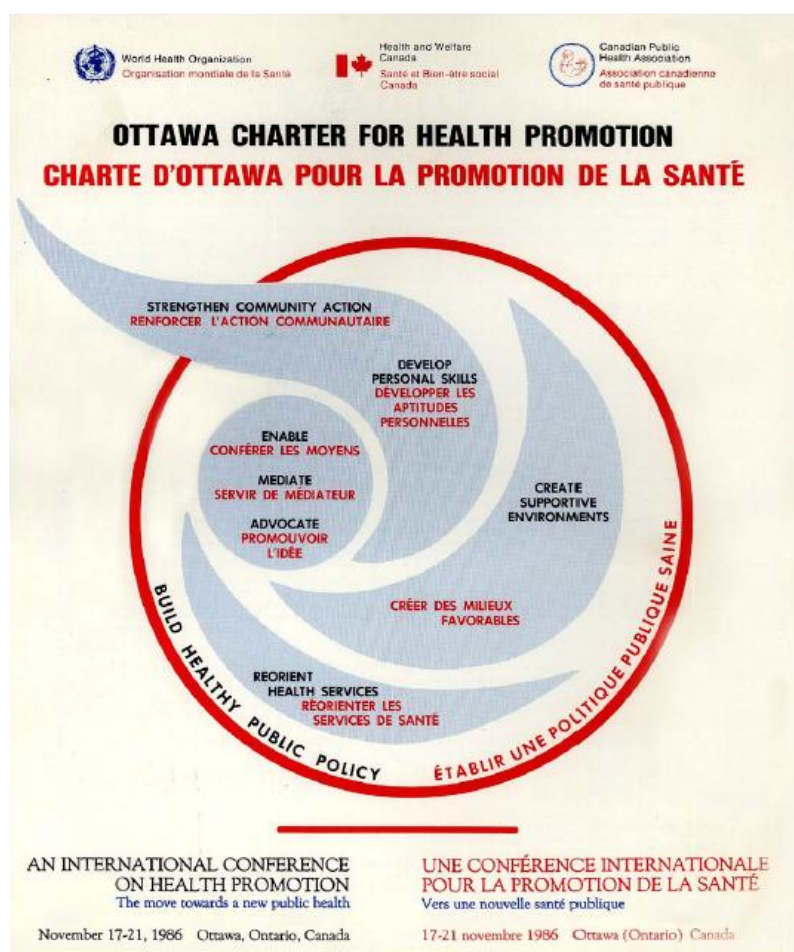




La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les 2 déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

La Charte d'Ottawa définit trois stratégies fondamentales pour la promotion de la santé. Il faut sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé indiquées plus haut ; conférer à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; et servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé.

Nutbeam Don. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999, pp. 12-13. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf



Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986, 5 p. En ligne : <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>



●●● SANTÉ



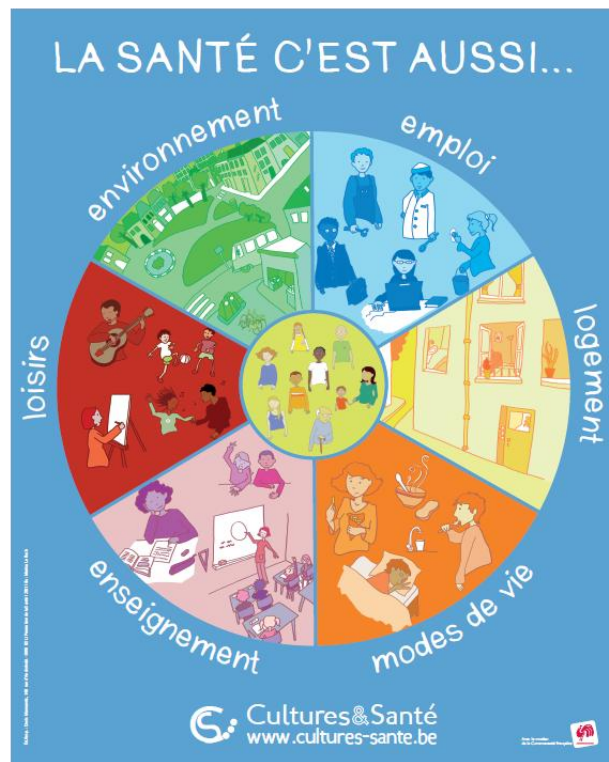
La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États
Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé 1946, 2 : p. 100. entré en vigueur le 7 avril 1948
En ligne : <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>



La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986, 5 p. En ligne : https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf



La santé c'est aussi [Affiche]. Bruxelles : Cultures & Santé, 2012. En ligne : <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/12-pdf-ps-2012.html?download=210:la-sante-c-est-aussi-affiche>



●●● SANTÉ COMMUNAUTAIRE



La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement... S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leurs coûts relatifs.

Les soins de santé primaires. Organisation mondiale de la santé. Alma Ata 1978. Genève : OMS, réimpression 1986, pp. 56-57. En ligne : <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>



La santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

Les soins de santé primaires Alma-Ata 1978. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1978. p. 56. (Santé pour tous ; n° 1). En ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf?sequence=1>

●● LEVIERS D'INTERVENTION

●●● ALLER-VERS



L'aller vers est à entendre comme une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique pro-active, pour entrer en relation avec ces publics.

Note de cadrage de la formation « Aller vers ». Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté. Paris : Ministère de la santé, sd, 5 p. En ligne : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_aller_vers.pdf





Aller-vers les personnes : un enjeu de cohésion et de développement social. Nantes : Comité local du travail social et de développement social, 2022, 38 p. En ligne : https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2022/07/CLTS_Restitution-Aller-Vers_Web-2022-07-26.pdf

●●● AUTO-EFFICACITÉ



Le sentiment d'efficacité personnelle désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles. Il existe des sources du sentiment d'efficacité personnelle qui permettent de le construire et de le modifier :

- L'expérience active de maîtrise est une des sources les plus influentes sur la croyance en l'efficacité personnelle car elle est fondée sur la maîtrise personnelle des tâches à effectuer. Plus un individu vivra un succès lors de l'expérimentation d'un comportement donné, plus il sera amené à croire en ses capacités personnelles pour accomplir le comportement demandé. Le succès, lorsqu'il n'est pas trop facile, renforce la croyance en l'efficacité personnelle alors que les échecs réduisent ce sentiment.
- L'expérience vicariante ou l'expérience indirecte consiste en un apprentissage qui repose sur le phénomène des comparaisons sociales, c'est-à-dire sur l'observation. Le fait d'observer des pairs vivre sans controverse une situation jugée préalablement conflictuelle peut influencer et renforcer la propre croyance des observateurs en leurs capacités de réussir. Au contraire, l'observation de l'échec d'un pair peut remettre en doute sa propre efficacité.



- La persuasion verbale signifie qu'à travers des suggestions, des avertissements, des conseils et des interrogations, les participants peuvent être amenés vers la croyance qu'ils possèdent le potentiel pour effectuer avec succès le comportement qui, autrefois, les embarrassait. Les croyances générées de cette façon sont d'ampleur plutôt faible lorsqu'elles sont utilisées seules, compte tenu du fait que les participants ne sont pas amenés à vivre une expérience. De plus, les résultats peuvent être influencés par des facteurs tels que l'expertise, la crédibilité et l'attrait exercé par la personne ressource.
- Les états physiologiques et émotionnels jouent un rôle dans le sentiment d'efficacité personnelle. Lorsqu'une personne associe un état émotionnel aversif tel que l'anxiété avec une faible performance du comportement demandé, cela peut l'amener à douter de ses compétences personnelles pour accomplir ce comportement et ainsi conduire à l'échec. Par contre, les individus seront plus enclins à croire au succès s'ils ne sont pas gênés par un état aversif.

Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelles. Analyse bibliographique. L'orientation scolaire et professionnelle 2004 ; 33(3) : 475-476. Doi : 10.4000/osp.741. En ligne : <https://journals.openedition.org/osp/741>

●●● COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES



Les [compétences psychosociales] constituent [...] un ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives. »

Lamboy Béatrice, Arwidson Pierre, du Roscoät Enguerrand, et al. Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022, p. 12. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-compétences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-dploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes.-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif>

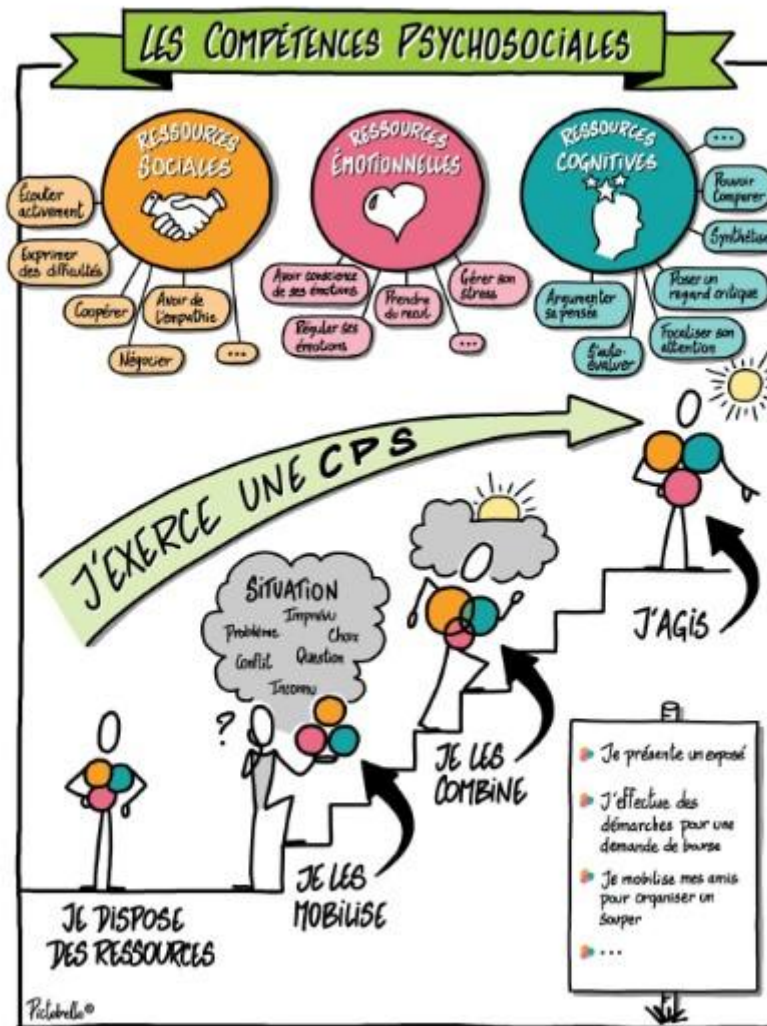


[Les compétences psychosociales sont] la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.

Weisen Rhona Birell, Orley John, Evans Vivienne, Lee Jeff, Sprunger Ben, Pellaux Daniel. Life skills education for children and adolescents in school. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes. Genève : OMS, 1994, 53 p. En ligne



: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf?sequence=1&isallowe



Les compétences psychosociales et bien-être des jeunes : les affiches en "sketchnotes". Bruxelles : Mutualité chrétienne, 2024. En ligne : <https://cm-mc.bynder.com/m/617b2f6f5a4c7d66/original/Affiches-en-sketchnotes-sur-les-compétences-psychosociales.pdf>

●●● EMPOWERMENT



Processus par lequel une personne accroît son pouvoir sur les décisions et les actions qui influent sur sa santé. L'empowerment, qui peut être un processus social, culturel, psychologique ou politique, permet aux individus et aux groupes sociaux d'exprimer leurs besoins et leurs préoccupations, d'élaborer des stratégies de participation à la prise de décisions et d'intervenir sur les plans politiques, social et culturel pour combler leurs besoins.

Compétences essentielles en santé publique au Canada. Québec : Agence de la santé publique au Canada, 2008, p. 11 (Amélioration des compétences en santé publique). En ligne : <https://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf>



On recense généralement plusieurs typologies d'empowerment. L'une des plus connues, proposée par William Ninacs, identifie trois types d'empowerment :

- l'empowerment individuel comporte quatre composantes essentielles : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. Dans leur ensemble et par leur interaction, elles permettent le passage d'un état sans pouvoir d'agir à un autre où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix ;
- l'empowerment communautaire renvoie à un état où la communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix et où elle favorise le développement du pouvoir d'agir de ses membres. La participation, les compétences, la communication et le capital communautaire sont les quatre plans sur lequel il se déroule. L'empowerment individuel contribue à réaliser celui de la communauté ;
- l'empowerment organisationnel, qui correspond aux deux fonctions d'une organisation sur le plan du développement du pouvoir d'agir : d'une part, elle sert de lieu d'empowerment pour les personnes qui y participent, et revêt en ce sens une fonction d'empowerment communautaire ; d'autre part, le cheminement permettant à l'organisation de développer son propre pouvoir d'agir constitue sa deuxième fonction. Ce cheminement s'exécute sur quatre plans en interaction : la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique. À l'instar du pouvoir d'agir des individus qui contribue à réaliser celui de la communauté, c'est-à-dire l'empowerment communautaire, l'empowerment des organisations en fait autant.

L'approche basée sur l'empowerment apporte des pistes pour lutter contre les inégalités mais ne constitue pas la solution miracle. Une des dérives que cette approche peut entraîner serait une surresponsabilisation des individus permettant aux structures étatiques dépassées par les problèmes sociaux de se déresponsabiliser. Le rôle du professionnel est d'aménager un contexte favorable à la prise de conscience par l'individu et la communauté de ces facteurs structurels les dépassant et de les outiller pour appuyer un changement. Aussi, rien ne garantit qu'une personne, une organisation ou même une communauté empowered (en pleine possession de son pouvoir d'agir) agira d'une façon qui contribuera au développement de son milieu ou de ses membres, selon le cas.

L'empowerment. Bruxelles : Cultures & santé absi, 2014, 27 p. En ligne : <https://cultures-sante.be/component/phocadownload/category/3-pdf-ep-2009.html?download=22:dt-lempowerment>



Nous pouvons distinguer trois "niveaux" interconnectés dans le processus d'empowerment :



Source : Ninacs, William. *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec* (2003)

Cité par : *Qu'est-ce que l'empowerment pour Médecins du monde ?*

Paris : Médecins du monde, 2020, 28 p.

En ligne : <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/guide-empowerment-WEB.pdf>

●●● MARKETING SOCIAL



Le marketing social, né en 1971, se définit comme « l'application des techniques utilisées en marketing commercial pour analyser, planifier, exécuter et évaluer des programmes dont le but est la modification du comportement d'une cible d'individus, afin d'améliorer leur bien-être personnel et celui de la société.

Gallopel-Morvan Karine. Marketing social et marketing social critique : quelle utilité pour la santé publique ? Les Tribunes de la santé 2014 ; 45 : pp. 37-43. En ligne :

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-4-page-37.htm>



●●● NUDGE



Un « nudge », littéralement « un petit coup de coude », est un dispositif technique mis en place pour inciter un individu ou un groupe d'individus à adopter sans obligation un comportement souhaité. Le principe est d'établir une « voie royale » vers le meilleur choix et/ou de dresser des obstacles sur la route de la mauvaise option. C'est une forme d'automatisation du comportement de la personne qui est visée. Quand elle s'y conforme, elle le fait malgré elle, souvent inconsciente du mécanisme sur lequel il repose. Sécurité routière, lutte contre les incivilités, écologie, don d'organes, fiscalité... Ces dispositifs graphiques, sonores, urbanistiques, sémantiques, ludiques, numériques sont utilisés dans le vaste champ des politiques publiques pour amener le citoyen à suivre une norme dans son propre intérêt et dans celui de la collectivité.

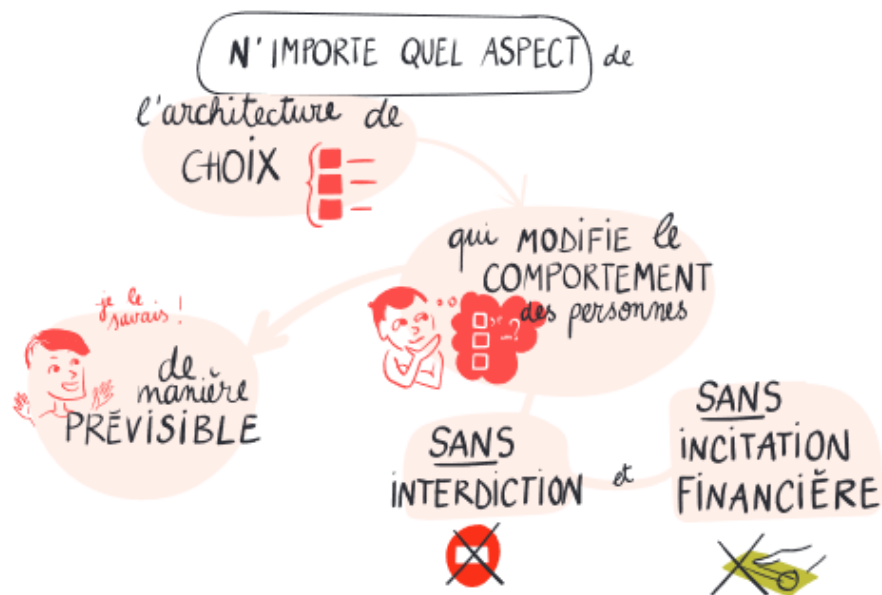
Mannaerts Denis. Nudges-promotion de la santé : ligne à haute tension. Education santé 2019 ; 359 : pp. 9-12. En ligne : http://educationsante.be/media/filer_public/3f/9f/3f9f0124-26ea-444a-a9d7-bfb4da7d4f4b/es_359_br.pdf



L'approche Nudge promeut l'utilisation des apports des sciences comportementales dans l'action publique et sociale afin de mieux changer certains comportements sociaux via des leviers persuasifs et incitatifs de communication d'utilité sociétale. [...] L'objectif est alors d'intervenir dans l'architecture de choix des individus, pour les inciter à prendre la meilleure décision pour eux (ou pour la société), sans pour autant restreindre les options, ni les imposer par la loi, ni influencer un choix par une politique de prix.

Velmuradova Maya. Communication environnementale et du développement durable : inciter au changement du comportement par des nudges ? Marseille : Métropole Aix Marseille Provence, 2021, 19 p. En ligne : <https://www.arbe-regionsud.org/Block/download/?id=104870>





MODIFIER LE COMPORTEMENT DES PERSONNES DE MANIÈRE PRÉVISIBLE, SANS INTERDIRE AUCUNE OPTION



Velmuradova Maya. *Communication environnementale et du développement durable : inciter au changement du comportement par des nudges ?* Marseille : Métropole Aix Marseille Provence, 2021, 19 p. En ligne : <https://www.arbe-regionsud.org/Block/download/?id=104870>

●●● POUVOIR D'AGIR

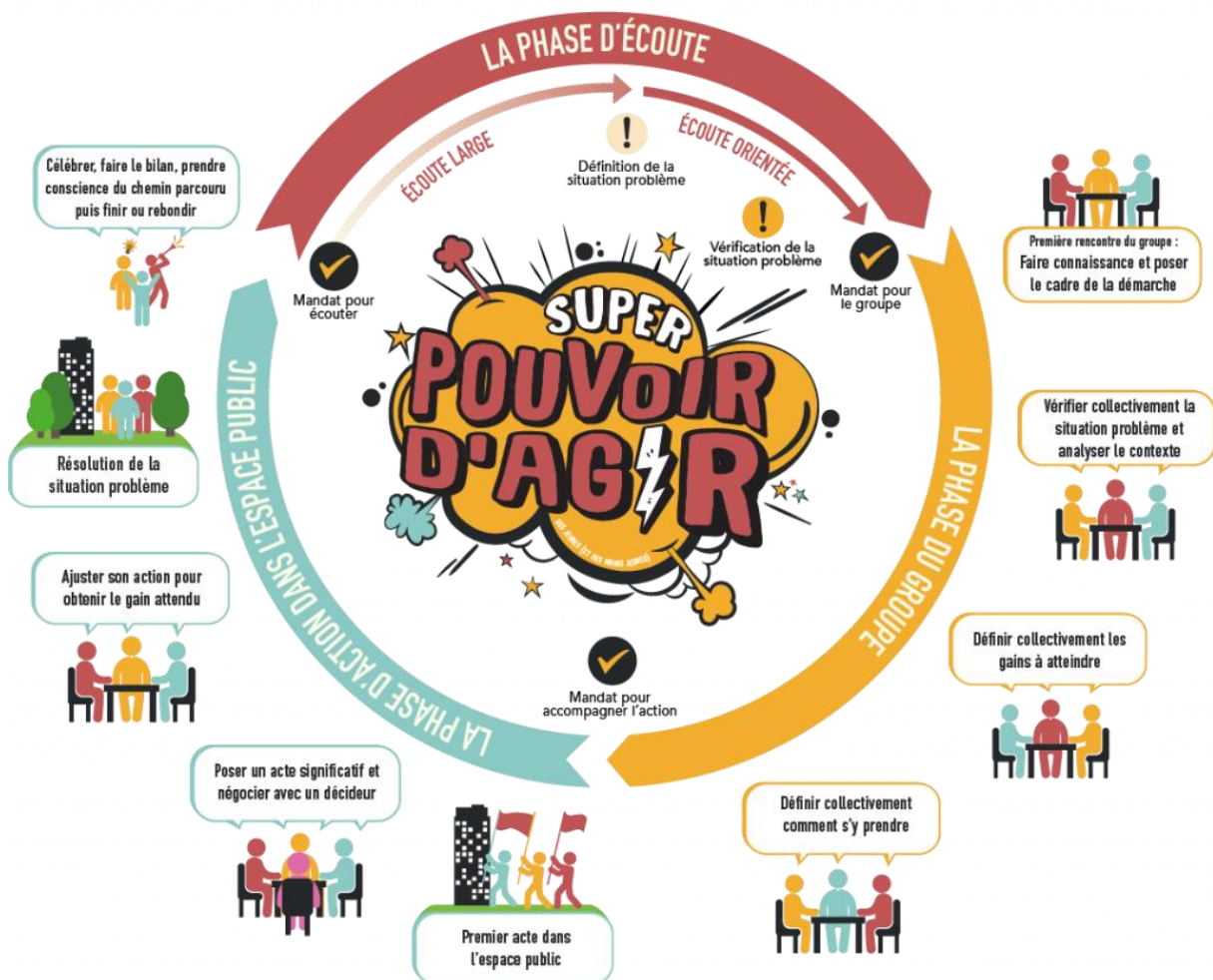


[...] La notion de pouvoir d'agir ne permet pas de se centrer exclusivement sur les caractéristiques individuelles ou sociales pour évaluer la probabilité ou la possibilité d'un changement. En effet, l'exercice du pouvoir d'agir nécessite la prise en compte systématique et simultanée des conditions environnementales et contextuelles et des caractéristiques des acteurs en relation avec l'exercice de ce pouvoir. En ce sens, la notion de pouvoir d'agir est plus circonscrite que celle d'empowerment, car

elle exclut de facto les phénomènes qui font appel à une grille d'analyse strictement psychologique ou sociologique.

[...] le pouvoir d'agir apparaît comme un outil privilégié de changement social. Située à l'interface de la personne et de son environnement, cette forme particulière d'interaction permet aux personnes de rester maîtres des décisions qui les concernent et ainsi de conserver leur dignité. Elle fait d'eux les porteurs du changement, les promoteurs de leur propre bien-être et de celui de leur communauté. De plus, une telle approche suppose la remise en question de la répartition des ressources et de ses modes d'accès. Elle oblige donc à porter le regard au-delà des seules dimensions individuelles pour aborder directement les dimensions structurelles impliquées dans le vécu des individus.

Le Bossé Yann. Introduction à l'intervention centrée sur le pouvoir d'agir. Cahiers de la recherche en éducation 1998 ; 5(3) : 23 p. En ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/cre/1998-v5-n3-cre0697/1017126ar.pdf>



Vous avez le pouvoir d'agir ! [Page internet]. Jassans-Riottier : Centre social Mosaïque, 2022. En ligne : <https://centresocialmosaiques.fr/vous-avez-le-pouvoir-dagir>

●●● REPRÉSENTATIONS SOCIALES



Les représentations sociales sont des grilles de lecture et d'interprétation du monde, que chacun porte en soi. Elles guident les comportements, les actions et les interactions sociales. Elles leur confèrent un sens. Elles vont au-delà de l'individuel, et sont partagées par un groupe, une collectivité. Elles constituent alors un lien qui unit les individus et sont associés à une appartenance sociale. [...] Les représentations sociales ne sont pas figées et définitives. Elles évoluent au gré des rencontres et au contact d'autres visions du monde.

Questionner les représentations sociales en promotion de la santé. Bruxelles : Cultures & santé asbl, 2013, p. 19. En ligne : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/261-questionner-les-representations-sociales-en-promotion-de-la-sante.html>

●●● UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ



« Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné. »

Traduit de : Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England Post-2010. Marmot Michael. Londres : University College London, 2010, 242 p. En ligne : <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>



Le principe d'universalisme proportionné ne s'intéresse pas uniquement à l'aspect quantitatif des actions mais surtout à leur aspect qualitatif via des actions différenciées et adaptées au contexte local. Attention, utiliser une même action avec une intensité plus importante visant la population la plus défavorisée n'a que peu d'effets sur le gradient social de santé. Les politiques anti-tabac, qui ont un impact limité sur ces populations, illustrent ce phénomène : il n'est pas utile d'entreprendre les mêmes actions avec une intensité plus élevée chez les personnes précarisées, celles-ci ne fument pas forcément pour les mêmes raisons que les autres (Birch, 2010) ; pour ces personnes précarisées, le tabagisme représente une pratique sociale en relation avec leurs conditions de vie (Peretti-Watel et al, 2009). Dès lors, en complément d'actions génériques, des actions présentant des modalités spécifiques s'avèrent nécessaires pour lutter effectivement contre le tabagisme des populations précarisées. »

Missine Sarah, Mahy Christine. L'universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé. Séminaires sur les inégalités sociales de santé ; 9 mai 2017 ; s.l. Havré : Observatoire de la Santé, 2017, 17 p. En ligne : https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/06/2017-05-09_SEMISS_Universalisme_proportionne_07-03-2018.pdf





Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie Britannique, 2011. In : Universalisme proportionné : lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance. Rennes : Réseau français Villes-Santé, 2017, 4 p. En ligne : https://villes-sante.com/wp-content/uploads/2022/11/PVS_brochure_PVS13_universalisme-proportionne_juin2017.pdf



SI VOUS NE DEVIEZ LIRE QUE TROIS DOCUMENTS : LE COUP DE CŒUR DES DOCUMENTALISTES

Ces trois documents abordent la prévention du « bien-vieillir » sous trois angles distincts mais interconnectés :

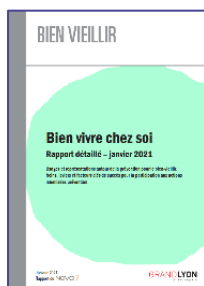
- une **réflexion théorique** (Picault Anne-Marie et al, 2024) ;
- la **vision subjective des usagers** (Grand Lyon Métropole, 2021),
- la **mise en œuvre opérationnelle des actions** (Carsat Languedoc-Roussillon, 2020)



Picault Anne-Marie, Beauchamps Camille, Blanc Emma, Lopes Johanna, Bailly Nathalie, Pothier Kristell

Bien vieillir : réflexions autour d'un dispositif de prévention adaptable

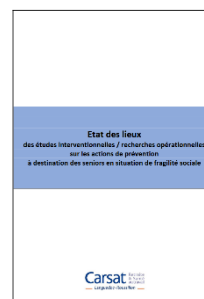
Gérontologie et société 2024 ; 46(174) : pp. 161-174



Bien vivre chez soi. Usages et représentations autour de la prévention pour le bien-vieillir, reins, leviers et facteurs clés de succès pour la participation aux actions labellisées prévention

Lyon : Grand Lyon Métropole, 2021, 60 p.

En ligne : <https://bienvivrechezsoi.grandlyon.com/app/uploads/2023/02/Etude-Nova-7.pdf>



État des lieux des études interventionnelles / recherches opérationnelles sur les actions de prévention à destination des seniors en situation de fragilité sociale

Montpellier : Carsat Languedoc-Roussillon, 2020, 40 p.

En ligne : <https://www.carsat-lr.fr/files/live/sites/carsat-lr/files/pdf/partenaires/etat-actions-prevention-seniors-fragilite.pdf>



L'article de **Picault et al** apporte une lecture théorique et un recul critique sur les politiques publiques. Il analyse les limites des modèles actuels (injonctions normatives, recours à la peur) et propose un modèle conceptuel fondé sur la psychologie sociale et l'autodétermination pour repenser les dispositifs futurs. Il souligne enfin l'intérêt de débiter la prévention plus tôt dans le parcours de vie, notamment dès l'âge adulte, afin d'éviter l'effet de stigmatisation lié à l'âge.

Le document du **Grand Lyon Métropole** se concentre sur le vécu et les représentations des seniors. Il met en évidence une faible adhésion spontanée des publics jeunes aux dispositifs institutionnels de prévention, un rejet des messages normatifs, moralisateurs ou trop centrés sur le risque, et l'importance des formats participatifs, du numérique, des pairs et de la logique de projet pour susciter l'engagement.

L'état des lieux de la **Carsat Languedoc-Roussillon** compile des retours d'expériences sur des dispositifs techniques (repérage par les facteurs, courriers d'invitation, guichets concertés) et évalue leur efficacité logistique (taux de retour, méthodes de contact). Il montre que la prévention reste majoritairement ciblée sur des publics âgés, souvent déjà fragilisés ; il souligne une entrée tardive dans les parcours de prévention et met en évidence un cloisonnement des dispositifs et une faible continuité intergénérationnelle.

Ces trois documents convergent vers l'idée que la mobilisation des jeunes seniors repose moins sur une intensification de l'offre de prévention que sur **une transformation de ses codes** : langage, temporalité, rôle accordé aux participants et finalité même des actions, qui doivent passer d'une logique de prévention des risques à une logique de promotion du bien vivre.

Axe d'analyse	Picault et al, 2024	Grand Lyon Métropole, 2021	Carsat Languedoc-Roussillon, 2020
Un diagnostic			
Pourquoi les jeunes seniors ne sont pas là ?	L'âge comme critère d'inclusion est un frein majeur car il renvoie à une discrimination (âgisme) et à une injonction normative qui braque l'individu	Les jeunes retraités rejettent viscéralement les activités étiquetées « personnes âgées » ou « gériatrie », perçues comme des repoussoirs	Les jeunes retraités s'estiment en bonne santé et autonomes, et jugent l'offre existante inadaptée à leur dynamisme
Une offre inadaptée	Les dispositifs restent centrés sur la prévention des risques et non sur le développement des capacités, ce qui limite l'adhésion	Les jeunes seniors cherchent de la nouveauté et du plaisir, pas de la gestion de risque médical.	Les horaires (souvent en journée ou le mercredi quand ils gardent leurs petits-enfants) et les thèmes sont mal calibrés pour ce public actif
Des leviers de mobilisation			



Axe d'analyse	Picault et al, 2024	Grand Lyon Métropole, 2021	Carsat Languedoc-Roussillon, 2020
Changer la sémantique	Utiliser le terme « Bien vivre » pour déstigmatiser l'approche	Les termes médicaux ou institutionnels font fuir les profils hédonistes qui privilégient une approche expérientielle	Préférer un vocabulaire positif (« dynamisme », « actif ») et éviter les messages anxiogènes sur les chutes ou la dépendance
Adapter les thématiques des interventions	Déplacer la prévention vers des thématiques transversales (qualité de vie, lien social, autonomie) plutôt que pathologiques	Miser sur la technologie et le plaisir : insister insiste sur la curiosité culturelle et l'aspect ludique.	Fort intérêt pour le numérique (tablettes, informatique), la sécurité (arnaques, route) et la gym douce ou dynamique, plutôt que les ateliers "mémoire" classiques
Choisir le bon moment	Proposer une prévention dès 40-45 ans pour une approche tout au long de la vie	La retraite comme un moment de bascule ("moment disruptif") idéal pour introduire de nouvelles habitudes avant que l'isolement ne s'installe	Capter le public cible via des réunions d'information au moment du départ en retraite
Quels engagements des participants	Nécessité de "co-construire" les actions avec les bénéficiaires pour susciter l'engagement (théorie de l'autodétermination)	Les jeunes retraités veulent être <i>acteurs</i> (animer un atelier, être bénévole) plutôt que simples consommateurs passifs.	Différencier l'offre en créant des niveaux d'ateliers pour challenger les plus jeunes

Mobiliser les jeunes seniors : les clés d'un engagement réussi

Les jeunes retraités (60-70 ans) constituent un public hétérogène qui ne se reconnaît pas dans l'image traditionnelle du "senior". Pour les mobiliser, il est crucial d'agir lors du passage à la retraite en proposant des formats valorisants et non stigmatisants.

COMPRENDRE LA PSYCHOLOGIE DES NOUVEAUX RETRAITÉS



La retraite est une période de reconstruction propice au changement.

Ce moment de rupture permet d'instaurer de nouvelles habitudes avant que les fragilités ne s'installent.



Le déni du vieillissement influence fortement la participation.

Les jeunes seniors rejettent les étiquettes comme "vieux" et se sentent souvent plus jeunes que leur âge réel.



Le lien social est le moteur principal de l'engagement.

La recherche de convivialité prime souvent sur l'aspect médical ou préventif de l'activité.

ADAPTER LA COMMUNICATION ET L'OFFRE D'ACTIVITÉS



Privilégier un vocabulaire dynamique et moderne.

Il faut éviter les termes prévention ou senior au profit de actif, projet ou bien-vivre.



Favoriser les formats pratiques et intergénérationnels.

Les ateliers numériques, la marche nordique ou les projets de co-construction sont plus attractifs.



Adapter la logistique aux rythmes de vie occupés.

Éviter les créneaux du mercredi (garde des petits-enfants) et privilégier la proximité géographique.

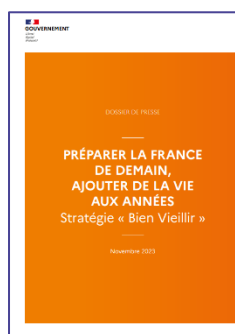
Comparatif des approches de communication

APPROCHE À ÉVITER ❌	APPROCHE À PRIVILÉGIER ✅
Termes cliniques (gériatrie, chute, dépendance)	Termes positifs (équilibre, autonomie, vitalité)
Publicité passive ou emails	Courriers personnalisés, sms et réseaux de confiance
Conférences théoriques	Ateliers de mise en pratique et moments de partage

NotebookLM



STRATÉGIES NATIONALES DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE



Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années. Stratégie « Bien vieillir ». Dossier de presse

Paris : Gouvernement, 2023, 36 p.

En ligne : <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-11/Strategie-bien-vieillir-novembre-2023.pdf>



Grand âge et autonomie. Vieillir en bonne santé. Une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie 2020-2022

Paris : Ministères des solidarités et de la santé, 2020, 20 p.

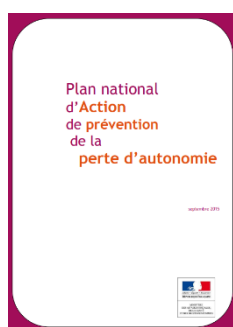
En ligne :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf

Le développement d'une approche populationnelle et la prévention précoce de la perte d'autonomie dès 40 ans sont des priorités de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et de la [stratégie nationale Vieillir en bonne santé 2020-2022](#).

Axes majeurs du programme :

- une mobilisation des milieux de vie pour accompagner les publics, en particulier les moins favorisés
- la surveillance de l'état de santé de la population dès la mi-vie avec la production et le développement d'indicateurs pour cette population permettant de suivre la santé dans toutes ses dimensions (physique, psychique et sociale). Les indicateurs surveillés par Santé publique France seront : les indicateurs liés au vieillissement (fragilité, multimorbidité) ainsi que des indicateurs de santé subjective (santé perçue, qualité de vie).



Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie

Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015, 204 p.

En ligne :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perde_dautonomie.pdf



Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, rédigé par le Dr Jean-Pierre Aquino pour Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat chargée de la Famille, de l'Enfance, des Personnes Âgées et de l'Autonomie, s'inscrit dans la dynamique portée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Il repose sur le développement d'une « prévention globale » entendue, comme la gestion active du « capital autonomie » de chaque personne, tout au long de la vie. Avec ce plan, les acteurs de terrain disposeront d'un cadre et d'objectifs : l'amélioration des grands déterminants de la santé et de l'autonomie, la prévention des pertes d'autonomie évitables, la formation des professionnels à la prévention de la perte d'autonomie ou encore le développement de la recherche et des stratégies d'évaluation.



DONNÉES CONTEXTUELLES : QUE SAIT-ON DE LA SANTÉ DES ADULTES À MI-VIE ?

●● FACTEURS DE RISQUE À MI-VIE ET VIEILLISSEMENT EN SANTÉ



Etat des lieux de la santé des Français de 40 à 64 ans [Page internet]

Saint-Maurice : Santé publique France, 2025

En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/adultes-et-avancee-en-age#block-488376>

Des études, s'appuyant sur des suivis de cohortes, sont en faveur d'un lien entre les facteurs de risque à mi-vie et la survenue d'évènements graves de santé tels que la démence, la perte d'autonomie ou un état de fragilité lors du vieillissement.

Quels sont les constats actuels ?

- *Un tiers des démences serait lié à des facteurs de risque modifiables, facteurs de risque communs aux pathologies cardio-neuro-métaboliques et à un grand nombre de cancers.*
- *L'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie et l'obésité à mi-vie sont associés à un risque augmenté de démence et de maladies cardio-vasculaires.*
- *Des associations entre certaines habitudes de vie favorables à la santé à mi-vie - activité physique, régime alimentaire sain, non-consommation de tabac, consommation modérée d'alcool - et vieillissement en santé sont également bien établies.*
- *La participation sociale, les activités de loisirs et la stimulation cognitive ont été associées positivement à un vieillissement en santé, mais ces résultats restent à confirmer.*
- *Des liens sont également établis entre certains facteurs psychosociaux (chômage ou non-emploi), environnementaux et état de santé dégradé.*



Vignollet Clarisse, Soleymani Dagmar, Hamel Emmanuelle, Henry Valérie, Serrano Barbara

Avancée en âge : comment agir pour la santé dès la mi-vie : document de plaidoyer auprès des collectivités territoriales, élus et acteurs des territoires

Saint-Maurice : Santé publique France, 2025, 8 p. (Synthèse – Etat des connaissances)

En ligne :

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/767115/4848003?version=1>



Ce document de plaidoyer s'adresse aux élus locaux et à l'ensemble des professionnels œuvrant pour et dans les collectivités territoriales. Ces dernières peuvent agir pour un vieillissement en bonne santé de la population de leurs territoires dès la mi-vie, c'est-à-dire entre 40 et 55 ans. Ses objectifs sont de soutenir la prise de conscience des collectivités territoriales de leur rôle clé auprès **des adultes à mi-vie** dans la prévention de la perte d'autonomie et des maladies chroniques qui commence bien avant le passage à la retraite ; d'aider à l'identification et à l'approche du public cible et de souligner l'apport des actions favorables à la prévention et promotion de la santé à mi-vie dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Le plaidoyer fait ressortir les points clés suivants : **Plusieurs études montrent que plus on adopte dès la mi-vie des comportements favorables à la santé, plus ils ont un effet bénéfique cumulatif sur le vieillissement ; L'état des lieux de la santé de la population entre 40 et 64 ans vivant en France pointe de nombreux indicateurs préoccupants : maladies chroniques, incapacités précoces.** Cette dégradation de l'état de santé est plus importante chez les personnes socio-économiquement défavorisées ; En 2023, en France, l'espérance de vie à la naissance est de 85,7 ans pour les femmes et 80,0 ans pour les hommes. Mais avant l'âge de 55 ans, la part des années de vie restantes en bonne santé diminue depuis 2006. Des travaux semblent en effet indiquer en France une progression des incapacités sévères chez les 50-64 ans. En 2050, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront un tiers de la population vivant en France. **Ces chiffres incitent à agir sur les déterminants de santé via une approche globale et multifactorielle dès la mi-vie, car des associations entre habitudes de vie favorables à la santé à mi-vie et vieillissement en bonne santé sont établies.** Plus on adopte dès la mi-vie des comportements favorables à la santé, plus il y a un effet bénéfique cumulatif sur le vieillissement ; Les collectivités territoriales contribuent de fait à un écosystème et des dynamiques de proximité favorables ou non à l'adoption de comportements protecteurs de la santé. En agissant sur les environnements et les conditions de vie de la population, elles peuvent favoriser une alimentation équilibrée, une activité physique régulière, des mobilités actives, un sommeil de qualité, l'accès aux professionnels de santé et à d'autres " facteurs protecteurs " de la santé ; Les collectivités peuvent se faire le relais des messages de prévention, promouvoir les dépistages et encourager le recours aux consultations préventives, notamment dans le cadre du nouveau dispositif "Mon bilan prévention". **S'adressant notamment aux adultes de 45 à 50 ans, ce bilan peut être un facilitateur dans l'adoption de comportements favorables à la santé.** Sans avance de frais pour l'assuré social, le dispositif constitue une opportunité d'approcher des populations habituellement éloignées du système de soins.



Soleymani D, Vignollet C

Élaboration d'un plaidoyer à destination des collectivités territoriales : promouvoir la santé des adultes à mi-vie

Santé publique 2025 ; 37(Hors-série 1) : 47-51

En ligne : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-HS1-page-47>

Introduction : **La promotion de la santé des adultes à mi-vie, dans une approche populationnelle et multifactorielle, était jusqu'à récemment peu couverte par les politiques publiques alors que les indicateurs de santé des adultes à mi-vie s'avèrent**

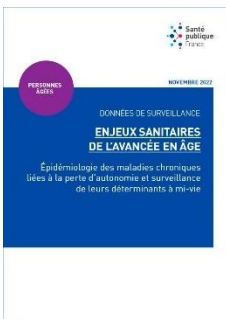


préoccupants et que cette période de la vie apparaît comme une opportunité pour initier les changements de comportements en amont de l'apparition des pathologies. Santé publique France, accompagnée par son comité d'orientation et de dialogue, décide dans ce contexte de réaliser un plaidoyer à destination des acteurs œuvrant dans et pour les territoires.

But de l'étude : Élaborer un support de « plaidoyer » avec des étapes de construction multipartite nécessaires à l'identification des représentations, des problématiques de santé perçues et du rôle que les acteurs ont dans les territoires, ainsi que des outils et stratégies de promotion de la santé déjà en place. Pour cela, Santé publique France a notamment réalisé une enquête qualitative auprès des acteurs territoriaux par le biais d'entretiens semi-directifs et mis en place des démarches de consultation de parties prenantes.

Résultats : La méthodologie retenue vise le transfert des données épidémiologiques, la promotion des actions clés issues de l'enquête qualitative ainsi que la présentation du rôle essentiel joué par les acteurs œuvrant dans et pour les territoires. Elle souligne la complexité de l'approche populationnelle des adultes à mi-vie dans un contexte de responsabilités situées à niveaux multiples, caractéristique des politiques en santé publique.

Discussion : Les résultats confirment la pertinence d'une démarche de plaidoyer afin d'inciter les acteurs des territoires à œuvrer en faveur de la santé des adultes à mi-vie, en particulier des personnes socio-économiquement défavorisées.



Arcaillon-Bentata Laure, Ha Catherine, Delmas Marie-Christine, De Maria Florence, Deschamps Valérie, Fosse-Edorh Sandrine, Olié Valérie, Verdout Charlotte, Escalon Hélène, Guignard Romain, Léon Christophe, Michon Agnès
Enjeux sanitaires de l'avancée en âge : épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie

Saint-Maurice : Santé publique France, 2022, 41 p. (Données de surveillance)

En ligne :

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/488804/3693208?version=1>

Face au vieillissement de la population, des politiques de prévention efficaces de la perte d'autonomie deviennent un enjeu prioritaire des années à venir. De nombreuses études au niveau international soulignent l'association entre l'adoption de comportements de santé favorables à mi-vie (40-64 ans) et le vieillissement en santé. Des consensus d'experts plaident pour la mise en place d'actions de prévention plus précoces dès 40 ans, que ce soit pour prévenir les démences ou pour retarder l'apparition des maladies chroniques entraînant une perte d'autonomie à l'âge avancé. Dans ce contexte, Santé publique France a fait le choix de mettre en place un nouveau programme intitulé "Avancer en âge en santé" dans lequel la surveillance des pathologies et des déterminants de santé intégrera les différentes dimensions de la santé (physique, psychique et fonctionnelle) et qui privilégiera l'action de prévention-promotion de la santé à mi-vie. Dans ce rapport, après un rappel des enjeux sanitaires liés à l'avancée en âge (augmentation du fardeau des maladies chroniques), nous faisons un point

épidémiologique sur les différentes pathologies chroniques liées à la perte d'autonomie au cours du vieillissement, que nous complétons par une description des principaux facteurs de risque de ces pathologies, déjà fréquents dès la mi-vie. Si la dynamique temporelle des différentes pathologies décrites dans ce rapport (maladies cardiovasculaire, diabète, maladies respiratoires chroniques, démences...) sont hétérogènes, le vieillissement de la population contribuera en soi à une augmentation de la prévalence de toutes ces pathologies. L'état des lieux de la santé de la population française entre 40 et 64 ans pointe quant à lui de nombreux indicateurs préoccupants, liés à la survenue d'incapacités à un âge plus avancé. Ceci est particulièrement marqué chez les personnes d'un plus faible niveau socioéconomique. **Les résultats des études d'observation montrent l'effet bénéfique de l'accumulation de comportements de santé protecteur sur le vieillissement - et la situation française dans ce domaine - quant à la prévalence des facteurs de risque modifiables.** Ils incitent fortement à la mise en place d'actions globales de prévention multi-déterminants dès la mi-vie, actions qui doivent pour certaines se poursuivre tout au long de la vie.

Chiffres clés de la tranche d'âge 40-54 ans

- 25% des Français de 45-54 ans sont hypertendus, 50% non diagnostiqués avec une dégradation de la prise en charge de l'hypertension artérielle en particulier chez les femmes.
- 28% des femmes et 45% des hommes de 45-54 ans présentent une hypercholestérolémie LDL avec une dégradation de la prise en charge médicamenteuse de l'hypercholestérolémie et une diminution de son dépistage depuis plus de 15 ans.
- 10% des Français de 40-54 ans sont pré-diabétiques.
- +21% de femmes en surpoids âgées de 40 à 54 ans depuis ces 15 dernières années.
- Forte augmentation des taux d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO depuis 2000 chez les 45-54 ans : +1,5 % par an en moyenne chez les hommes, +7,4 % par an en moyenne chez les femmes.
- 25% des femmes et 30% des hommes de 45-54 ans fument du tabac quotidiennement avec une un nombre de cas en augmentation chez les femmes de cette classe d'âge depuis les années 2000.
- 20% des 45-54 ans dépassent les repères de consommation d'alcool.
- 50% des femmes et 30% des hommes de 40-54 ans présentent un faible niveau d'activité physique.
- 15,6% des femmes de 35-44 ans présentent un état dépressif caractérisé ; ce taux est en augmentation depuis 2010.





Gil-Salcedo A, Dugravot A, Fayosse A, Dumurgier J, Bouillon K, Schnitzler A, Kivimäki M, Singh-Manoux A, Sabia S

Healthy behaviors at age 50 years and frailty at older ages in a 20-year follow-up of the UK Whitehall II cohort: A longitudinal study

PLoS Med 2020 ; 17(7) : e1003147

doi: 10.1371/journal.pmed.1003147

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC32628661/>

Contexte : La fragilité est associée à un risque accru de diverses affections, d'invalidité et de décès. Les comportements favorables à la santé sont considérés comme une cible potentielle pour la prévention de la fragilité, mais les données des études précédentes reposent sur des populations âgées et des suivis de courte durée, ce qui rend les résultats susceptibles d'être biaisés par une causalité inverse. Nous avons examiné les associations entre les comportements favorables à la santé à l'âge de 50 ans, pris individuellement et combinés, ainsi que l'évolution sur 10 ans du nombre de comportements favorables au milieu de la vie, et le risque futur de fragilité.

Méthodes et résultats : Dans cette étude de cohorte prospective portant sur 6 357 participants (29,2 % de femmes ; 91,7 % de personnes blanches) issus de la cohorte britannique Whitehall II, les comportements favorables à la santé (absence de tabagisme, consommation modérée d'alcool, au moins 2,5 heures par semaine d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse et consommation de fruits ou légumes au moins deux fois par jour) ont été mesurés à l'âge de 50 ans. L'évolution de ces comportements a été suivie entre 1985 (âge moyen : 44,4 ans) et 1997 (âge moyen : 54,8 ans). Le phénotype de fragilité de Fried a été évalué lors d'examens cliniques en 2002, 2007, 2012 et 2015. Les participants ont été considérés comme fragiles s'ils présentaient au moins trois des critères suivants : vitesse de marche réduite, faible force de préhension, perte de poids, épuisement et faible activité physique. Un modèle de mortalité par maladie, prenant en compte à la fois le risque concurrent de décès et la censure par intervalle, a été utilisé pour examiner l'association entre les comportements sains et le risque de fragilité. Au cours d'un suivi moyen de 20,4 ans (écart type : 5,9), 445 participants ont développé une fragilité. Chaque comportement sain à l'âge de 50 ans était associé à un risque plus faible de fragilité incidente : rapport de risque (RR) après ajustement pour d'autres comportements de santé et caractéristiques de base de 0,56 (intervalle de confiance [IC] à 95 % 0,44-0,71 ; $p < 0,001$) chez les non-fumeurs, de 0,73 (IC à 95 % 0,61-0,88 ; $p < 0,001$) pour une consommation modérée d'alcool, de 0,66 (IC à 95 % 0,54-0,81 ; $p < 0,001$) pour $\geq 2,5$ heures d'activité physique par semaine et de 0,76 (IC à 95 % 0,59-0,98 ; $p = 0,03$) pour la consommation de fruits ou de légumes au moins deux fois par jour. Un plus grand nombre de comportements sains était associé à un risque réduit de fragilité, le HR pour chaque comportement sain supplémentaire étant de 0,69 (IC à 95 % 0,62-0,76 ; $p < 0,001$) et le HR pour avoir tous les comportements sains par rapport à aucun à l'âge de 50 ans étant de 0,28 (IC à 95 % 0,15-0,52 ; $p < 0,001$). Parmi les participants n'ayant adopté aucun comportement sain ou un seul en 1985, ceux qui ont augmenté le nombre de leurs comportements sains en 1997 présentaient un risque de fragilité plus faible (suivi moyen = 16 ans) que ceux n'ayant pas adopté de tels comportements : le rapport de risque (RR) était de 0,64 (IC à 95 % : 0,44-0,94 ; $p = 0,02$) pour l'adoption de deux comportements sains et de 0,57 (IC à 95 % : 0,38-0,87 ; $p < 0,001$) pour l'adoption de trois ou quatre comportements sains en 1997. La principale

limite de cette étude réside dans un possible biais de sélection lors du suivi, dû à des données manquantes sur les composantes de la fragilité.

Conclusions : Nos résultats suggèrent que l'adoption de comportements sains à 50 ans, ainsi que l'amélioration de ces comportements au milieu de la vie, sont associées à un risque moindre de fragilité plus tard dans la vie. Leurs bienfaits s'accumulent, de sorte que le risque de fragilité diminue avec l'augmentation du nombre de comportements sains adoptés. Ces résultats indiquent que les comportements sains au milieu de la vie constituent une cible pertinente pour la prévention de la fragilité.

●● PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ CHEZ LES 40-55 ANS



Promouvoir à la mi-vie des comportements et environnements favorables à la santé : programme et actions de Santé publique France [page internet]

Saint-Maurice : Santé publique France, 2025

En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/adultes-et-avancee-en-age#block-488376>

Le programme « Avancée en âge en santé » de Santé publique France a pour objectif de proposer une approche combinée, proposant d'agir sur plusieurs déterminants pour un effet synergique positif sur la santé. Ce nouveau programme complète les autres programmes thématiques de l'Agence.

Afin d'impulser une synergie entre une approche individuelle de changement de comportement et le développement d'environnements plus favorables à la santé, le programme « Avancée en âge en santé » s'appuie sur un dispositif de marketing social en direction du grand public et des professionnels de santé et une mobilisation des milieux de vie pour accompagner les publics, en particulier les moins favorisés.

Ce nouveau dispositif de prévention permet aux adultes, en particulier à mi-vie, d'appréhender les questions de santé qui les concernent de façon globale, en partant de la diversité de leurs situations et leurs milieux de vie. Une étude qualitative [Etude qualitative pour mieux comprendre les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements des adultes âgés entre 40 et 55 ans en France, réalisée en 2020, à partir de 58 entretiens individuels et 7 réunions de groupe de 8 à 10 personnes.] réalisée par Santé publique France a montré qu'être confronté aux premiers soucis de santé et à des événements de vie marquants (séparation, départs des enfants, reconversion professionnelle...) incite les 40-55 ans à s'interroger sur leur mode de vie.

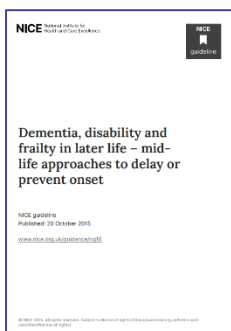
Des études, s'appuyant sur des suivis de cohortes, sont en faveur d'un lien entre les facteurs de risque à mi-vie et la survenue d'événements graves de santé tels que la démence, la perte d'autonomie ou un état de fragilité lors du vieillissement.

Constats actuels :

- Un tiers des démences serait lié à des facteurs de risque modifiables, facteurs de risque communs aux pathologies cardio-neuro-métaboliques et à un grand nombre de cancers.



- *L'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie et l'obésité à mi-vie sont associés à un risque augmenté de démence et de maladies cardio-vasculaires.*
- *Des associations entre certaines habitudes de vie favorables à la santé à mi-vie - activité physique, régime alimentaire sain, non-consommation de tabac, consommation modérée d'alcool - et vieillissement en santé sont également bien établies.*
- *La participation sociale, les activités de loisirs et la stimulation cognitive ont été associées positivement à un vieillissement en santé, mais ces résultats restent à confirmer.*
- *Des liens sont également établis entre certains facteurs psychosociaux (chômage ou non-emploi), environnementaux et état de santé dégradé.*



Dementia, disability and frailty in later life – mid-life approaches to delay or prevent onset

Londres : National institute for health and care excellence, 2015, 53 p.

En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng16/resources/dementia-disability-and-frailty-in-later-life-midlife-approaches-to-delay-or-prevent-onset-pdf-1837274790085>

Ce document présente les directives officielles de NICE pour réduire les risques de démence, d'invalidité et de fragilité chez les adultes âgés de 40 à 64 ans. Les recommandations mettent l'accent sur la modification des comportements en milieu de vie, notamment par l'arrêt du tabac, la pratique d'une activité physique régulière et le maintien d'une alimentation saine. Le texte souligne que l'adoption d'un mode de vie équilibré peut prolonger l'indépendance et retarder l'apparition de maladies chroniques non transmissibles. Ces consignes s'adressent principalement aux professionnels de santé, aux autorités locales et aux décideurs politiques afin d'intégrer la prévention dans les services publics. Enfin, le guide explore les liens entre les facteurs de risque modifiables et la résilience cognitive pour favoriser un vieillissement en bonne santé.



Lifestyle-related factors in late midlife as predictors of frailty from late middle into old age: a longitudinal birth cohort study

Age Ageing 2024 ; 53(4) : afae066

doi: 10.1093/ageing/afae066

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC38557664/>

Contexte : Peu d'études ont examiné les changements longitudinaux des facteurs liés au mode de vie et à la fragilité.

Méthodes : Nous avons examiné l'association entre les facteurs individuels liés au mode de vie (exercice, alimentation, sommeil, alcool, tabagisme et composition corporelle), leur somme au départ, leur évolution au cours des 17 années de suivi et le taux de variation des valeurs de l'indice de fragilité à l'aide de modèles mixtes linéaires dans une cohorte de 2 000 participants âgés de 57 à 69 ans au départ.

Résultats : Un nombre plus élevé de facteurs liés à un mode de vie sain au départ était associé à une moindre fragilité, mais pas à son évolution entre la fin de la quarantaine et le grand âge. Les participants ayant cessé de pratiquer une activité physique régulière (β ajusté \times Temps = 0,19, IC à 95 % = 0,10-0,27) et ceux ayant commencé à éprouver des troubles du sommeil (β ajusté \times Temps = 0,20, IC à 95 % = 0,10-0,31) ont présenté une augmentation plus rapide de leur fragilité entre la fin de la quarantaine et le grand âge. À l'inverse, ceux dont le sommeil s'est amélioré (β ajusté \times Temps = -0,10, IC à 95 % = -0,23--0,01) ont montré une augmentation plus lente de leur fragilité à partir de la fin de la quarantaine. Les participants qui abandonnent les facteurs liés au mode de vie (diminution de 3 facteurs ou plus par rapport à l'absence de changement) deviennent plus fragiles plus rapidement de la fin du milieu de la vie jusqu'à la vieillesse (β ajusté \times Temps = 0,16, IC à 95 % = 0,01, 0,30).

*Conclusions : Des différences de fragilité liées au mode de vie étaient déjà manifestes en fin de quarantaine et persistaient jusqu'à un âge avancé. L'adoption d'un seul nouveau facteur de santé lié au mode de vie a eu un faible impact sur la progression de la fragilité, qui augmentait légèrement moins rapidement. **Le maintien d'une activité physique régulière et de bonnes habitudes de sommeil pourrait contribuer à prévenir une progression plus rapide de la fragilité.***



Prévention et promotion de la santé chez les 40-55 ans : quels enjeux pour la pratique ?

Hamel Emmanuelle, Soleymani Dagmar, Michon Agnès, Rusch Emmanuel

La santé en action 2023 ; 463 : 44 p

En ligne :

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/627331/4289924?version=1>

La mi-vie, c'est-à-dire 40-55 ans, est une période charnière pour faire de la prévention et promouvoir la santé de la population. Charnière mais peu exploitée car pas identifiée comme un tournant dans le maintien en santé. Les autres âges de la vie sont bien mieux balisés : petite enfance, adolescence, jeunes adultes, puis plus tard, avancée en âge, personnes âgées. Ce numéro spécial présente un état des connaissances scientifiques sur les déterminants et l'état de santé des 40-55 ans. Puis il explore ce qui peut être mis en œuvre au profit de la santé des quadras et quinquas, ces " invisibles " des schémas de prévention et de santé publique. Sont passés en revue plusieurs programmes et dispositifs innovants qui s'attachent à améliorer la santé des personnes de cette tranche d'âge. Une trentaine de scientifiques et de professionnels de terrain ont apporté leur contribution à ce numéro spécial. Ce qui frappe dans ce constat est le creusement des inégalités sociales de santé : à mi-vie déjà, selon leur condition de vie l'écart est considérable entre les personnes ayant bénéficié de conditions favorables et a contrario celles dont le parcours a été beaucoup plus rude et la santé est déjà dégradée.



Trajectories of physical and mental functioning over 25 years before onset of frailty: results from the Whitehall II cohort study

Landré B, Ben Hassen C, Kivimaki M, Bloomberg M, Dugravot A, Schnitzler A, Sabia S, Singh-Manoux A

Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle 2023 ; 14 : 288-297

doi: 10.1002/jcsm.13129

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC36397170/>

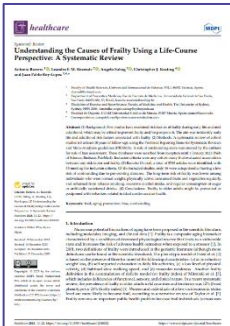
Contexte : Les recherches sur la fragilité, facteur majeur d'hétérogénéité de la santé, portent principalement sur les personnes âgées, alors que les processus conduisant à la fragilité débutent probablement plus tôt dans la vie. À partir de données répétées sur une période de 25 ans, nous avons examiné les changements des fonctions physiques et mentales avant l'apparition de la fragilité, définie selon le phénotype de fragilité de Fried (FFP).

Méthodes : Le fonctionnement a été évalué à l'aide du questionnaire de santé général SF-36 (Short-Form 36) à neuf reprises entre 1991 (personnes âgées de 40 à 63 ans) et 2015 (personnes âgées de 63 à 85 ans). Le score FFP le plus faible parmi les quatre obtenus en 2002, 2007, 2012 et 2015 a permis de classer les participants comme fragiles, pré-fragiles ou robustes. Nous avons utilisé des modèles linéaires mixtes avec une échelle de temps rétrospective, le temps 0 correspondant à la date de classification de la fragilité pour les participants fragiles et pré-fragiles, et à la fin du suivi pour les participants robustes. Des analyses ajustées en fonction des facteurs sociodémographiques, des comportements de santé, de l'indice de masse corporelle et de la multimorbidité ont été utilisées pour comparer les scores synthétiques des composantes physique (PCS) et mentale (MCS) du SF-36 sur une période de 25 ans avant le temps 0, en fonction de la classification FFP. Les estimations ont été extraites aux temps 0, -5, -10, -15, -20 et -25 ans. Nous avons également utilisé des modèles de mortalité-maladie pour examiner l'association prospective entre les scores synthétiques des composantes du SF-36 à l'âge de 50 ans et l'incidence de la fragilité définie par la classification FFP.

Résultats : Parmi les 7 044 participants de l'étude de cohorte Whitehall II inclus dans l'analyse [29 % de femmes, âge moyen de 49,7 ans (écart-type = 6,0) à l'inclusion en 1991], 2 055 (29 %) sont restés robustes, tandis que 4 476 (64 %) sont devenus pré-fragiles et 513 (7 %) fragiles au cours du suivi. Les participants fragiles, comparativement aux participants robustes, présentaient des scores SF-36 plus faibles à t = -25, avant l'apparition de la fragilité, avec une différence de 3,4 [intervalle de confiance (IC) à 95 % : 1,6 ; 5,1] pour le PCS et de 1,8 (-0,2 ; 3,8) pour le MCS. À t = 0, ces différences étaient respectivement de 11,5 (10,5 ; 12,5) et de 9,1 (8,0 ; 10,2). Les différences de score SF-36 entre les groupes robustes et pré-fragiles, bien que plus faibles [à t = 0, 1,7 (1,2 ; 2,2) pour le PCS et 4,0 (3,4 ; 4,5) pour le MCS], étaient déjà observées respectivement 20 et 25 ans avant l'apparition de la pré-fragilité. Des analyses prospectives ont montré qu'à 50 ans, les scores des quartiles inférieurs du PCS [risque relatif (RR) par rapport au quartile supérieur = 2,39, IC à 95 % : 1,85 ; 3,07] et du MCS [RR = 1,49 (1,15 ; 1,93)] étaient associés à un risque accru de fragilité, définie par le FFP, à un âge plus avancé.

Conclusions : Des différences dans l'évolution des fonctions physiques et mentales chez les personnes ayant développé une fragilité physique à un âge avancé étaient observables 25 ans avant l'apparition de la fragilité définie par les critères de la fragilité

physique. Ces résultats soulignent la nécessité d'une approche globale tout au long de la vie dans les efforts de prévention de la fragilité.



Understanding the Causes of Frailty Using a Life-Course Perspective: A Systematic Review

Barrera A, Rezende LFM, Sabag A, Keating CJ, Rey-Lopez JP
Healthcare (Basel) 2023 ; 12(1) : 22.

doi: 10.3390/healthcare12010022.

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC38200928/>

Contexte : Peu d'études ont examiné les facteurs de risque de fragilité au cours de la petite enfance et de l'âge adulte moyen, pourtant essentiels pour prévenir ou retarder la fragilité. L'objectif était d'identifier les facteurs de risque associés à la fragilité au cours de ces périodes. (2) Méthodes : Une revue systématique d'études de cohorte (avec un suivi d'au moins 10 ans) a été réalisée selon les recommandations PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Un score de risque de confusion a été élaboré par les auteurs pour évaluer le risque de biais. Trois bases de données ont été consultées depuis leur création jusqu'au 1er janvier 2023 (Web of Science, Embase et PubMed). Les critères d'inclusion étaient les suivants : toute étude de cohorte évaluant les associations entre un facteur de risque quelconque et la fragilité. (3) Résultats : Au total, 5 765 articles ont été identifiés, dont 33 répondaient aux critères d'inclusion. Parmi ces derniers, seules 16 présentaient un faible risque de confusion lié à des maladies préexistantes. Le risque de fragilité à long terme était plus faible chez les personnes de poids normal, physiquement actives, consommant régulièrement des fruits et légumes et s'abstenant de fumer, de consommer de l'alcool en excès et de consommer régulièrement des boissons sucrées ou édulcorées artificiellement. (4) Conclusions : La fragilité chez les personnes âgées pourrait être prévenue ou retardée par des comportements favorisant une santé cardiovasculaire optimale.



Weber Dominik

Promotion de la santé pour et avec les personnes âgées : résultats scientifiques et recommandations pour la pratique

Berne : Promotion Santé Suisse, 2022, 126 p.

En ligne : [https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-12/Rapport_010_PSCH_2022-11 -](https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-12/Rapport_010_PSCH_2022-11_-_Promotion_de_la_sante_pour_et_avec_les_personnes_agees.pdf)

[_Promotion de la sante pour et avec les personnes agees.pdf](https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-12/Rapport_010_PSCH_2022-11_-_Promotion_de_la_sante_pour_et_avec_les_personnes_agees.pdf)

Ce rapport démontre l'importance de s'engager en faveur de la santé des personnes âgées. En s'appuyant sur des connaissances scientifiques, il montre pourquoi les thèmes de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique sont des piliers importants pour la santé à un âge avancé et très avancé. Il est structuré en 9 chapitres : 1) la description du groupe cible des personnes âgées ; 2) les principes généraux et les méthodes pour promouvoir la santé chez les personnes âgées ; 3) les bénéfices de la promotion de la santé ; 4) l'égalité des chances en matière de santé ; 5) le potentiel du numérique dans la promotion de la santé chez les personnes âgées ; 6) la promotion de



l'activité physique ; 7) la promotion d'une alimentation équilibrée ; 8) la promotion de la santé psychique ; 9) les interactions entre l'alimentation, l'activité physique et la santé psychique. Les auteurs proposent en outre différentes recommandations ainsi que des interventions et approches qui ont fait leurs preuves.



Carcaillon-Bentata L., Soullier N., Beltzer N., Coste J

Alteration in self-perceived health status of those aged 55 to 65 between 2010 and 2017 in France: impact of socioeconomic determinants

BMC Public Health 2021 ; 21(1) : 1-11

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/34620145/>

Contexte : *Alors que l'espérance de vie augmente, il est nécessaire d'évaluer si ces années supplémentaires sont vécues en bonne santé, notamment afin d'adapter l'offre de soins et les mesures sociales disponibles pour accompagner ces personnes. Depuis les années 1990, une amélioration de la santé perçue et des capacités fonctionnelles a été observée chez les personnes âgées. Cependant, ces évolutions semblent beaucoup moins favorables chez la population en âge de travailler et, en particulier, chez les personnes approchant l'âge de la retraite. L'objectif de cette étude était d'examiner l'évolution de l'état de santé perçue des 55-65 ans en France et d'étudier le rôle des facteurs socio-économiques dans cette évolution.*

Méthodes : *La santé auto-déclarée, les maladies chroniques et les limitations d'activité ont été évaluées en 2010 et en 2017 dans le cadre du Baromètre de la santé français, une enquête téléphonique menée auprès de plus de 25 000 personnes vivant en communauté. La prévalence de ces trois indicateurs en 2017 et leur évolution entre 2010 et 2017 ont été étudiées en fonction des principaux déterminants socio-économiques.*

Résultats : *Entre 2010 et 2017, la proportion de personnes âgées de 55 à 65 ans déclarant une mauvaise santé perçue, une affection chronique ou une limitation d'activité a fortement augmenté. Cette détérioration des trois indicateurs était beaucoup plus marquée chez les 55-65 ans que chez les groupes d'âge plus avancés, et variait selon les déterminants socio-économiques. La catégorie des travailleurs ayant un niveau d'éducation moyen a été particulièrement touchée par cette détérioration.*



Bosnes I, Morten Nordahl H, Stordal E, Bosnes O, Myklebust TA, Almkvist O

Lifestyle predictors of successful aging: A 20-year prospective HUNT study

PLoS One 2019 ; 14(7) : e0219200

doi: 10.1371/journal.pone.0219200. eCollection 2019.

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/31295289/>

Contexte : *Les facteurs liés au mode de vie qui prédisent un vieillissement réussi, considérés comme un concept unifié ou comme des composantes distinctes de ce vieillissement, sont importants pour comprendre le vieillissement en bonne santé, les interventions et les mesures de prévention. L'objectif principal était d'étudier l'effet des*



facteurs prédictifs du vieillissement à la quarantaine sur le vieillissement réussi 20 ans plus tard.

Matériel et méthodes : Les données proviennent d'une enquête de santé populationnelle, l'étude de santé du Nord-Trøndelag (HUNT), avec un suivi moyen de 22,6 ans. Les personnes incluses dans l'étude (n = 4 497 ; âge moyen à l'inclusion : 52,7 ans, intervalle : 45-59 ans) étaient exemptes de maladies graves au début de l'étude (1984-1986) et disposaient de données complètes pour les composantes du vieillissement réussi dans l'étude HUNT3 (2006-2008). Le vieillissement réussi a été défini soit comme une catégorie unique, soit comme trois composantes : absence de neuf maladies spécifiques et de dépression, absence de déficience physique ou cognitive et participation active à la vie sociale. Les facteurs prédictifs du vieillissement réussi en milieu de vie (tabagisme, activité physique, consommation d'alcool, obésité et soutien social) ont été analysés séparément et combinés en un indice de style de vie, en contrôlant les variables sociodémographiques, par analyse de régression multivariée.

Résultats : Le vieillissement réussi, considéré comme un concept unifié, était lié à tous les facteurs liés au mode de vie dans les analyses non ajustées, et à tous, à l'exception de la consommation d'alcool, dans les analyses ajustées. Les composantes individuelles du vieillissement réussi étaient différemment associées aux facteurs liés au mode de vie ; l'engagement dans la vie sociale y était moins fortement associé. **Ne pas fumer et bénéficier d'un bon soutien social étaient les prédicteurs les plus puissants du vieillissement réussi, considéré comme un concept unifié. Lorsque les facteurs liés au mode de vie étaient regroupés en un indice de style de vie, une tendance se dégagait : un mode de vie plus positif était associé à une probabilité accrue de vieillissement réussi.**

Conclusions : Les facteurs liés au mode de vie permettent de prédire une mesure globale de l'anxiété sociale, ainsi que ses composantes individuelles, plus de 20 ans plus tard. Les facteurs de risque modifiables à la quarantaine, comme le soutien social, peuvent servir de base à des interventions visant à promouvoir la santé globale et certains aspects de la santé chez les personnes âgées.

Atallah N, Adjibade M, Lelong H, Herberg S, Galan P, Assmann KE, Kesse-Guyot A

How Healthy Lifestyle Factors at Midlife Relate to Healthy Aging

Nutrients 2018 ; 10(7) : 854

doi: 10.3390/nu10070854.

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC29966372/>

Face à l'allongement de l'espérance de vie à l'échelle mondiale, identifier les facteurs influençant la qualité du vieillissement constitue un enjeu majeur de santé publique.

Notre étude visait à examiner le rôle individuel et combiné des facteurs liés au mode de vie à la quarantaine et au milieu de la vie sur le vieillissement en bonne santé. Nous avons analysé les données de 2 203 participants de la cohorte française « Supplémentation en Vitamines et Minéraux Antioxydants » (SU.VI.MAX), âgés de 45 à 60 ans au début de l'étude (1994-1995), et évalué l'impact combiné des facteurs liés au mode de vie (poids, tabagisme, activité physique, consommation d'alcool et alimentation) sur le vieillissement en bonne santé (absence de maladies chroniques et de douleurs invalidantes, bon fonctionnement physique et cognitif, autonomie fonctionnelle, absence



de symptômes dépressifs et bonne santé perçue et sociale) à l'aide d'un indice de mode de vie sain (IMVS) à cinq composantes. Les risques relatifs (RR) et leurs intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été estimés par une régression de Poisson à variance d'erreur robuste. Environ 39 % de notre échantillon ont vieilli en bonne santé. Après ajustement pour les facteurs de confusion potentiels, une augmentation d'un point de l'indice de qualité de vie (IQV) était associée à une probabilité accrue de 11 % de vieillissement en bonne santé (IC à 95 % = 6 %, 16 % ; $p < 0,001$). Les proportions de vieillissement en bonne santé attribuables à des facteurs spécifiques, selon le concept de « risque attribuable à la population », étaient de 7,6 %, 6,0 %, 7,8 % et 16,5 % pour l'indice de masse corporelle (IMC), l'activité physique, la qualité de l'alimentation et le tabagisme, respectivement. Cette étude souligne l'importance d'adopter de saines habitudes de vie à la quarantaine pour favoriser une bonne santé générale au cours du vieillissement.

Conclusions : Cette étude confirme que la génération approchant l'âge de la retraite présente une détérioration de l'état de santé plus marquée que les générations précédentes. La question de l'impact de ces tendances sur le fardeau de la dépendance à un âge avancé reste ouverte et devrait inciter à un renforcement du suivi et de la prévention au sein de cette population dans les années à venir.



Duplaga M, Grysztar M, Rodzinka M, Kopec AA

Scoping review of health promotion and disease prevention interventions addressed to people elderly

BMC Health Serv Res 2016 ; 16 (Suppl 5) : 278

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC27608609/>

Contexte : Le vieillissement des sociétés modernes reste l'un des plus grands défis pour les systèmes de santé et les systèmes sociaux. Pour relever ce défi, nous avons besoin de stratégies efficaces garantissant une vie active et saine aux personnes âgées. La promotion de la santé et les activités connexes sont considérées comme une intervention clé, susceptible d'améliorer le bien-être des personnes âgées.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier et de classer ces interventions destinées aux personnes âgées. C'est pourquoi nous avons appliqué une stratégie basée sur l'analyse exploratoire, outil pratique pour explorer ce domaine, résumer les résultats de la recherche et identifier les lacunes en matière de preuves.

Méthodes : L'analyse exploratoire s'appuie sur l'analyse d'études antérieures portant sur des interventions destinées aux personnes âgées (55-64 ans) et aux personnes très âgées (65 ans et plus), dont l'efficacité a été évaluée dans le cadre d'une revue systématique et/ou d'une méta-analyse. La stratégie de recherche était basée sur l'identification des interventions rapportées comme étant de la promotion de la santé, de la prévention primaire des maladies, du dépistage ou du soutien social. L'analyse a inclus les revues publiées entre janvier 2000 et avril 2015.

Résultats : La stratégie de recherche a permis d'identifier 334 revues systématiques et/ou méta-analyses consacrées aux groupes cibles d'intérêt, dont 182 évaluaient des interventions relevant de la promotion de la santé, 219 de la prévention primaire, 34 du dépistage et 35 du soutien social. **Les études axées sur les personnes âgées (65 ans et**

plus) représentaient 40,4 % de toutes les revues récupérées et celles portant sur la population âgée de 55 ans et plus représentaient 24,0 %.

Conclusions : Les interventions axées sur le maintien et l'amélioration de la santé chez les personnes âgées et les seniors combinent souvent des actions de promotion de la santé et de prévention des maladies. De nombreuses interventions de ce type ne s'adressent pas exclusivement aux personnes âgées et/ou aux seniors, mais sont conçues pour la population générale. Les types d'interventions les plus courants destinés aux personnes âgées et aux seniors dans le domaine de la promotion de la santé comprennent l'éducation à la santé, la modification des comportements et la communication sur la santé.

Cette étude propose un examen de la portée de la littérature scientifique afin de répertorier et de classer les interventions de promotion de la santé destinées aux personnes âgées. En analysant plus de 300 revues systématiques, les auteurs soulignent que les stratégies les plus courantes combinent souvent la prévention primaire des maladies avec des actions éducatives visant à modifier les comportements de santé. Le texte met en lumière la difficulté conceptuelle à séparer ces deux domaines dans la pratique, tout en notant une augmentation constante des recherches sur l'efficacité de ces programmes face au défi du vieillissement démographique. L'objectif final est d'identifier les lacunes dans les données probantes pour mieux orienter les politiques de santé publique vers un vieillissement actif et productif.

Baumann S, Toft U, Aadahl M, Jorgensen T, Pisinger C

The long-term effect of screening and lifestyle counseling on changes in physical activity and diet: the Inter99 Study – a randomized controlled trial

Int J Behav Nutr Phys Act 2015 ; 12 : 33

doi: [10.1186/s12966-015-0195-3](https://doi.org/10.1186/s12966-015-0195-3)

En ligne :

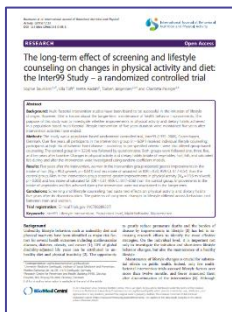
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4352560/pdf/12966_2015_Article_195.pdf

Arrière-plan

Des études d'intervention multifactorielles ont démontré leur efficacité pour initier des changements de mode de vie. Cependant, on ignore encore beaucoup de choses sur le maintien à long terme de ces améliorations. Cette étude visait à déterminer si les améliorations de l'activité physique et des habitudes alimentaires obtenues grâce à une intervention multifactorielle sur le mode de vie menée auprès d'une population pendant cinq ans se maintenaient cinq ans après la fin de l'intervention.

Méthodes

L'étude Inter99 (1999-2006), menée à Copenhague (Danemark) était un essai contrôlé randomisé en population générale. Pendant cinq ans, tous les participants du groupe d'intervention (n = 6 091) ont bénéficié de conseils individuels sur leur mode de vie ; ceux présentant un risque élevé de cardiopathie ischémique, selon des critères prédéfinis, se sont également vu proposer des séances de groupe. Le groupe témoin (n = 3 324) a été



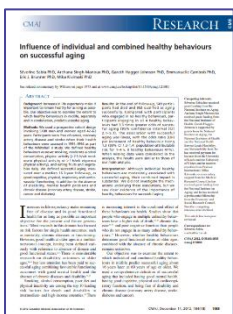
suivi par questionnaires. Les deux groupes ont été suivis un, trois, cinq et dix ans après l'inclusion. Les modifications de l'activité physique et des habitudes alimentaires (consommation de légumes, de fruits, de poisson et de graisses saturées) pendant et après l'intervention ont été analysées à l'aide de modèles à coefficients aléatoires.

Résultats

Cinq ans après l'intervention, les femmes du groupe d'intervention ont rapporté une augmentation plus importante de leur consommation de fruits ($M_{\Delta} = 90,2$ g/semaine, $p = 0,041$) et une diminution de leur consommation de graisses saturées (OR = 0,30, IC à 95 % : 0,17–0,54) par rapport au groupe témoin. Les hommes du groupe d'intervention ont rapporté une augmentation plus importante de leur activité physique ($M_{\Delta} = 19,6$ min/semaine, $p = 0,003$) et une diminution de leur consommation de graisses saturées (OR = 0,31, IC à 95 % : 0,17–0,56) par rapport au groupe témoin. Les améliorations de la consommation de légumes et de poisson observées pendant l'intervention ne se sont pas maintenues à long terme.

Conclusions

Le dépistage et les conseils en matière d'hygiène de vie ont eu des effets durables sur l'activité physique et les habitudes alimentaires cinq ans après leur arrêt. Les changements à long terme observés dans les habitudes de vie différaient selon les comportements et entre les hommes et les femmes.



Sabia S, Singh-Manoux A, Hagger-Johnson G, Cambois E, Brunner EJ, Kivimaki M **Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging**

CMAJ 2012 ; 184(18) : 1985-92

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3519184/pdf/1841985.pdf>

Contexte : L'allongement de l'espérance de vie souligne l'importance de rester en bonne santé le plus longtemps possible. Notre objectif était d'examiner dans quelle mesure les comportements sains à la quarantaine et à la cinquantaine, pris individuellement et combinés, prédisent un vieillissement réussi.

Méthodes : Nous avons utilisé une étude de cohorte prospective incluant 5 100 hommes et femmes âgés de 42 à 63 ans. Les participants étaient exempts de cancer, de maladie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral (AVC) lors de l'évaluation de leurs comportements de santé entre 1991 et 1994, dans le cadre de l'étude Whitehall II. Nous avons défini les comportements de santé comme l'absence de tabagisme, une consommation modérée d'alcool, une activité physique régulière ($\geq 2,5$ h/semaine d'activité physique modérée ou ≥ 1 h/semaine d'activité physique intense) et la consommation quotidienne de fruits et légumes. Le vieillissement réussi, mesuré sur une période de suivi médiane de 16,3 ans, a été défini par de bonnes fonctions cognitives, physiques, respiratoires et cardiovasculaires, ainsi que par l'absence d'invalidité, de troubles de santé mentale et de maladies chroniques (maladie coronarienne, AVC, cancer et diabète).

Résultats : À la fin du suivi, 549 participants étaient décédés et 953 ont été considérés comme ayant bien vieilli. Comparativement aux participants n'ayant adopté aucun comportement sain, ceux ayant adopté les 4 comportements sains avaient 3,3 fois plus de chances de bien vieillir (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 2,1-5,1). L'association avec

un vieillissement réussi était linéaire, avec un odds ratio (OR) de 1,3 par comportement sain supplémentaire (IC à 95 % : 1,2-1,4 ; risque attribuable à la population pour 1 à 4 comportements sains par rapport à 0 : 47 %). L'analyse des données manquantes a donné des résultats similaires à ceux de l'analyse principale.

Interprétation : Bien que les comportements sains adoptés individuellement soient modérément associés à un vieillissement réussi, leur impact combiné est considérable.



Miller AM, Iris M

Health promotion attitudes and strategies in older adults

Health Educ Behav 2002 ; 29(2) : 249-67

doi: 10.1177/109019810202900209

Cette étude visait à décrire les attitudes et les croyances des personnes âgées concernant le bien-être, les soins personnels et la participation à des activités de promotion de la santé. Six groupes de discussion ont été menés auprès de 45 hommes et femmes âgés de 62 à 91 ans. Le modèle White Crane de vie saine pour les personnes âgées a été élaboré à partir des thèmes abordés lors de ces groupes. Être en bonne santé englobe de multiples composantes, notamment l'autonomie fonctionnelle, les soins personnels et la gestion de la maladie, une attitude positive, ainsi que le développement personnel et la contribution sociale. La santé est déterminée par l'auto-évaluation dans le contexte d'une maladie chronique ou d'un handicap et de l'environnement social et/ou physique. Des stratégies pour maintenir la santé et la motivation à adopter des comportements sains ont été identifiées. La socialisation et le soutien social sont essentiels à la participation aux programmes, et l'engagement interpersonnel est particulièrement important. La flexibilité dans le choix et la structure des programmes contribue au sentiment de contrôle des aînés sur leur santé. Les programmes devraient être stimulants et adaptés aux besoins et aux attentes des personnes âgées.



●● IMPACT ÉCONOMIQUE DES INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ



The economic benefit of promoting health ageing and community care

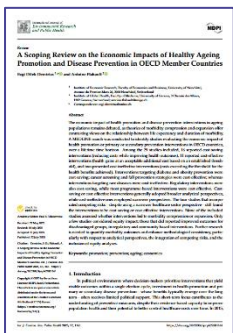
Paris : OCDE, 2025, 217 p.

En ligne :

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/10/the-economic-benefit-of-promoting-healthy-ageing-and-community-care_7f0491f3/0f7bc62b-en.pdf

Ce rapport examine comment un renforcement des interventions préventives et de la réadaptation contribue à promouvoir un vieillissement en bonne santé. Il souligne que le développement de soins de santé plus proches des personnes et une prise en charge plus intégrée constituent des interventions rentables pour les personnes âgées. Des logements adaptés et des services de soins à domicile suffisamment abordables sont également nécessaires pour permettre aux personnes âgées de bien vieillir chez elles. Cependant, pour certaines personnes âgées, l'isolement social exige le développement de solutions communautaires innovantes, telles que l'expansion des services d'accueil de jour et la création de logements collectifs avec services.

*Il est essentiel de mettre davantage l'accent sur la **prévention, la réadaptation et l'identification des personnes âgées à risque de détérioration de leur santé** afin de promouvoir un vieillissement en bonne santé. Si une intervention précoce auprès des jeunes est cruciale pour une vie saine tout au long de l'âge, la prévention et l'amélioration des habitudes de vie chez les personnes âgées peuvent également se traduire par des gains de santé significatifs. Les campagnes d'éducation à la santé permettent aux individus d'acquérir les compétences nécessaires pour faire des choix sains. L'activité physique est essentielle au vieillissement en bonne santé, mais comme l'adhésion reste difficile, les programmes d'exercices en groupe offrent l'avantage de l'améliorer tout en contribuant à lutter contre l'isolement. L'identification précoce des personnes est essentielle pour permettre des interventions précoces et ciblées. Un nombre important de pays (16), tels que l'Australie, le Danemark, le Mexique, la Norvège et la Suisse, ont mis en place des programmes de visites à domicile dédiés qui ont démontré leur efficacité pour réduire les hospitalisations et retarder l'entrée en établissement de soins de longue durée. Un dépistage plus spécifique de pathologies telles que la déshydratation, la prise de médicaments inappropriés et le risque de chutes semble bénéfique, comme cela a été réalisé en Finlande, en Hongrie, aux Pays-Bas, au Portugal et en Suède. Enfin, la réadaptation telle qu'elle est proposée en Australie, au Danemark, au Japon, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis aide les personnes à maintenir ou à recouvrer leurs fonctions, avec certaines preuves qu'elle est rentable et liée à une réduction du recours aux services de soins à domicile au Danemark.*



Demirtas Ezgi Dilek, Flahault Antoine

A Scoping Review on the Economic Impacts of Healthy Ageing Promotion and Disease Prevention in OECD Member Countries

Int J Environ Res Public Health 2025 ; 22(8) : 1161

Doi : 10.3390/ijerph22081161

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/40869748/>

L'impact économique des interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies chez les populations vieillissantes reste un sujet de débat, les théories de la compression et de l'expansion de la morbidité offrant des perspectives contrastées sur la relation entre l'espérance de vie et la durée de la morbidité. Une recherche dans MEDLINE a été menée afin d'identifier les études évaluant l'impact économique des interventions de promotion de la santé ou de prévention primaire ou secondaire dans les pays de l'OCDE, sur un horizon temporel d'une vie entière. Parmi les 29 études incluses, 16 ont rapporté des interventions permettant de réaliser des économies (réduction des coûts tout en améliorant les résultats de santé), 11 des interventions rentables (gains de santé pour un coût supplémentaire acceptable, basé sur un seuil établi) et deux des interventions non rentables (coûts dépassant le seuil des bénéfices de santé obtenus). Les interventions ciblant la prévention du diabète et de l'obésité ont permis de réaliser des économies ; les stratégies de dépistage du cancer et de prévention des chutes étaient rentables ; tandis que les interventions ciblant les maladies rares étaient non rentables. Les interventions réglementaires ont également permis de réaliser des économies, tandis que la plupart des interventions basées sur des programmes étaient rentables. Les interventions permettant de réaliser des économies ou rentables ont généralement adopté des perspectives analytiques plus larges, tandis que celles non rentables ont employé des perspectives plus restreintes. Les quatre études ayant intégré les risques concurrents – malgré une perspective plus restreinte du secteur de la santé – ont néanmoins conclu à la rentabilité des interventions. Aucune des études incluses n'a évalué si les interventions entraînaient une compression ou une augmentation de la morbidité. Seules quelques études ont examiné l'impact sur l'équité ; celles qui l'ont fait ont rapporté des améliorations pour les groupes défavorisés, tant dans le cadre d'interventions réglementaires que communautaires. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour quantifier les résultats en matière de morbidité et renforcer la cohérence méthodologique, notamment en ce qui concerne les perspectives analytiques, l'intégration des risques concurrents et l'inclusion d'analyses d'équité.

Cette étude fournit plusieurs éléments concrets suggérant qu'il est intéressant, d'un point de vue économique et sanitaire, de mobiliser un public senior plus jeune (ou en transition vers la catégorie senior, souvent dès 50 ou 60 ans).

Principaux arguments :

1. Efficacité économique accrue par rapport aux plus âgés L'étude met en avant que pour certaines interventions, cibler les seniors les plus jeunes permet de rendre les programmes rentables (« cost-effective »), là où ils ne le seraient pas si l'on ne visait que les personnes très âgées.

• **Prévention des chutes** : Une étude menée au Royaume-Uni sur la prévention des chutes chez les plus de 60 ans a montré que l'intervention était rentable globalement. Cependant, l'étude note spécifiquement que l'intervention était « inefficace (cost-



ineffective) parmi les groupes d'âge les plus élevés », mais que les « cohortes plus jeunes pouvaient subventionner leurs pairs plus âgés ».

2. Rentabilité des interventions précoces (50-65 ans) Plusieurs interventions jugées « cost-saving » (économisant de l'argent) ou « cost-effective » ciblent spécifiquement la tranche d'âge entrant dans la catégorie senior, avant l'apparition de complications lourdes.

→ **Vaccination** : La vaccination contre le pneumocoque a été évaluée chez les personnes de 50 et 65 ans. Elle s'est révélée être une stratégie dominante (améliorant la santé tout en réduisant les coûts) pour certaines cohortes à cet âge.

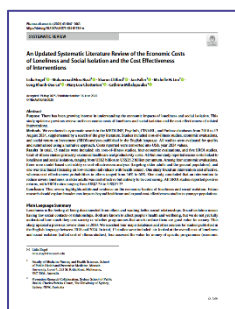
→ **Dépistage de l'ostéoporose** : Le dépistage est mentionné comme étant économique (« cost-saving ») dès l'âge de 50 ans pour les sujets présentant des facteurs de risque.

→ **Dépistage des cancers** : Le dépistage du cancer du poumon est jugé rentable pour les adultes de 55 à 80 ans.

→ **Maladies cardiovasculaires** : Le dépistage de l'hypercholestérolémie familiale s'est révélé être la stratégie la plus rentable lorsqu'il ciblait des patients plus jeunes (hommes de moins de 55 ans et femmes de moins de 65 ans). De même, les thérapies par statines sont rentables pour les 40-70 ans présentant un risque élevé.

3. La logique de l'investissement en amont La revue souligne l'importance des stratégies de promotion et de prévention qui justifient un « investissement en amont » (« upstream investment »).

• Bien que l'étude note qu'aucune recherche incluse n'a formellement prouvé la théorie de la « compression de la morbidité » (retarder l'apparition du handicap pour raccourcir la période de maladie en fin de vie), elle s'appuie sur cette logique : en augmentant l'espérance de vie sans incapacité grâce à des interventions précoces, on peut espérer contrôler les coûts de santé.



An Updated Systematic Literature Review of the Economic Costs of Loneliness and Social Isolation and the Cost Effectiveness of Interventions

Engel L, Rizal MF, Clifford S, Faller J, Lim MH, Le LK, et al
Pharmacoconomics 2025 ; 43(9) : 1047-1063

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/pmid/40524124/>

OBJECTIF : L'intérêt pour la compréhension des impacts économiques de la solitude et de l'isolement social s'est accru. Cette étude actualise une revue antérieure portant sur les coûts économiques de la solitude et de l'isolement social ainsi que sur le rapport coût-efficacité des interventions associées.

MÉTHODES : Nous avons mené une recherche systématique dans les bases de données MEDLINE, PsycInfo, CINAHL et Embase, couvrant la période de 2018 au 13 août 2024, complétée par une recherche dans la littérature grise. Les études incluses étaient des études sur le coût de la maladie, des évaluations économiques et des analyses du retour social sur investissement (RSI) publiées en anglais. La qualité de toutes les études a été évaluée et elles ont été synthétisées selon une approche narrative. Les coûts rapportés ont été convertis en dollars américains (valeur de 2024).

RÉSULTATS : Au total, 15 études ont été incluses : six études sur le coût de la maladie, quatre évaluations économiques et cinq études SROI. Les études sur le coût de la maladie

ont principalement examiné les coûts des soins de santé et de la productivité. Toutes les études, sauf une, ont fait état de surcoûts liés à la solitude et à l'isolement social, allant de 2 milliards à 25,2 milliards de dollars américains par an. Parmi les quatre évaluations économiques, trois étaient des analyses coût-utilité ou coût-efficacité basées sur des modèles (ciblant les personnes âgées et la population générale), et une était basée sur un essai clinique (portant sur des personnes à faible revenu présentant des problèmes de santé). Une étude a conclu à la rentabilité d'une intervention, tandis que les probabilités de rentabilité dans les autres variaient de 54 % à 68 %. Une étude a conclu qu'une intervention visant à réduire la solitude sévère chez les personnes âgées était rentable, mais peu susceptible de générer des économies. Toutes les études SROI ont fait état de retours positifs, avec des ratios SROI allant de 2,28 à 13,72 dollars américains.

CONCLUSION : Cette revue met en lumière des données supplémentaires concernant le fardeau économique de la solitude et de l'isolement social. Les recherches futures devraient explorer des impacts économiques plus larges, au-delà du secteur de la santé, et étendre les études de coût-efficacité aux populations plus jeunes.



Ghaha I, Pitchforth E, Lepetit L, Miani C, Ali GC, Meads C

The effectiveness of community-based social innovations for healthy ageing in middle- and high-income countries: a systematic review

J Health Serv Res Policy 2020 ; 25(3) : 202-210

doi: 10.1177/1355819619888244

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/32252559/>

Objectifs : Les innovations sociales communautaires (ISC) constituent un type d'intervention susceptible de répondre aux besoins complexes des populations vieillissantes à l'échelle mondiale. Cette recherche visait à évaluer l'efficacité et le rapport coût-efficacité des ISC mises en œuvre dans ce contexte.

Méthodes : Nous avons mené une revue systématique des interventions comportementales et comportementales (ICCC) pour le vieillissement en bonne santé dans les pays à revenu intermédiaire et élevé, incluant toute ICCC visant à responsabiliser les personnes de 50 ans et plus en les incitant à prendre des initiatives pour leur santé et leur bien-être. Le protocole a été enregistré auprès de Prospero (CRD 42016051622). Une recherche exhaustive a été menée dans 15 bases de données académiques et une recherche avancée sur Google. Nous avons inclus les études publiées à partir de 2000, quelle que soit la langue. Une méta-analyse exploratoire a été réalisée pour les études quantitatives rapportant des résultats similaires, et les études qualitatives ont été analysées par analyse thématique. Une synthèse narrative a ensuite été effectuée. Les recherches ont généré 13 262 résultats uniques, parmi lesquels 44 articles répondaient aux critères d'inclusion.

Résultats : La plupart des études ont rapporté des effets positifs des interventions sur les participants, comme une réduction de la dépression, bien que la majorité d'entre elles présentent un risque de biais moyen ou élevé. Aucune donnée n'a été trouvée concernant les coûts ou le rapport coût-efficacité, et très peu de résultats ont été rapportés au niveau organisationnel ou systémique. Les interventions comportementales systémiques ont le



potentiel d'avoir des effets positifs, mais comme près de la moitié des études proviennent de contextes urbains à revenus élevés (notamment du Royaume-Uni et des États-Unis), la généralisation de ces résultats est limitée.

Conclusions : Nos recherches soulignent la nécessité d'améliorer la description des interventions cognitives complexes en tant qu'interventions complexes, et d'améliorer la conceptualisation de ces interventions afin d'éclairer la recherche et la pratique.

REPRÉSENTATIONS DE LA VIEILLESSE ET DU BIEN-VIEILLIR

●● EN POPULATION GÉNÉRALE



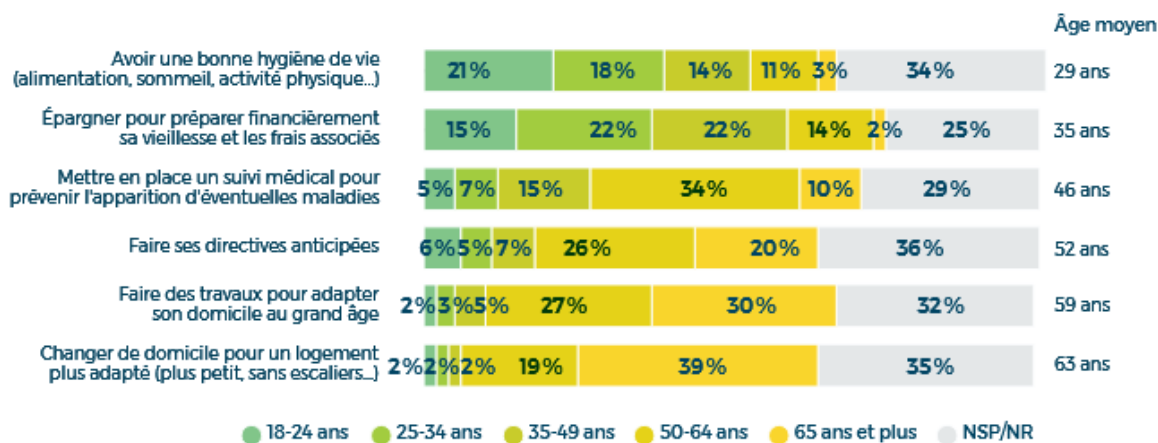
Le rapport des Français au vieillissement – Etude OpinionWay pour Clariane

Paris : Clariane, 2026, 12 p.

En ligne : https://sfgg.org/media/2026/01/brochure_rapport-francais-vieillessement_2026-01.pdf

Le vieillissement démographique transforme en profondeur nos sociétés et interroge nos représentations, nos modes de vie et nos systèmes de santé. Comment les Français perçoivent-ils cette étape de la vie ? Quels sont leurs espoirs, leurs craintes et leurs stratégies pour bien vieillir ? Les résultats révèlent une approche proactive : anticiper, préserver son autonomie, adopter des habitudes favorables à la santé. Ils montrent aussi des inquiétudes persistantes autour de la dépendance, des conditions de vie et du rôle des proches.

Pour chacune des actions suivantes, à partir de quel âge est-il important selon vous de la démarrer ou la mettre en place ?



Quatre profils identifiés



Les optimistes

Ils envisagent le vieillissement avec confiance, ont déjà mis en place des actions et voient les innovations comme des leviers.

Ce sont les plus autonomes et les plus optimistes.

C'est une population plus masculine et un peu plus jeune (27 % de moins de 35 ans) que la moyenne du panel, au sein de foyers composés de deux personnes et plus et incluant des enfants de moins de 18 ans. Cette population est aussi davantage composée d'aïdants (57 %).



Les inquiets entourés

Très préoccupés par leur vieillissement, ils considèrent qu'ils seront entourés au moment de leur vieillesse.

Ils restent vigilants et prêts à agir pour préserver leur santé.

Ils ont un positionnement prudent face aux innovations.

Traits significatifs de cette population : elle est plus féminine que la moyenne du panel (56 %, vs 52 %).

2530

PERSONNES
INTERROGÉES



Les inquiets isolés

Ils craignent fortement de vieillir mais n'ont pas engagé de démarches concrètes.

Ils perçoivent la société comme peu bienveillante envers les personnes âgées et se montrent réservés vis-à-vis des technologies liées au vieillissement.

Cette population est davantage féminine (57 %, vs 52 % au global), avec une part prépondérante des 50-64 ans (30 %).



Les fatalistes

Ils voient le vieillissement sous un angle négatif, et sont peu préparés.

Ils se montrent largement réfractaires aux innovations et adoptent une attitude de désengagement face aux démarches de prévention ou de préparation à leur vieillesse.

Cette population compte davantage d'indépendants (6 %, vs 3 % au global) et de chômeurs (10 %, vs 5 %), et qui souvent n'ont pas d'enfant de moins de 18 ans.



Conseil de l'âge

Éléments de guidance pour un lexique renouvelé de l'âge et des personnes âgées. Réflexions du Conseil de l'âge pour un vocabulaire inclusif et adapté

Paris : HCFEA, 2025, 8 p.

En ligne : <https://hcfea.gouv.fr/sites/hcfea/files/2025-10/HCFEA%20-%20Lexique%20de%20l%27%C3%A2ge%20VF.pdf>

Le Conseil de l'Âge a engagé, dans le prolongement de ses travaux de 2019, une réflexion visant à moderniser et affiner le vocabulaire relatif à l'âge et aux personnes âgées, afin de proposer un lexique de l'âge clair et respectueux. Qui ne masque ni les hauts ni les bas de l'avancée en âge, et permette à chacun, quel que soit son âge, de s'y reconnaître. Un avis synthétisant les réflexions du Conseil de l'Âge a été établi à partir de ses travaux en ateliers et des discussions de ses membres en séance plénière. Il offre une analyse d'ensemble sur la manière dont le langage peut ou non soutenir la dignité, la diversité et la reconnaissance des parcours de vie à tous les âges. En conclusion de ses réflexions, le Conseil propose des éléments de guidance permettant de déployer une démarche inclusive et adaptée dans l'usage du vocabulaire. Il diffuse un guide pratique d'une page, conçu que chacun puisse s'y référer et contribuer par le choix des mots justement adaptés à chaque situation.

Voir aussi :

- [> Éléments de guidance pour un lexique renouvelé](#)
- [> Guide pratique - poster - à afficher](#)
- [> En complément - la restitution des ateliers](#)



Les leviers d'une meilleure efficacité de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie. Extrait du rapport « Pour un redressement durable de la sécurité sociale, Partie III, chapitre 4 » remis au Premier ministre le 2 juillet 2025 suite à saisine du HCaam, du HCFEA et du HCFIPS

Paris : HCFEA, 2025, 47 p.

En ligne : <https://hcfea.gouv.fr/sites/hcfea/files/files-spip/pdf/extrait conseil de l age - rapport redressement des comptes sociaux 2025 vf.pdf>

Dans le cadre de sa contribution au rapport « Pour un redressement durable de la sécurité sociale », le Conseil de l'âge du HCFEA a notamment porté le chapitre 4 sur les politiques de l'âge au sein de la partie III. Les propositions du Conseil de l'âge sont centrées sur deux objectifs : prévenir la perte d'autonomie comme priorité de la sécurité sociale et adapter effectivement la société au vieillissement.





Conseil de l'âge

La participation et la contribution économique, sociale et environnementale des seniors : revisiter et renouveler les regards sur l'âge et les seniors

Paris : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2025, 78 p.

En ligne : <https://hcfca.gouv.fr/sites/hcfca/files/2025-10/RAPPORT%201%20Participation%20sociale%20VF%20-%202017%20sept.pdf>

À l'issue d'un cycle de travaux et de publications, le Conseil de l'âge a adopté des propositions pouvant inspirer ou intégrer un plan de lutte contre l'âgisme, qu'il appelle de ses vœux. Le Conseil présente dix mesures structurées en quatre axes, visant à mieux connaître les réalités du vieillissement, nuancer les représentations sociales qui lui sont associées, favoriser l'engagement des seniors et préparer les institutions à une société de la longévité. En intégrant la question de l'âgisme dans les politiques publiques nationales et territoriales, et dans un contexte de risque de « fracture » générationnelle, le Conseil de l'âge propose des mesures pouvant contribuer à une société plus fraternelle entre les âges, et mieux préparée à entrer dans la transition démographique.

Voir aussi :

- > [Les propositions pour un plan de lutte contre l'âgisme](#)
- > [Le lexique renouvelé de l'âge et des personnes âgées](#)
- > [L'infographie du rapport participation](#)
- > [Les résultats baromètre âgisme](#)



Les Français et l'âgisme

Paris : HCFEA, Harris interactive, 2024, 25 p.

En ligne : <https://hcfca.gouv.fr/vieillissement-de-la-population-personnes-agees-une-france-agiste-malgre-elle>

En période récente, lors de la crise de la Covid 19 puis de la discussion de la réforme des retraites de 2023, des tensions intergénérationnelles ont surgi. Les observateurs les ont moins interprétées comme porteuse du risque d'une « guerre » que d'une « scission » des générations.

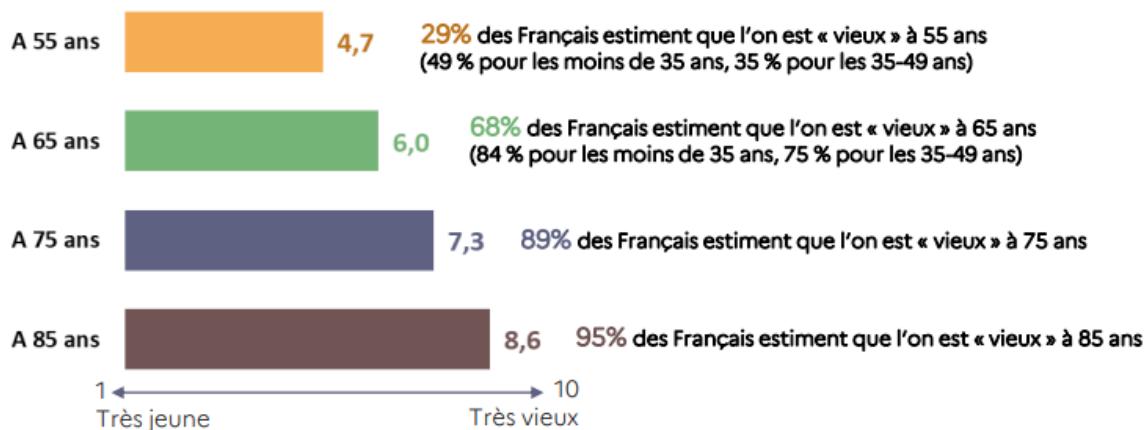
Dans ce contexte, et dans le cadre de ses missions, le Conseil de l'âge du HCFEA a souhaité lancer une enquête sur la perception de la vieillesse, du vieillissement de la population, des personnes âgées et de l'âgisme en France. Réalisée par Harris Interactive en juin 2024 auprès d'un échantillon représentatif de la population française, elle vient combler le manque d'un baromètre global sur ces questions.



Voir la note de présentation des résultats de l'enquête :

Estimez-vous qu'on est plutôt jeune ou plutôt vieux à chacun des âges suivants aujourd'hui en France ?
– Echelle de 1 à 10, 1 représentant l'idée qu'on est « très jeune » à cet âge, 10 qu'on est « très vieux » à cet âge, les réponses intermédiaires vous permettant de nuancer votre jugement

- À tous, en moyenne et en pourcentage -



<https://hcfea.gouv.fr/sites/hcfea/files/2025-10/Infographie%20enqu%C3%AAte%20C3%A2qisme%20VF.pdf>



Sahiol Salma, Maltais Mathieu, Gagné Dominique

Représentations des personnes vieillissantes et du vieillissement dans les médias écrits d'information

Québec : INSPQ, 2024, 59 p.

En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3565-personnes-veillissantes-veillissement-medias-ecrits-information.pdf>

Les représentations véhiculées dans les médias écrits d'information peuvent influencer la conception du vieillissement, les croyances et les perceptions de la population ainsi que la manière dont sont traitées au quotidien les personnes vieillissantes. Les stéréotypes et les préjugés âgistes concernant les personnes vieillissantes peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé et le bien-être des personnes ainsi que sur la société dans son ensemble. Des études se sont intéressées à la représentation des personnes vieillissantes dans les médias écrits d'information et plusieurs organisations ont émis, dans les dernières années, des recommandations quant à la manière dont les personnes vieillissantes et le vieillissement devraient être représentés.

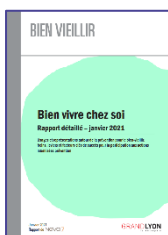
Il ressort de cela que :

- Les organisations reconnues dans les domaines de la santé publique, du vieillissement ou du journalisme (p. ex. Organisation mondiale de la Santé, Centre for Ageing Better, The Associated Press) recommandent l'adoption d'un langage non stigmatisant et qui évite les stéréotypes liés à l'âge. Une représentation réaliste et positive de la diversité de la population vieillissante et des contextes sociaux dans lesquels elle évolue est aussi recommandée. Enfin, les discours qui présentent le vieillissement démographique



comme étant catastrophique et qui favorisent l'entretien de conflits intergénérationnels sont des pratiques à éviter selon ces organisations.

- Certaines pratiques médiatiques identifiées dans les études sont conformes aux recommandations émises par les organisations, en présentant par exemple **des portraits nuancés ou neutres des personnes vieillissantes et du vieillissement**. Il demeure que d'autres pratiques médiatiques répandues peuvent contribuer à perpétuer, souvent involontairement, des stéréotypes et des préjugés âgistes.
- Les personnes vieillissantes sont représentées dans les médias écrits d'information comme un groupe homogène. Ainsi, la diversité des parcours et des conditions de vie n'y est pas ou peu représentée.
- L'intersection de l'âgisme avec d'autres formes de discrimination, comme celle basée sur le genre, se retrouve dans certains discours médiatiques et peut exacerber les impacts négatifs sur la santé et le bien-être des personnes vieillissantes.
- Le vieillissement démographique est parfois décrit comme une catastrophe sociétale ou une fatalité dans les médias écrits d'information, ce qui peut contribuer à alimenter des préjugés envers les personnes vieillissantes.
- Certains discours médiatiques, comme ceux qui mettent en opposition des générations, peuvent contribuer à creuser un fossé et à alimenter des conflits intergénérationnels.



Bien vivre chez soi. Usages et représentations autour de la prévention pour le bien-vieillir, reins, leviers et facteurs clés de succès pour la participation aux actions labellisées prévention

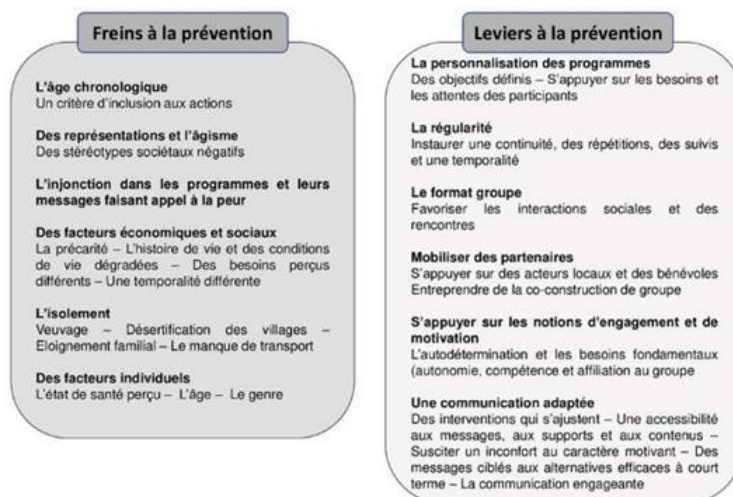
Lyon : Grand Lyon Métropole, 2021, 60 p.

En ligne : <https://bienvivrechezsoi.grandlyon.com/app/uploads/2023/02/Etude-Nova-7.pdf>

Voir aussi la synthèse :

<https://bienvivrechezsoi.grandlyon.com/app/uploads/2023/02/Synthese-etude-Bien-Vivre-Chez-Soi.pdf>

Figure 2 – Freins et leviers à la prévention au bien-vieillir



Rendre le comportement attractif.
aider les seniors à percevoir des gains (symboliques, matériel, etc.) aux actions de prévention et/ou rendre ludiques, conviviales les actions, les faire correspondre aux attentes du public.
Ex : cafés intergénérationnels, actions de lien social ou activation d'un sentiment d'utilité qui manquent aux personnes à la retraite

Apporter l'information / Augmenter le niveau de conscience par la connaissance, l'humour, l'affect, en jouant sur le cadrage du message, etc.
Ex : campagnes de com, ateliers de sensibilisation, conférences, séminaires, etc.

Jouer sur les normes sociales
utiliser les comportements des pairs et leur visibilité pour développer / ancrer une norme. Jouer sur la norme sociale implique de prendre en compte que la présence réelle, implicite ou imaginaire d'autrui nous conditionne dans nos comportements : comparaison sociale, normalisation, activation d'une émulation de groupe, etc.
Ex : ateliers en petits groupes, partage de bonnes pratiques, feedbacks, etc.

Démontrer l'impact d'un comportement et sa faisabilité
en augmentant le sentiment de contrôle et d'auto-efficacité par des retours d'information, de la planification, des objectifs simples et partageables, le modèle de pairs ayant adopté le même comportement, la mise en avant d'alternatives à un comportement existant, etc.
Ex : ateliers ciblés, défis, modèles identificatoires, bilans et suivis, etc.



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

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

Les leviers,

positionnés sur le schéma de la théorie du comportement planifié

- 1 Les actions intergénérationnelles et non labellisées
- 2 Une activité déclic
- 3 Percevoir une utilité – les bénéfices médicaux
- 4 Percevoir une utilité – les aspects ludiques et conviviaux
- 5 L'information (et l'informatique)

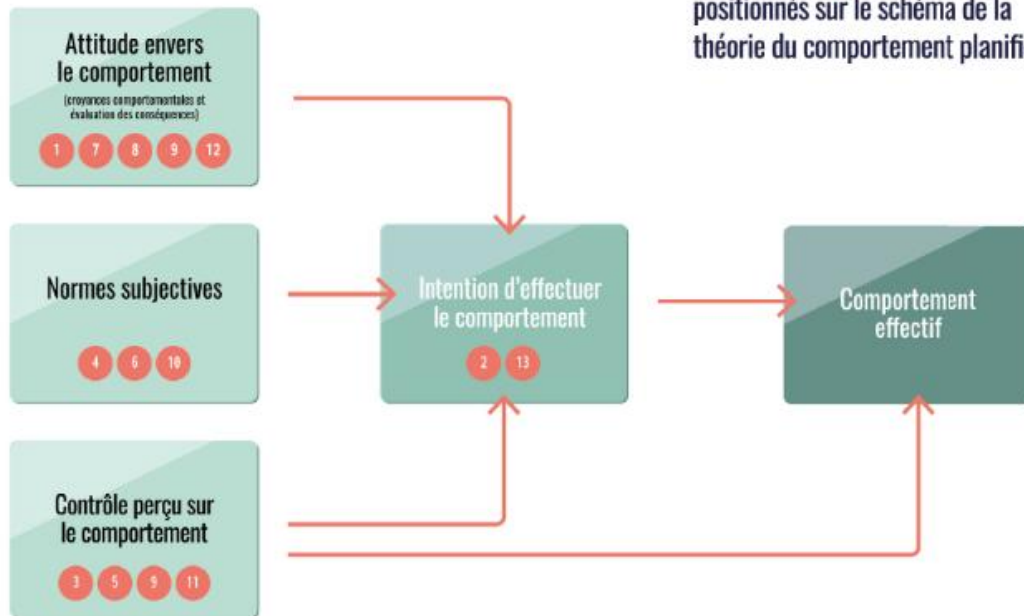
- 6 L'influence de l'entourage
- 7 les aspects logistiques (horaires, proximité)
- 8 Avoir accès à un test, à une initiation
- 9 La confiance en la source et/ou la personne qui anime/intervient
- 10 Le collectif / le groupe comme motivation et maintien de la motivation

- 11 L'intégration du comportement dans un rythme familial
- 12 Impliquer les seniors dans un rôle actif
- 13 Les stratégies personnelles



Les freins,

positionnés sur le schéma de la théorie du comportement planifié



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



Klein A, Sandron F

Réception et mise en pratique des messages de prévention bien- vieillir chez les personnes âgées de plus de 60 ans à la Réunion

NPG Neurologie 2019 ; 19(109), 39-43.

Doi : 10.1016/j.npg.2018.07.00

En ligne :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1627483018301193>

La prévention est aujourd'hui au cœur des politiques publiques du vieillissement. Cet article propose d'analyser l'acceptabilité d'ateliers de prévention mis en place à l'île de la Réunion. **L'objectif est de comprendre comment les personnes âgées se positionnent face**



à ces ateliers, face aux messages de prévention qu'ils véhiculent et comment elles les intègrent dans leurs pratiques de tous les jours. La satisfaction des participants concernant le programme de prévention est notamment liée à l'aspect humain, au plaisir de rencontrer d'autres personnes et de partager un moment.



Croyances, intentions et obstacles chez les aînés québécois pour améliorer leur santé

Blanchet Carole, Hamel Denis

Québec : INSPQ, 2016, 22 p.

En ligne :

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2145_croyances_intentions_obstacles_aines.pdf

Comprendre les facteurs qui permettent de vieillir en santé revêt une grande importance dans le contexte des sociétés vieillissantes telles que la nôtre. Les mesures préventives axées sur les habitudes de vie constituent des stratégies de choix pour éviter, retarder ou réduire les maladies chroniques. Or, des obstacles ou des résistances peuvent survenir lorsqu'on tente de modifier des habitudes ancrées depuis longtemps.

Cette étude décrit les croyances, les intentions de même que les obstacles vécus par les aînés québécois pour améliorer leurs habitudes de vie. Elle se base sur les données de l'enquête Vieillesse en santé conduite par Statistique Canada en 2008-2009.

Ces connaissances pourront guider les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques auprès des aînés du Québec.

S'impliquer pour améliorer sa santé : près de 4 aînés sur 10 y croient

Quatre Québécois sur dix âgés de 65 ans et plus croient que quelque chose doit être fait pour améliorer leur santé. La proportion diminue à 30 % chez les aînés de 75 ans et plus. Parmi ceux qui croient qu'il y a quelque chose à faire, l'activité physique est le comportement le plus souvent déclaré et elle est suivie par la perte de poids.

L'intention d'améliorer ses habitudes de vie est toujours présente chez les aînés

Il est intéressant de constater que près du tiers des aînés québécois ont l'intention de modifier positivement leurs comportements pour améliorer leur santé même si la proportion tend à diminuer avec l'âge. Parmi les intentions déclarées, celle de faire davantage d'activité physique revient une fois de plus en première place.

Un peu plus du tiers des aînés était déjà passé de l'intention à l'action

Un peu plus du tiers des aînés québécois avaient fait des modifications pour améliorer leur santé au cours de l'année précédant l'enquête. Cette proportion est similaire chez les hommes et les femmes mais diminue significativement chez les Québécois de 75 ans et plus. L'activité physique est le comportement qui a été le plus souvent modifié, suivie par les habitudes alimentaires.

Des résultats variables selon la situation socioéconomique des aînés

Une plus grande proportion d'aînés vivant dans des ménages plus scolarisés, avec un conjoint ou dans la région métropolitaine avait modifié favorablement leurs habitudes de vie dans l'année précédant l'enquête.

Par ailleurs, les aînés vivant dans un ménage peu scolarisé ou à plus faible revenu sont moins nombreux à avoir l'intention d'améliorer leur santé, tout comme ceux vivant dans une petite ville ou en milieu rural.

Croyances et intentions : liens avec le cumul de facteurs favorables à la santé

Les aînés québécois cumulant 3 facteurs favorables à la santé ou moins sont plus nombreux à penser qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé et à avoir l'intention d'adopter de saines habitudes de vie que ceux qui cumulent plus de facteurs favorables.

Croyances et comportements modifiés : liens avec le cumul de problèmes de santé chroniques

Les aînés ayant 3 problèmes de santé chroniques ou plus sont proportionnellement plus nombreux à penser qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé et aussi à avoir modifié leurs comportements au cours de l'année précédente, comparativement à ceux qui n'ont pas de tels problèmes de santé.

Obstacles pour améliorer sa santé

Près de deux aînés sur trois ont rapporté rencontrer des obstacles pour améliorer leur santé. Le manque de volonté est le principal obstacle mentionné, suivi par l'incapacité fonctionnelle ou les problèmes de santé. Certains ont aussi rapporté que les conditions météorologiques n'étaient pas toujours favorables ou que leurs responsabilités familiales les en empêchaient.

Conclusion

Plusieurs études indiquent que les personnes âgées peuvent améliorer leur état de santé et leur qualité de vie en améliorant leurs habitudes de vie. Les résultats étudiés indiquent que les aînés québécois sont réceptifs à le faire.

Les actions à proposer devraient idéalement répondre à leurs besoins, leurs limites et leurs attentes. Les approches envisagées, en plus de procurer des bénéfices pour la santé, devraient renforcer la socialisation et le support social afin de favoriser la participation. Aussi, une attention spéciale doit être portée aux groupes d'aînés de faible niveau socioéconomique.

●● DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ



Frisone G, Couillot MF

Le bien- vieillir et les immigrés en Seine-Saint-Denis

Retraite et société 2018 ; 80 : 35-55

En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-2-page-35>

Le Plan national de prévention de la perte d'autonomie, élaboré dans le cadre des politiques du « bien- vieillir », souligne l'importance des inégalités sociales face à la perte d'autonomie. **L'objectif de cet article est de questionner l'accès des immigrés à la prévention face au vieillissement.** Pour cela, une étude a été menée dans deux villes de Seine-Saint-Denis ayant porté une attention particulière aux immigrés âgés dans leurs contrats locaux de santé. Les politiques de prévention ciblée mises en œuvre et les actions menées par les professionnels du domaine sanitaire et social sont analysées, comme le sont aussi les représentations et perceptions des immigrés eux-mêmes face au vieillissement. Notre recherche associe une approche de santé publique à une approche anthropologique. L'enquête repose sur des entretiens auprès de différents professionnels du social et de la santé, ainsi qu'auprès d'immigrés âgés. Si l'on constate une mobilisation certaine de différents acteurs, politiques et professionnels, et un souci d'adaptation des

actions, les objectifs ne sont que partiellement atteints. L'analyse souligne les limites des actions de prévention, tant du côté des dispositifs que du public concerné. **L'enquête révèle un décalage entre les dispositifs publics standardisés et les représentations culturelles de la vieillesse, perçue par les intéressés comme un processus naturel plutôt que comme une pathologie à prévenir.**

Freins psychologiques et culturels :

- *La vieillesse perçue comme un processus naturel et non pathologique : de nombreux immigrés âgés perçoivent le vieillissement comme une étape naturelle de la vie, voire une fatalité acceptée, et non comme une maladie. La fragilité physique est vue comme normale et inscrite dans l'ordre des choses ou la volonté divine, tandis que la maladie est considérée comme une rupture anormale.*
- *L'acceptation fataliste et spirituelle : Il existe une acceptation du destin qui s'oppose à l'injonction de responsabilité individuelle de se maintenir actif. Cette posture peut être vécue positivement, la faiblesse physique étant compensée par un gain de sagesse et de spiritualité, ce qui réduit l'intérêt perçu pour l'agitation ou les sorties préconisées par le « bien-vieillir ».*
- *La méconnaissance des besoins de santé : La perception de la bonne santé est souvent basique ; tant qu'ils peuvent tenir debout et marcher, certains ne se considèrent pas comme malades et ne voient donc pas l'utilité des actions de prévention ou de dépistage.*
- *La méfiance envers les institutions constitue un frein psychologique majeur à l'engagement dans des démarches de prévention.*



Martineau A, Plard M

Les personnes âgées immigrées à l'épreuve du Successful Aging : Revue de littérature sur les conditions de vieillissement des migrants âgés en France

Cybergeo – Revue européenne de géographie 2018 ; 853

Doi : 10.4000/cybergegeo.29118

En ligne : <https://journals.openedition.org/cybergegeo/29118>

Depuis le milieu du 20^e siècle, les scientifiques n'ont cessé de rechercher les conditions qui garantiraient un vieillissement en bonne santé. Le Successful Aging en tant que paradigme s'est progressivement diffusé bien au-delà de la sphère scientifique. L'accès au « bien vieillir », équivalent français du Successful Aging, est devenu une finalité collective qui sert de référence pour la mise en place d'action publique au sein de nos sociétés contemporaines. En vieillissant dans leur pays d'accueil, les personnes immigrées sont donc amenées à se conformer à ces modèles gérontologiques dominants. En effet, la « réussite » du vieillissement des migrants âgés en France représente un objectif politique et de santé publique. Cet article interroge donc les liens existant entre migration et vieillissement pour saisir les enjeux sociaux et spatiaux associés au « bien vieillir » des immigrés âgés en France. Pour répondre à cette problématique, une revue de la littérature sur les conditions de vieillissement des personnes immigrées en France (corpus de 75 références) a été mise en œuvre. Cet article croise les résultats de cet état de l'art en analysant les situations de vie des migrants âgés à partir de deux des principales



composantes du Successful Aging. La première composante est relative à l'état de santé des personnes (1) et la seconde à l'analyse de leurs réseaux sociaux et à leur engagement dans la vie sociale (2). Les résultats démontrent que la « réussite » ou le « succès » du vieillissement se révèlent plus complexes pour les migrants âgés au regard de l'idéal normatif du « bien vieillir ». S'il faut se prémunir d'une vision généralisante de leurs situations, les conditions de vie et les discontinuités rencontrées dans les trajectoires d'une partie des personnes immigrées en France les exposent à des difficultés significatives dans la vieillesse. Des recherches complémentaires en géographie s'avèrent nécessaires pour spatialiser les expériences différenciées de vieillissement des immigrés au sein de leurs territoires de vie.

FREINS ET LEVIERS AUX INTERVENTIONS COLLECTIVES DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN DIRECTION D'UN PUBLIC SENIORS

●● MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS EFFICACES POUR UN VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ



Bien vieillir : réflexions autour d'un dispositif de prévention adaptable

Picault Anne-Marie, Beauchamps Camille, Blanc Emma, et al.

Gérontologie et société 2024 ; 46(174) : pp. 161-174

En ligne : <https://shs-cairn-info.scd1.univ-fcomte.fr/revue-gerontologie-et-societe-2024-2-page-161?lang=fr#s2n3>

Cet article explore les limites des politiques publiques françaises actuelles en matière de prévention du vieillissement, soulignant un décalage entre les programmes normatifs et les besoins réels des seniors. Les auteurs identifient des freins majeurs tels que l'âgisme, les messages basés sur la peur et l'isolement social qui nuisent à l'adhésion des bénéficiaires. Pour y remédier, l'étude propose de nouveaux leviers d'action fondés sur la co-construction des projets, la personnalisation des suivis et une communication positive. Les interventions associant un partenariat, une co-construction, une communication engageante et une approche centrée sur les besoins des individus seraient les plus efficaces ; notamment, parce qu'elles incluent les aspects motivationnels des individus, la participation de bénévoles, des professionnels en santé et des acteurs locaux. L'objectif final est de passer d'une simple injonction au « bien-vieillir » à un dispositif adaptable favorisant un véritable bien-vivre tout au long de l'existence.

Figure 2 – Freins et leviers à la prévention au bien-vieillir

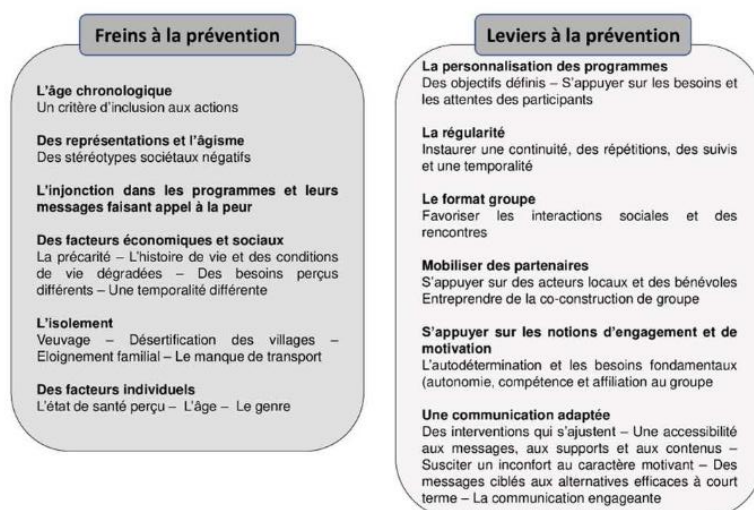
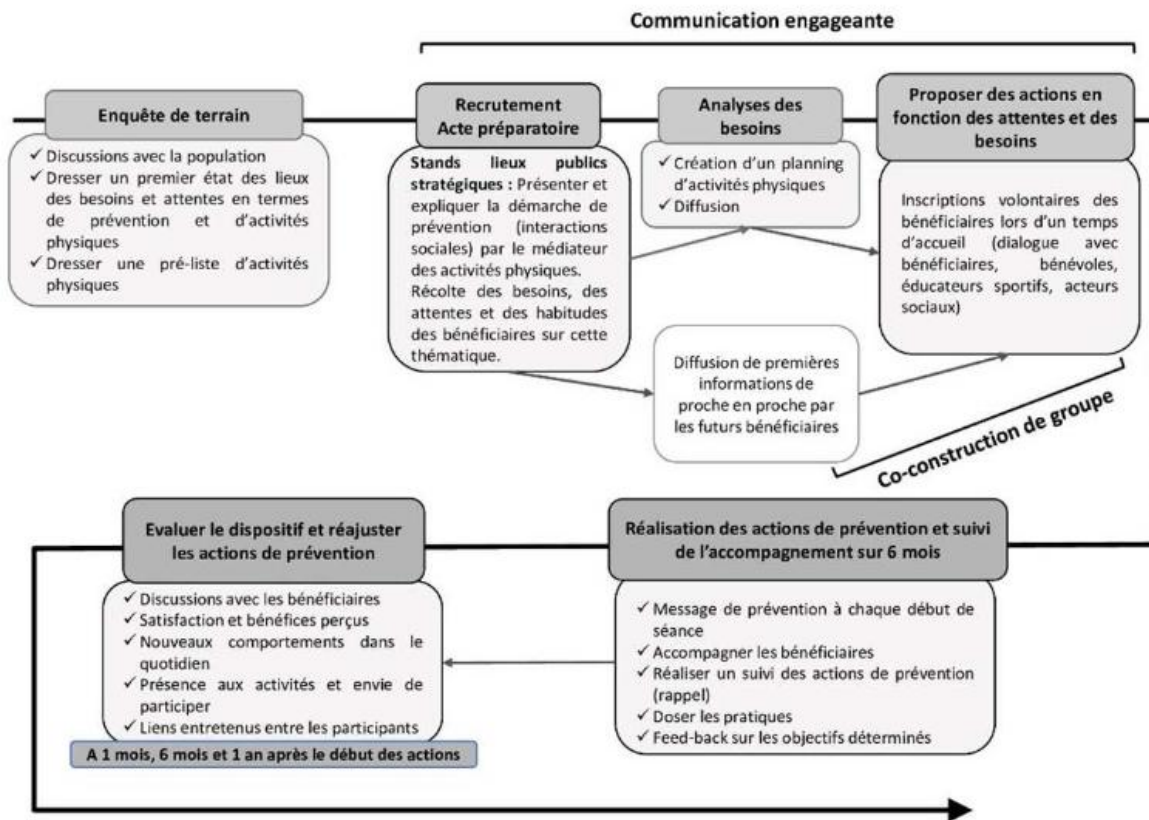


Figure 3 – Proposition d'un dispositif de prévention déployable sur le territoire français



Effective implementation approaches for healthy ageing interventions for older people: A rapid review

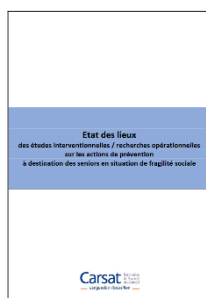
Owusu-Addo E, Ofori-Asenso R, Batchelor F, Mahtani K, Brijnath B.
Archives of gerontology and geriatrics 2021 ; 92 : 104263
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104263>

Contexte et objectifs: Les examens systématiques des interventions de vieillissement en bonne santé se sont principalement concentrés sur l'évaluation de leur efficacité, et non sur les processus de mise en œuvre qui les sous-tendent, et sur les facteurs influençant l'efficacité du programme. Cela a créé un déficit de connaissances sur ce que sont les approches de mise en œuvre efficaces et sur la façon d'intensifier ces interventions au niveau de la population. Notre objectif dans cet examen rapide était de synthétiser les données probantes sur la mise en œuvre d'interventions efficaces pour un vieillissement en bonne santé et d'identifier les facteurs qui influencent la mise en œuvre de ces interventions au niveau de la population.

Conception et méthodes: Suite à la liste de contrôle PRISMA, nous avons recherché des documents dans six bases de données: Ovid Medline, Ovid Embase, CENTRAL, CINAHL, PsycArticles et PsycINFO. Une synthèse narrative a été utilisée pour résumer les résultats.

Résultats: Vingt-neuf articles faisant état de 21 interventions de vieillissement en bonne santé (études) ont été inclus dans l'examen. Les résultats montrent qu'un large éventail d'approches de mise en œuvre ont été utilisées, y compris le partenariat collaboratif, la co-conception, l'utilisation de bénévoles, les soins centrés sur la personne et les approches autogérées ou dirigées par des professionnels. Les principaux facteurs de mise en œuvre étaient l'utilisation de techniques de changement de comportement, l'interaction sociale, la couture des interventions, les séances de rappel et l'approche multi-composantes et multiprofessionnelles en équipe pour la conception et la prestation des interventions.

Conclusion: L'efficacité des interventions de vieillissement en bonne santé dépend d'un certain nombre de facteurs, notamment le type d'approches de mise en œuvre utilisées, le contexte dans lequel les programmes sont mis en œuvre et les mécanismes spécifiques qui peuvent être en jeu au niveau individuel des personnes âgées.



Etat des lieux des études interventionnelles / recherches opérationnelles sur les actions de prévention à destination des seniors en situation de fragilité sociale

Montpellier : Carsat Languedoc-Roussillon, 2020, 40 p.

En ligne : <https://www.carsat-lr.fr/files/live/sites/carsat-lr/files/pdf/partenaires/etat-actions-prevention-seniors-fragilite.pdf>

L'objectif de cet état des lieux des études opérationnelles / recherches interventionnelles est de mettre en lumière les constats réalisés et les orientations proposées dans les études analysées, concernant :

- L'impact des actions collectives de prévention sur la fragilité des seniors ;
- Le repérage et l'adhésion/la mobilisation des seniors fragiles dans les actions de prévention ;
- **Le rajeunissement du public cible ;**
- La logique de parcours (continuum) entre aides individuelles et actions collectives.

Le rajeunissement du public des actions de prévention est un enjeu fort, notamment chez les retraités les plus fragiles : ces derniers sont le plus souvent, avant même le passage à la retraite, en situation de précarité, et présentent plus de risques de fragilité que les autres.

Le chapitre aborde :

- L'orientation pour le repérage des jeunes retraités
- Les orientations pour adapter les moyens de communication et l'information chez les jeunes retraités
- Les orientations pour favoriser la mobilisation et l'adhésion du public jeunes seniors fragiles aux actions de prévention et sur le contenu des actions
- Les orientations pour améliorer l'accessibilité des actions aux jeunes seniors fragiles

Rajeunir le public cible



- Mettre en avant l'utilité de l'action et la réversibilité des situations
- Différencier l'offre de prévention des activités existantes pour les jeunes retraités
- Adapter les formats d'action, le message et proposer des niveaux d'atelier pour les jeunes seniors
- Développer des thématiques pour les jeunes seniors
- Adapter les horaires aux disponibilités des seniors jeunes actifs



Lamboy Béatrice, Cotton Nadine, Hamel Emmanuelle, Soleymani Dagmar

Vieillir en bonne santé : revue des interventions efficaces

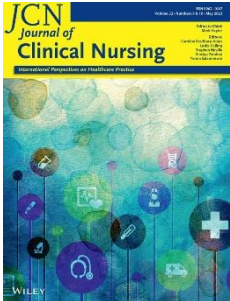
La Santé en action 2018 ; 445 : 4-7

En ligne :

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/222431/2471477?version=1>

Cette revue de littérature scientifique identifie dix types d'interventions favorisant un vieillissement en bonne santé chez les personnes de 55 ans et plus vivant à domicile. Les chercheurs distinguent des approches de prévention universelle, comme l'activité physique, la stimulation cognitive ou les projets intergénérationnels, et des mesures de prévention ciblée pour les seniors plus vulnérables. Ces programmes visent à renforcer l'autonomie physique, à stimuler les fonctions mentales et à réduire l'isolement social par des méthodes validées ou prometteuses. L'étude souligne que des actions structurées, telles que le tai-chi ou l'usage des technologies, permettent de limiter les risques de chutes et de maladies neurodégénératives. Ce document sert de guide stratégique pour aider les décideurs publics à mettre en œuvre des politiques de santé efficaces et adaptées aux besoins des aînés.

●● RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES



Remm S, Halcom E, Hatcher D, Frost SA, Peters K

Understanding relationships between general self-efficacy and the healthy ageing of older people: An integrative review

J Clin Nurs 2023 ; 32(9-10) : 1587-1598

Doi : 10.1111/jocn.16104

Objectifs et objectifs: L'objectif de cette revue intégrative était d'étudier la littérature actuelle explorant les relations entre l'auto-efficacité générale et le vieillissement en bonne santé des personnes âgées.

Contexte: Améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées, tout en atténuant les conséquences de la maladie et de la fragilité sont des priorités importantes en matière de vieillissement en bonne santé. L'auto-efficacité générale est étroitement associée au comportement humain et a été liée à l'amélioration de la santé et du bien-être.

Conception: Une revue intégrative utilisant la méthode en cinq étapes décrite par Whittemore et Knafl (Journal of Advanced Nursing, 2005, 52, 546).

Méthodes: Les bases de données académiques CINAHL, MEDLINE et APA PsycInfo ont été recherchées entre 2010 et 2020 pour des articles originaux évalués par des pairs, publiés en anglais qui enquêtaient sur l'auto-efficacité générale et les facteurs associés au vieillissement en bonne santé des personnes âgées. Les documents inclus ont été évalués de manière critique à l'aide de l'outil d'évaluation pour les études transversales (outil AXIS) et du programme de compétences en matière d'évaluation critique, et ont subi une abstraction et une synthèse des données par une méthode comparative constante. Cette revue a également été évaluée à l'aide de la liste de contrôle PRISMA.

Résultats: Vingt et un documents ont été inclus dans cette revue. Deux thèmes principaux sont apparus. La première met en évidence les relations positives entre l'auto-efficacité générale et la santé et les perceptions du vieillissement, avec une influence subséquente sur les comportements de santé. Le second comprend deux sous-thèmes, qui explorent le rôle général de l'auto-efficacité dans le maintien du bien-être par ses effets sur la santé psychologique et la lutte contre le déclin physique par l'adaptation à l'évolution des conditions physiques et de santé.

Conclusions: La promotion de l'auto-efficacité générale présente des avantages potentiels pour le vieillissement en bonne santé des personnes âgées par des effets positifs sur le vieillissement et la perception de la santé, les comportements en matière de santé, la santé psychologique et la lutte contre le déclin physique.



●● MAINTIEN DU LIEN SOCIAL

Naseri C, Hill AM, Xu D, Francis-Coad J, Vaz S, Garswood L, Meakes R, Umbella J, O'Brien G, Starling T, Weselman T

What influences older people to join a community hub to engage in healthy ageing programs? An exploratory study

Australas J Ageing 2025 ; 44(3) : e70079

Doi : 10.1111/ajag.70079

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC40851520/>



Objectifs : La plupart des personnes âgées souhaitent maintenir des liens avec leur communauté ; cet aspect a été au cœur du développement de programmes communautaires novateurs en Australie. Cette étude visait à explorer les facteurs qui incitent les personnes âgées à rejoindre un centre communautaire pour participer à des programmes de vieillissement en santé.

Méthodes : Des entretiens semi-structurés (n = 29) ont été menés lors d'une journée portes ouvertes début 2023 dans un centre communautaire urbain d'Australie-Occidentale, suivis d'entretiens téléphoniques (n = 9) auprès d'un échantillon ciblé de personnes âgées, d'animateurs de centres communautaires et de coordinateurs de centres communautaires nationaux. L'analyse a utilisé un cadre socio-écologique.

Résultats : L'analyse de contenu déductive a identifié la prescription sociale comme un facteur d'influence majeur pour inciter les personnes âgées à participer à des programmes de vieillissement en bonne santé et les principaux thèmes étaient (i) le soutien aux animateurs de centres communautaires pour exploiter les ressources communautaires, (ii) les liens de soutien fournis aux membres âgés par les concierges rémunérés des centres communautaires ont déclenché des résultats positifs aux niveaux individuel et communautaire, (iii) les activités sociales et physiques de vieillissement en bonne santé en ligne et en personne adaptées aux intérêts des membres et (iv) le développement des réseaux sociaux et de la réciprocité entre les membres a soutenu l'engagement dans les activités de vieillissement en bonne santé.

Conclusions : Le processus dynamique de prescription sociale a joué un rôle déterminant dans l'engagement des personnes âgées dans les programmes de vieillissement en santé, et le réseau social perpétué par les centres communautaires a constitué un investissement social inestimable qui a renforcé la résilience des populations intergénérationnelles au sein des communautés australiennes. Un soutien politique est nécessaire pour que les collectivités puissent relever le défi de répondre aux besoins de leurs membres qui souhaitent vieillir de manière autonome à domicile.

Rae C, Byles J, Denholm S, Holford J, Chojenta C

Connections for Ageing Well: A community healthy ageing program to promote social connection

Australas J Ageing 2025 ; 44(2) : e70035

Doi : 10.1111/ajag.70035

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC40294159/>

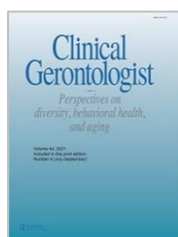


Objectif : Les liens sociaux sont essentiels au bien-vieillir, or la capacité des personnes âgées à participer à des activités communautaires et sociales peut être limitée. Le programme « Bien vieillir grâce aux liens sociaux », destiné aux personnes âgées et proposé au sein de leur communauté, leur permettait de choisir des sujets d'information et des activités correspondant à leurs besoins et préférences. Il visait à favoriser les liens sociaux en mettant l'accent sur l'apprentissage et l'activité physique. L'évaluation du programme a mesuré son succès dans l'atteinte de ses objectifs.

Méthodes : Les participants au programme ont été invités à remplir un questionnaire à la fin de celui-ci (enquête d'évaluation post-programme) et à participer à un groupe de discussion. Les données recueillies par le questionnaire ont fait l'objet d'une analyse descriptive, tandis que celles issues du groupe de discussion ont été analysées selon une approche phénoménologique et codées thématiquement.

Résultats : Bien que les participants aient fait état d'un fort sentiment d'appartenance sociale avant le programme, la quasi-totalité d'entre eux (96 %) a rencontré une nouvelle personne, et certaines de ces amitiés se sont poursuivies après le programme. Près de la moitié (46 %) des répondants ont indiqué mieux connaître les modalités d'accès aux programmes et services communautaires. Les participants ont décrit avoir appris de nouvelles choses et avoir partagé ces connaissances avec d'autres. D'autres ont mentionné avoir apprécié les séances d'activités en plein air et avoir retrouvé un intérêt pour l'activité physique. Tous les participants à l'évaluation ont convenu qu'ils recommanderaient le programme, et les participants aux groupes de discussion ont exprimé un enthousiasme général à son sujet.

Conclusions : Le programme a atteint ses objectifs et a fourni de nouvelles preuves de l'efficacité d'une intervention conçue pour favoriser les liens sociaux, permettant aux participants de choisir les composantes du programme en fonction de leurs besoins et préférences individuels.



Townsend BG, Chen JTH, Wuthrich VM

Barriers and Facilitators to Social Participation in Older Adults: A Systematic Literature Review

Clinical Gerontologist 2021 ; 44 : 359-380

Doi : 10.1080/07317115.2020.1863890

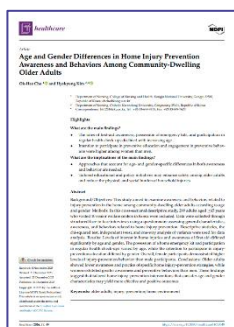
Objectifs : *Il a été démontré que la participation sociale améliore la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées. Les études antérieures sur la participation sociale se sont limitées à l'identification des obstacles logistiques. La présente étude visait à examiner plus largement les obstacles à la participation sociale, ainsi que les facteurs susceptibles de la faciliter.* **Méthodes :** *Nous avons mené une revue systématique afin de recenser les obstacles et les facteurs facilitant la participation sociale chez les personnes âgées. Soixante-seize études ont été retenues.* **Résultats :** *Quatre grands thèmes relatifs aux obstacles et aux facteurs facilitant la participation sociale liés au vieillissement ont émergé : les facteurs démographiques (tels que l'âge et le statut socio-économique), les facteurs individuels/internes (tels que les motivations et la santé), les facteurs environnementaux/infrastructuraux (tels que l'accessibilité, les transports et la cohésion du voisinage) et les réseaux sociaux (en particulier la taille du réseau préexistant).* **Conclusions :** *Ces résultats complètent les études précédentes en*



démontrant que les motivations personnelles, les réseaux sociaux préexistants et la cohésion du voisinage jouent un rôle essentiel dans l'amélioration et le maintien d'une participation sociale de qualité. La capacité à faciliter cette participation peut s'exercer aussi bien au niveau thérapeutique individuel qu'au niveau communautaire.

Implications cliniques : Ces résultats soulignent la nécessité de prendre en compte les obstacles autres que les seuls aspects logistiques. En particulier, les initiatives de vieillissement en bonne santé pourraient bénéficier d'une meilleure adéquation des activités sociales aux motivations individuelles, et il est important de mettre en place des mesures préventives pour établir des réseaux sociaux dès le début du vieillissement.

●● MOBILISATION ET PARTICIPATION DES SENIORS



Age and Gender Differences in Home Injury Prevention Awareness and Behaviors Among Community-Dwelling Older Adults

Cho OH, Kim H

Healthcare (Basel) 2025 ; 14(1) : 49

doi: 10.3390/healthcare14010049

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12785361/pdf/healthcare-14-00049.pdf>

Contexte/objectifs : Cette étude visait à examiner la sensibilisation et les comportements liés à la prévention des blessures à domicile chez les personnes âgées vivant dans la communauté, en fonction de l'âge et du sexe.

Méthodes : Cette étude descriptive transversale a inclus 299 adultes âgés de 65 ans et plus fréquentant 10 centres d'aide aux personnes âgées en Corée. Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens structurés en face à face, à l'aide d'un questionnaire évaluant les caractéristiques générales, les connaissances et les comportements liés à la prévention des accidents domestiques. Les statistiques descriptives, le test du χ^2 , le test t de Student et l'analyse de variance à un facteur ont été utilisés pour l'analyse des données.

Résultats : L'intérêt porté aux accidents domestiques et la connaissance des premiers secours variaient significativement selon l'âge et le sexe. La possession d'une trousse d'urgence domestique et la participation à des bilans de santé réguliers variaient selon l'âge, tandis que l'intention de participer à des formations en prévention des blessures différait selon le sexe. Globalement, les participantes ont adopté des comportements de prévention des blessures plus fréquents que les participants.

Conclusions : Les personnes âgées ont démontré une moindre connaissance et une moindre application des stratégies spécifiques de prévention des accidents domestiques, tandis que les femmes ont fait preuve d'une plus grande connaissance et de comportements préventifs plus marqués que les hommes. Ces résultats suggèrent que des interventions de prévention des accidents domestiques personnalisées, tenant compte de l'âge et du sexe, pourraient donner des résultats plus efficaces et positifs.





Zhou F, Zhang H, Wang HY, Liu LF, Zhang XG

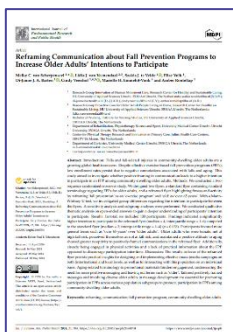
Barriers and facilitators to older adult participation in intergenerational physical activity program: a systematic review

Aging Clin Exp Res 2024 ; 36(1) : 39.

doi: 10.1007/s40520-023-02652-z

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10861697/>

Le programme d'activité physique intergénérationnelle vise à promouvoir la santé, l'engagement social et le bien-être des personnes âgées. Il est essentiel de comprendre les obstacles et les facteurs favorisant leur participation afin d'élaborer des stratégies d'intervention efficaces. Cette revue systématique examine de manière critique les recherches existantes afin d'identifier les facteurs qui influencent la participation des personnes âgées aux programmes d'activité physique intergénérationnelle.



Van Scherpenseel MC, van Veenendaal LJ, Te Velde SJ, Volk E, Barten DI, Veenhol C, Emmelot-Vonk M, Ronteltap A

Reframing Communication about Fall Prevention Programs to Increase Older Adults' Intentions to Participate

Int J Environ Res Public Health 2024 ; 21(6) : 704

doi: 10.3390/ijerph21060704.

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11203759/pdf/ijerph-21-00704.pdf>

Introduction : Les chutes et les blessures qui en résultent chez les personnes âgées vivant à domicile constituent un problème de santé publique mondial croissant. Malgré l'efficacité des programmes de prévention des chutes par l'exercice physique, le taux de participation reste faible en raison des connotations négatives associées aux chutes et au vieillissement. Cette étude visait à déterminer si une communication positive favorise une plus grande intention de participer à un programme de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.

Méthodes : Nous avons mené une étude croisée randomisée en deux séquences. Nous avons conçu deux dépliants : un dépliant standard reprenant la terminologie habituelle relative aux programmes de prévention des chutes pour les personnes âgées, et un dépliant reformulé mettant l'accent sur la forme physique et l'activité en présentant la « prévention des chutes » comme un « programme d'exercices » et le terme « personne âgée » comme désignant les personnes de plus de 65 ans. À l'aide du test U de Mann-Whitney, nous avons analysé les différences entre les groupes concernant l'intention de participer en fonction du dépliant. Une analyse de sensibilité et des analyses de sous-groupes ont été réalisées. Nous avons mené une analyse thématique qualitative des réponses ouvertes afin d'approfondir notre compréhension de l'intention de participation des participants.

Résultats : Au total, 133 participants ont été inclus. Les résultats ont indiqué une intention de participation significativement plus élevée avec le dépliant reformulé (médiane = 4 ; intervalle interquartile = 1-6) qu'avec le dépliant standard (médiane = 2 ;



intervalle interquartile = 1-4) ($p = 0,038$). Les participants ont préféré des termes plus généraux tels que « plus de 65 ans » à « personnes âgées ». Les personnes âgées de sexe féminin, ne présentant pas un risque élevé de chute, se percevant comme n'étant pas à risque de chute et ayant une attitude positive face au vieillissement se sont montrées plus réceptives aux messages positifs du dépliant reformulé. Par ailleurs, le fait de pratiquer déjà une activité physique et le manque d'informations pratiques sur le programme de prévention des chutes (PPV) ont semblé décourager la participation.

Discussion : Les résultats favorables au dépliant remanié offrent des pistes concrètes pour concevoir et mettre en œuvre des campagnes médiatiques efficaces, tant au niveau national qu'international, ainsi que pour interagir individuellement avec cette population. L'utilisation d'une terminologie relative au vieillissement dans les supports promotionnels freine l'engagement, soulignant la nécessité d'un discours plus positif et d'éviter des termes comme « personnes âgées ». Des messages personnalisés et formulés de manière positive, ainsi que l'implication de diverses catégories de personnes âgées dans leur élaboration, sont essentiels pour encourager la participation aux programmes de fidélisation des seniors au sein de différents sous-groupes de population, et notamment chez les personnes âgées vivant à domicile.



Engaging community-dwelling older adults in fall prevention programs: a qualitative study on strategies promoting participation in fall prevention programs among community-dwelling older adults

Van Scherpenseel M, van Veenendaal LJ, Donné L, Te Velde SJ, Ronteltap A
Front Public Health 2023 ; 11:1150659.

doi: 10.3389/fpubh.2023.1150659

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10359893/pdf/fpubh-11-1150659.pdf>

Introduction : Le nombre de chutes et de blessures qui en résultent chez les personnes âgées (≥ 65 ans) vivant à domicile devrait augmenter rapidement en raison du vieillissement de la population mondiale. Les programmes de prévention des chutes (PPC), qui comprennent des exercices de renforcement musculaire et d'équilibre, ont démontré leur efficacité pour réduire le nombre de chutes chez les personnes âgées. Cependant, ces PPC n'atteignent pas leur plein potentiel, la plupart des programmes affichant un taux de participation insuffisant. Par conséquent, cette étude vise à identifier des stratégies prometteuses pour favoriser la participation des personnes âgées vivant à domicile aux PPC.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire. Les obstacles et les facteurs favorisant la participation des personnes âgées aux programmes de prévention des chutes (PPV) ont été préalablement identifiés. Six stratégies ont ensuite été élaborées à l'aide de la méthode de cartographie des interventions : (1) le recadrage ; (2) l'information sur les avantages ; (3) la sensibilisation aux risques ; (4) l'implication de l'environnement social ; (5) l'offre d'une intervention personnalisée ; (6) l'organisation des aspects pratiques. Ces stratégies ont été validées lors d'entretiens semi-structurés menés auprès de douze personnes âgées vivant à domicile et présentant un risque de chute. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et analysés selon une méthodologie thématique qualitative, avec une approche hybride.

Résultats : Toutes les stratégies ont été jugées importantes par au moins une partie des répondants. Deux stratégies se sont toutefois démarquées : (1) reformuler les notions de « vieillissement » et de « prévention des chutes » : les répondants préféraient une approche différente, fondée sur une perspective de « parcours de vie » concernant les chutes, et évitant les termes directs ; et (2) « informer sur les avantages » (par exemple, « vivre plus longtemps de façon autonome ») : cette stratégie a été mentionnée comme un moyen d'améliorer la compréhension de l'intérêt de participer aux programmes de prévention des chutes. D'autres stratégies ont également été jugées importantes, mais les opinions étaient plus partagées.

Discussion : Cette étude apporte un éclairage sur les stratégies potentielles visant à encourager les personnes âgées à participer à des programmes de prévention des chutes. Les résultats suggèrent qu'une nouvelle approche des notions de « vieillissement » et de « prévention des chutes » pourrait faciliter le dialogue sur ce sujet, en communiquant différemment, par exemple en mettant l'accent sur le « rester en forme et en bonne santé », tout en insistant sur les avantages de la participation à ces programmes. L'étude de l'efficacité et des mécanismes d'action de ces stratégies constitue un axe de recherche important. Ceci pourrait déboucher sur des recommandations pratiques et aider les professionnels à favoriser la participation des personnes âgées à ces programmes. Actuellement, ces stratégies sont en cours de développement afin d'être appliquées et évaluées sur le terrain dans plusieurs laboratoires situés dans une région du centre des Pays-Bas (Utrecht).



Dare J, Wilkinson C, Marquis R, Donovan RJ

"The people make it fun, the activities we do just make sure we turn up on time." Factors influencing older adults' participation in community-based group programmes in Perth, Western Australia

Health Soc Care Community 2018 ; 26(6) : 871-881

doi: 10.1111/hsc.12600

Le vieillissement rapide des populations occidentales exerce une pression croissante sur les services de santé et les services sociaux. Face à cette situation, les gouvernements et les organismes de santé ont cherché à promouvoir le vieillissement en bonne santé par le biais de diverses interventions, dont beaucoup visent à renforcer l'engagement et la participation sociale des personnes âgées. Ces interventions s'appuient sur des données probantes démontrant que l'engagement social, notamment par la participation à diverses activités, contribue à une meilleure santé physique, mentale et psychosociale. La recherche présentée ici a utilisé des groupes de discussion et des entretiens individuels pour atteindre les objectifs suivants : (a) identifier les facteurs favorisant et les obstacles à la participation à des activités de groupe communautaires auprès d'un échantillon de personnes âgées (n = 35, âge médian : 71 ans) vivant dans une zone administrative locale de la banlieue nord de Perth, en Australie-Occidentale ; et (b) examiner comment ces facteurs diffèrent entre les participants réguliers et les non-participants. Notre recherche a mis en lumière quatre thèmes : Amitié et utilité ; Disponibilité et accessibilité ; Concurrence des responsabilités et des priorités ; et relève des générations. Elle a notamment souligné l'importance des activités de groupe comme soutien social et comme plateforme pour nouer des amitiés. Les résultats indiquent également que les



occasions d'interaction sociale devraient être intégrées à la structure du groupe, au-delà de celles qui peuvent survenir fortuitement lors des activités. Ceci est important car, si l'intérêt peut motiver les personnes âgées à rejoindre un groupe, un sentiment d'appartenance et de connexion généré par le groupe est plus susceptible de fidéliser ce dernier. Parmi les obstacles rencontrés figurent la disponibilité limitée des programmes locaux, les difficultés d'accès liées à la planification des activités et le manque de programmes adaptés aux personnes qui ne sont pas attirées par les centres pour aînés traditionnels. Il est recommandé d'intégrer l'engagement social comme indicateur de résultat lors de l'évaluation de l'efficacité des programmes destinés aux aînés et d'encourager les collectivités locales à collaborer avec les centres pour aînés afin de développer des activités attrayantes pour un public plus large.



Strategies to improve engagement of 'hard to reach' older people in research on health promotion: a systematic review

Liljas AEM, Walters K, Jovicic A, Iliffe S, Manthorpe J, Goodman CX, Kharicha K

BMC Public Health 2017 ; 17 : 349

doi: 10.1186/s12889-017-4241-8

En ligne :

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5399821/pdf/12889_2017_Article_4241.pdf

Contexte : Cette revue systématique visait à identifier les facilitateurs, les obstacles et les stratégies pour impliquer les personnes âgées « difficiles à atteindre » dans la recherche sur la promotion de la santé ; les personnes très âgées (≥ 80 ans), les personnes âgées issues de groupes ethniques noirs et minoritaires (BME) et les personnes âgées vivant dans des zones défavorisées.

Méthodes : Huit bases de données ont été consultées afin d'identifier les études admissibles utilisant des méthodes de recherche quantitatives, qualitatives et mixtes. À l'aide d'éléments de synthèse narrative, les stratégies d'engagement, ainsi que les facteurs facilitants et les obstacles rapportés ont été identifiés, répertoriés et analysés thématiquement pour chacun des trois groupes de personnes âgées.

Résultats : Vingt-trois études (3 auprès de personnes très âgées, 16 auprès de personnes âgées issues de minorités ethniques, 2 en zones défavorisées, 1 auprès de personnes très âgées et de personnes issues de minorités ethniques, et 1 auprès de personnes issues de minorités ethniques et en zones défavorisées) ont été incluses. Les méthodes employées comprenaient 10 études quantitatives (dont une étude randomisée contrôlée), 12 études qualitatives et une étude à méthodes mixtes. Parmi les facteurs favorisant la participation des personnes très âgées, on note le soutien familial et la flexibilité des séances. Pour les groupes issus de minorités ethniques, les facteurs favorisant la participation étaient l'instauration d'un climat de confiance grâce à des professionnels ou des leaders communautaires reconnus, la prise en compte des intérêts personnels et la prise en compte des spécificités ethniques et culturelles. Chez les personnes âgées vivant en zones défavorisées, les encouragements des pairs et la mise à disposition de rafraîchissements favorisaient la participation. Dans tous les groupes, les principaux obstacles à la participation étaient la détérioration de la santé, d'autres priorités et le manque de moyens de transport ou l'inaccessibilité des lieux. La fatigue et le manque de soutien

familial constituait des obstacles supplémentaires pour les personnes très âgées. De même, les groupes issus de minorités ethniques ont rapporté se sentir trop fatigués et trop âgés pour participer à des recherches en promotion de la santé. Les obstacles rencontrés par ces groupes incluaient le manque de motivation et de confiance en soi, ainsi que les différences culturelles et linguistiques. Dans les zones défavorisées, l'utilisation de supports de recrutement écrits a constitué un obstacle. Pour mobiliser efficacement les personnes très âgées, des visites à domicile et le recours à des professionnels pour obtenir leur consentement, le cas échéant, ont été mis en œuvre. Afin de mobiliser les personnes âgées issues des minorités ethniques, des liens communautaires et l'organisation de groupes de rencontre ont été privilégiés. Enfin, dans les zones défavorisées, une grande flexibilité dans le choix du moment et du lieu des interventions a été essentielle.

Conclusions : Cette étude a permis d'identifier les facteurs facilitants, les obstacles et les stratégies pour impliquer les personnes âgées « difficiles à atteindre » dans la promotion de la santé, mais les recherches ont été principalement descriptives et il n'existe pas de preuves de haute qualité sur l'efficacité des différentes approches.



Anderson C, Seff LR, Batra A, Bhatt C, Palmer RC

Recruiting and Engaging Older Men in Evidence-Based Health Promotion Programs: Perspectives on Barriers and Strategies

J Aging Res 2016 ; 2016:8981435.

doi: 10.1155/2016/8981435. Epub 2016 Jun 5.

En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC47366330/>

Les programmes de promotion de la santé fondés sur des données probantes sont efficaces pour réduire les risques pour la santé et les coûts des soins de santé chez les personnes âgées, mais peu d'hommes y participent. Cette étude, combinant différentes méthodes, visait à mieux comprendre les obstacles au recrutement et à la participation des hommes âgés aux programmes de promotion de la santé fondés sur des données probantes offerts par le Healthy Aging Regional Collaborative of South Florida (HARC). Quatorze coordinateurs de programme ont participé à un groupe de discussion afin d'identifier les obstacles et les stratégies pour améliorer la participation masculine, et 49 instructeurs ont participé à un sondage pour trianguler les résultats. Parmi les obstacles à la participation masculine, on note la surreprésentation des femmes dans les lieux et les programmes, le conflit entre les rôles traditionnels des hommes et les programmes, ainsi que la préférence pour d'autres activités. Les stratégies mises en avant incluent le soutien public aux programmes par des leaders communautaires masculins, la mise en avant d'hommes dans la publicité et l'adaptation du contenu des programmes. Les résultats du sondage ont confirmé les thèmes identifiés lors du groupe de discussion. Près de 78 % des répondants ont convenu que la perception des programmes d'exercice comme étant féminins constituait un obstacle, et plus de 90 % ont estimé que la mise en avant d'hommes dans la publicité augmenterait la participation masculine. Les résultats indiquent que les programmes de promotion de la santé et les stratégies de recrutement doivent être adaptés aux besoins et aux préférences spécifiques des hommes âgés afin d'améliorer leur participation.





Pin S, Spini D, Bodard J, Arwidson P

Facteurs facilitant et entravant la participation des personnes âgées à des programmes de prévention des chutes : une revue de la littérature

Revue d'épidémiologie et de santé publique 2015 ; 63(2) : 105-118

En ligne :

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/181298/2303518?version=1>

La chute représente la première cause de décès par accident après 65 ans. Les programmes de prévention des chutes sont efficaces, mais ils concernent peu de personnes âgées. Cet article recense la littérature sur les facteurs facilitant et les facteurs entravant la participation à des programmes de prévention des chutes.

Méthodes : Une revue de la littérature a été réalisée pour identifier les documents de langue anglaise, allemande et française publiés entre 1990 et mai 2012. La recherche a été menée sur les bases Medline, PsychInfo, Psychological and behavioral sciences et Francis, sur les bibliographies des articles identifiés et sur des revues de santé publique, de gérontologie et de sciences sociales. Sur 462 documents repérés, 19 ont été retenus et analysés.

Résultats : Sur les 19 articles retenus, 12 portaient sur des études qualitatives et 7 étaient des revues de littérature. Parmi les barrières à la participation à des programmes de prévention des chutes, les documents mettent en avant la perception de la chute comme événement inévitable, le moment inadapté de l'intervention de prévention des chutes et des freins matériels. Au contraire, une présentation des programmes de prévention par un professionnel ou un proche, la mise en avant des bénéfices sociaux des interventions et l'adéquation des programmes avec les besoins des bénéficiaires constituent des facteurs facilitant la participation et l'adhésion des personnes âgées.

Conclusion : Cette revue de littérature identifie trois enjeux majeurs à considérer pour implanter durablement et de façon acceptable des programmes de prévention des chutes : l'accessibilité ; le choix du référent ; et les représentations sociales de la chute.

●● DÉMARCHES DE MARKETING SOCIAL



Tholomier A, Ashikali EM, Perivier S, Mastromauro L, Ionita I, Ludwig C, Graf C, Bunsel A

Elaborer un guide pour un vieillissement en santé via une démarche participative

Gérontologie et société 2025 ; 47(178) : 181-202

En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2025-4-page-181>

Inspiré par le cadre du vieillissement en santé proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé, le projet Vieillesse en Santé (VieSA) vise à élaborer un guide informatif et contextualisé destiné aux seniors et aux professionnels de la santé et du social du canton de Genève. Le guide a été conçu à partir d'activités contribuant à préserver les capacités fonctionnelles identifiées dans la littérature scientifique et à permettre de réaliser un itinéraire individualisé de « vieillissement en santé » intégré et coordonné dans le réseau genevois. À des étapes différentes, le projet s'est orienté vers une démarche participative en sollicitant les parties prenantes potentielles. Cet article se concentre sur la première étape qui a eu lieu au moment de l'élaboration d'un prototype du guide. Cinq focus groups consultatifs ont été réalisés, regroupant 36 participants volontaires (seniors, professionnels de la santé et du social, représentants de communes et du canton). Les données ont été retranscrites et analysées au moyen d'une analyse thématique inductive. Les résultats montrent des divergences et des convergences de points de vue, suivis de propositions d'évolution concernant le contenu du document et son accessibilité à un large public. Ces éléments ont été intégrés dans la construction du guide, qui a ensuite été testé sur le terrain avec la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé.



Busnel C, Ashikali EM, Vallet F, Graf C, Ludwig C

Itinéraire d'un vieillissement en santé (VieSA) : résultats d'une étude de faisabilité à Genève

Santé publique 2025 ; 37(3) : 161-177

En ligne : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-3-page-161>

Introduction : La mise en place de projets de proximité répondant à la diversité des besoins des seniors et des ressources locales est l'un des défis du vieillissement en santé. Le projet Vieillesse en santé (VieSA), réalisé à Genève, a créé un dispositif d'intervention documenté dans un guide regroupant les interventions efficaces, les recommandations issues de la littérature, les prestations santé/social par capacité fonctionnelle, une cartographie locale et des étapes pour accompagner les seniors dans leur détermination d'objectifs de santé et d'actions.

Objectif : L'objectif de l'étude est d'évaluer la faisabilité du dispositif dans la mise en œuvre d'un itinéraire de vieillissement en santé basé sur le guide VieSA. Vingt-neuf seniors et 12 professionnels de la santé ou du social ont testé le dispositif sur une durée de 4 mois. Ils ont évalué la faisabilité, l'acceptabilité, l'utilité, la pertinence des supports, des méthodes, des objectifs personnalisés et des actions mises en œuvre.



Résultats : Le dispositif est jugé comme faisable, acceptable, pertinent pour mettre en place des objectifs et des interventions individualisés. Globalement, les résultats sont jugés comme satisfaisants. Les commentaires critiques sur la lourdeur, la trop grande spécificité des supports, en font des apports précieux pour des ajustements à entreprendre.

Conclusion : Ces résultats soutenant l'utilisation des outils et méthodes proposés constituent une première étape prometteuse dans l'implémentation d'un dispositif d'accompagnement du vieillissement en santé. Une application à plus large échelle et une évaluation des bénéfices de santé pour les séniors mériteront d'être conduits pour évaluer l'efficacité du dispositif.



Wang G, Chang F, Gu Z, Kasraian D, van Wesemael PJV

Co-designing community-level integral interventions for active ageing: a systematic review from the lens of community-based participatory research

BMC Public Health 2024 ;24(1) : 649

doi: 10.1186/s12889-024-18195-5

En ligne :

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10905784/pdf/12889_2024_Article_18195.pdf

Contexte: Bien que les interventions communautaires visant à promouvoir le vieillissement actif aient fait l'objet d'une attention croissante et qu'il existe une tendance à tirer parti de la technologie pour soutenir les interventions physiques ou sociales traditionnelles, il existe peu de conseils pratiques pour la conception de ces interventions intégrales. Cette étude visait à examiner les interventions rapportées dans la littérature guidée par les principes de la recherche participative communautaire (RPCB). L'objectif est d'extraire des informations qui éclairent les pratiques futures dans la co-conception d'interventions intégrales pour le vieillissement actif.

Méthodes: L'examen systématique a porté sur les interventions communautaires favorisant le vieillissement actif qui intègrent des éléments physiques, sociaux et numériques, c'est-à-dire les interventions intégrales. Des éléments de déclaration privilégiés pour les revues systématiques et les lignes directrices sur les méta-analyses (PRISMA) ont été suivis. Les interventions incluses ont été analysées de manière abductive sur la base des principes du RPCB.

Résultats: Au total, 13 études ont été incluses et 24 considérations de conception ont été générées dans huit catégories. D'autres réflexions ont permis d'identifier la nature interdépendante de ces considérations de conception et d'identifier les lacunes dans la recherche actuelle. Cette étude souligne l'urgence et l'importance de partager les méthodes de recrutement et les détails de l'allocation des ressources, d'enregistrer et de rendre compte des spécificités de la collaboration, et de diffuser les résultats aux parties prenantes au-delà du milieu universitaire.

Conclusions: Cette étude offre des informations précieuses et des conseils pratiques aux chercheurs et aux praticiens qui développent des interventions intégrales au niveau communautaire pour le vieillissement actif. Les résultats servent également de point de départ pour l'accumulation de connaissances et de pratiques dans la co-conception

d'interventions intégrales pour le vieillissement actif au niveau communautaire. La prochaine phase cruciale consiste à évaluer ces considérations de conception dans les cas réels afin d'évaluer leur applicabilité et d'identifier les points à améliorer.



Amlani Anand

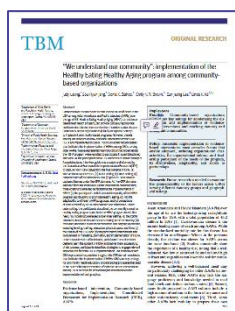
« La mi-vie est un moment d'intervention clé pour changer de mode de vie »

La santé en action 2023 ; 463 : pp. 18-19

En ligne :

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/627331/4289924?version=1>

Better Health est un programme de marketing social pour les adultes à la mi-vie, prenant en compte les inégalités sociales et territoriales de santé. L'objectif : inciter les personnes à mener une vie plus saine et leur donner les moyens d'adopter et de maintenir des habitudes favorables.



Leong J, Jang SH, Bishop SK, Brown EVR, Lee EJ, Ko LK

"We understand our community": implementation of the Healthy Eating Healthy Aging program among community-based organizations

Transl Behav Med 2021 ;11(2) : 462-469

doi: 10.1093/tbm/ibaa049

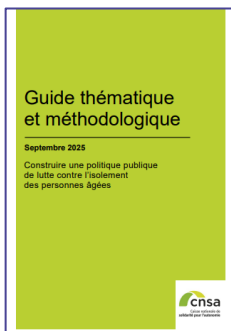
En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7963277/pdf/ibaa049.pdf>

Les maladies cardiovasculaires sont la deuxième cause de décès aux États-Unis chez les Américains d'origine asiatique et les insulaires du Pacifique (AAPI) âgés de plus de 65 ans. Healthy Eating Healthy Aging (HEHA), un programme de santé cardiaque fondé sur des données probantes, peut fournir une éducation nutritionnelle culturellement appropriée pour réduire le risque de maladies cardiovasculaires. Les organismes communautaires (OCB) sont des paramètres optimaux pour mettre en œuvre des programmes communautaires. Cependant, il n'y a pas suffisamment de recherche sur la façon dont les interventions fondées sur des données probantes comme l'HEHA sont mises en œuvre dans les OCB. Cette étude a examiné les processus qui ont facilité la mise en œuvre de l'HEHA parmi les CBO desservant des API plus âgées. Douze représentants de CBO qui ont mis en œuvre le programme HEHA ont été recrutés pour participer à une entrevue semi-structurée. Tous les participants étaient des directeurs du CBO ou des cadres supérieurs. Un guide d'entrevue semi-structuré a été créé et éclairé par le Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (CFIR) afin de saisir la façon dont le HEHA a joué dans les cinq domaines du CFIR: a) caractéristiques d'intervention, b) cadre extérieur, (c) réglage intérieur, d) caractéristiques des individus et (e) processus. L'analyse des données a capturé des thèmes dans les domaines du CFIR. Les cinq domaines du CFIR ont tous émergé des entretiens. Selon les caractéristiques d'intervention, trois constructions ont été réalisées comme facilitant la mise en œuvre de HEHA: a) les



croyances du participant concernant la qualité du programme HEHA et sa capacité à promouvoir une alimentation saine, b) l'adaptabilité de la HEHA à différents sous-groupes AAPI, et (c) les perceptions de la réussite de HEHA. Dans le cadre de l'environnement, les participants ont décrit le besoin de la communauté pour des programmes d'alimentation saine et la façon dont le programme HEHA répond à ce besoin. Quatre constructions ont émergé dans un cadre intérieur: a) les caractéristiques structurelles et le statut social du CBO dans la communauté; b) les ressources consacrées à la mise en œuvre et aux opérations en cours, y compris le financement, la formation, l'éducation, l'espace physique et le temps; c) la culture du CBO; et d) l'engagement et la participation du participant dans la commercialisation, la promotion et la mise en œuvre de la HEHA. Selon les caractéristiques des individus, les participants ont décrit leur désir d'apprendre le contenu de l'HEHA et de les livrer avec succès. Dans le cadre du processus, les participants ont décrit des stratégies visant à faire participer les personnes concernées pour faciliter la mise en œuvre de l'HEHA. Les entrevues avec les représentants du CBO ont permis d'avoir un aperçu des constructions du domaine du FCIR qui ont facilité la mise en œuvre de la HEHA. Les CBO sont des contextes clés pour l'éducation en santé communautaire. Il est essentiel de comprendre les processus qui mènent à la mise en œuvre réussie d'interventions fondées sur des données probantes parmi les OBC pour accélérer la diffusion et la mise en œuvre des meilleures pratiques.

RÉFÉRENTIELS DE BONNES PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS



Construire une politique publique de lutte contre l'isolement des personnes âgées : guide thématique et méthodologique

Paris : CNSA, 2025, 44 p.

En ligne : https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2025-11/PUB-Guide-lutte-contre-isolement_VF.pdf

Ce document est un guide thématique et méthodologique élaboré par la CNSA en collaboration avec l'Observatoire de l'action sociale (ODAS), visant à aider les collectivités territoriales et leurs partenaires à établir une politique publique efficace de lutte contre l'isolement des personnes âgées. Le guide définit l'isolement social comme une situation de souffrance et de danger due à des relations durablement insuffisantes, citant des statistiques alarmantes sur l'augmentation de l'isolement en France. Il est structuré en deux grandes parties : la première se concentre sur la construction d'une stratégie commune à l'échelle territoriale, incluant l'identification des partenaires et l'élaboration d'un état des lieux partagé des besoins et de l'offre. La seconde partie détaille la mise en œuvre de cette politique, proposant des actions concrètes pour promouvoir les liens sociaux, prévenir l'isolement de manière ciblée, repérer les situations de vulnérabilité et orienter les personnes vers des leviers d'action appropriés dans les domaines de la santé, de la mobilité et de l'habitat.



Union des gérontopôles de France

Comment mener un programme favorisant le bien-être psychologique : état des lieux des connaissances scientifiques pour la mise en œuvre des sessions d'activités visant à améliorer le bien-être psychologique des personnes de 60 ans ou plus

Paris : CNSA, 2025, 6 p.

En ligne : <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2025-04/CNSA-livrable-bien-etre-psychologique-VF-accessible.pdf>

Le document de la CNSA propose un état des lieux des connaissances scientifiques sur les programmes visant à améliorer le bien-être psychologique des personnes de 60 ans et plus, vivant à domicile. Il s'appuie sur l'analyse de 17 études nationales et internationales. Le bien-être psychologique, selon l'OMS, comprend plusieurs dimensions : acceptation de soi, relations sociales positives, autonomie, maîtrise de l'environnement, but dans la vie et développement personnel. Son impact sur la santé globale est reconnu, notamment par une réduction de la mortalité et un renforcement du système immunitaire.

Le document identifie huit recommandations clés pour des interventions efficaces :

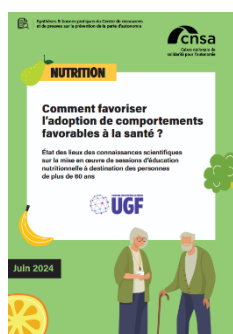
1. Cibler les publics fragiles
2. Mobiliser les compétences psychosociales



3. Proposer des contenus personnalisés
4. Structurer les actions pour résoudre les obstacles quotidiens :
5. S'inscrire dans la durée
6. Faire appel à un encadrement spécialisé
7. Intégrer des approches multimodales
8. Faciliter l'accès aux ressources

Les interventions purement téléphoniques ou numériques, ainsi que celles non ciblées ou impersonnelles, se sont révélées inefficaces.

Enfin, le rapport souligne l'importance du présentiel et de l'approche collective dans l'impact des programmes, et insiste sur une adaptation continue aux besoins individuels pour garantir leur succès.



Union des gérontopôles de France

Comment favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé ? Etat des lieux des connaissances scientifiques sur la mise en œuvre de sessions d'éducation nutritionnelle à destination des personnes de plus de 60 ans

Paris : CNSA, 2025, 6 p.

En ligne : <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-06/CNSA-UGF-8-conseils-pour-des-actions-de-prevention-en-nutrition-accessible.pdf>



Union des gérontopôles de France

Comment mener un programme pour prévenir le risque de chutes ? État des lieux des connaissances scientifiques sur la mise en œuvre de sessions d'activité physique visant en particulier à prévenir le risque de chutes à destination des personnes âgées de plus de 60 ans

Paris : CNSA, 2024, 6 p.

En ligne : <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-11/CNSA-livrable-activite-physique-et-chute-VF-accessible.pdf>



Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur

Québec : INSPQ, 2024, 55 p.

En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-06/3501-modele-actions-conditions-favorables-sante-personnes-veillissantes.pdf>

Voir aussi les documents de transfert de connaissances en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3734>

Les documents de l'Institut national de santé public Québec soutiennent conceptuellement l'importance d'agir en amont à travers plusieurs principes clés du modèle :

1. L'approche du « parcours de vie » Le modèle s'appuie sur la notion de parcours de vie, reconnaissant que le vieillissement est un processus continu influencé par le cumul d'avantages ou de désavantages acquis plus tôt dans la vie.

- Les documents soulignent que les conditions de vie de la population vieillissante sont modulées par les inégalités (scolarisation, revenu, logement) accumulées au fil des ans.
- Bien que la sénescence (vieillesse physiologique) débute au début de l'âge adulte, ses répercussions se font sentir plus tard.

2. La prévention primaire et secondaire L'Axe 4 du modèle intègre explicitement des niveaux de prévention qui impliquent une intervention précoce avant que les problèmes ne s'aggravent :

- Prévention primaire : Agir sur les facteurs de risque (isolement, sédentarité, etc.) avant l'apparition de problèmes.
- Prévention secondaire : Repérer et dépister des problématiques silencieuses ou naissantes (ex. : hypertension, troubles cognitifs) pour prévenir leurs manifestations cliniques.

3. Une limite explicite du modèle Il est important de noter que les auteurs mentionnent spécifiquement une limite du modèle concernant l'intervention très précoce. Le document précise que le modèle « n'expose pas les occasions pour s'adapter au vieillissement tout au long du parcours de vie à partir du plus jeune âge ».

- Le modèle se concentre principalement sur ce qui peut être fait pour les personnes déjà considérées comme « vieillissantes » (souvent ciblées à partir de 50 ans dans les exemples d'application),.

4. L'importance des transitions plutôt que de l'âge seul. Plutôt que de focaliser uniquement sur l'âge chronologique pour déterminer le moment de l'intervention, les documents suggèrent de cibler les transitions de vie (ex. : retraite, devenir proche aidant, veuvage),. Ces transitions sont présentées comme des moments opportuns pour agir et soutenir l'adaptation, quel que soit l'âge auquel elles surviennent.



Gervais Mathieu-Joël

Un défi pour nos interventions de promotion de la santé : mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité

Québec : INSPQ, 2023, 47 p. (Etat des connaissances)

En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-01/3440-interventions-promotion-sante-personnes-ainees-vulnerabilite.pdf>

Certaines caractéristiques sociales et démographiques représentent des facteurs d'augmentation du risque de situation de vulnérabilité, tels un faible statut économique, l'appartenance à un groupe racisé, l'appartenance à une minorité sexuelle ou de genre, l'éloignement géographique, l'isolement social, le faible accès aux canaux de communications usuels, la présence d'incapacités ou de handicaps. Cette synthèse rapide vise deux objectifs : 1) mieux comprendre les différentes barrières auxquelles font face les professionnels responsables de programmes de promotion de la santé voulant

rejoindre les personnes âgées en situation de plus grande vulnérabilité; 2) identifier des stratégies pour contourner ces barrières.

L'analyse des articles recensés montre que des éléments contextuels peuvent représenter des barrières pour les personnes âgées elles-mêmes, limitant leur accès aux activités de promotion de la santé offertes, ou pour les professionnels voulant rejoindre directement ces personnes. Ces éléments peuvent se regrouper selon trois grandes catégories de barrières, soit les barrières liées à l'accès aux activités offertes, liées à la confiance envers le système de santé ou encore liées à la pertinence perçue des interventions de promotion de la santé mises en œuvre. Quatre types de stratégies permettant de contourner ces barrières – et par le fait même de tenter de mieux rejoindre ces personnes via les interventions de promotion de la santé – peuvent être mises en place :

- Utiliser des stratégies de communication adaptées;
- Assurer une formation adéquate et une flexibilité des rôles chez les responsables de la mise en œuvre des interventions;
- Concevoir les interventions de promotion de la santé selon une approche holistique;
- Choisir stratégiquement les lieux de mise en œuvre des interventions.

Trois conditions organisationnelles et structurelles sont également ressorties comme facilitant la mise en œuvre de ces stratégies :

- L'efficacité des mécanismes de coordination intersectorielle;
- L'accès à du temps et à des ressources suffisantes;
- Un environnement politique favorable.

La présente synthèse doit être vue comme une première réflexion sur les différentes barrières pouvant être contournées dans l'optique d'améliorer l'état de santé des personnes âgées en situation de plus grande vulnérabilité par des interventions individuelles ou communautaires.



Comment mobiliser un public seniors à une action de prévention ? Un ensemble de freins et de leviers illustrés et détaillés pour guider les professionnels dans la mise en place de leurs actions pour le bien vieillir

Lyon : Métropole Grand Lyon, 2023, 35 p.

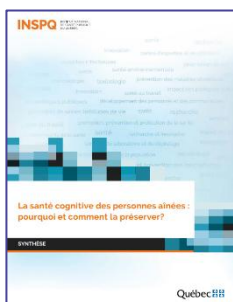
En ligne :

https://bienvivrechezsoi.grandlyon.com/app/uploads/2023/02/Guidemobilisation_web-3.pdf

Dans le cadre du projet Bien Vivre Chez Soi, une étude a été mise en place auprès des personnes de plus de 60 ans de la Métropole de Lyon afin de comprendre leurs représentations concernant les actions de prévention de la perte d'autonomie. Cette étude a été réalisée en 2020 par l'agence Nova7 et la Direction de la Prospective et du Dialogue Public de la Métropole. Une trentaine d'entretiens ont été menés auprès de seniors avec des profils variés (sexe, âge, situation sociale et familiale, lieu de vie différents). Ce travail a permis de faire émerger 13 freins et 12 leviers à la participation aux actions de prévention.

L'objectif de ce livret est de synthétiser les éléments de cette étude pour les rendre actionnables sur le terrain par les professionnels de la prévention. Ces freins et leviers ne

répondent pas à tous les profils de seniors. En effet, le public des plus de 60 ans est très hétérogène, il convient donc d'adapter son action aux personnes ciblées. L'étude complète est plus large et présente également les moments clés pour la prévention et des profils types de personnes à travers leur rapport à la prévention.



Maheu Cinthia

La santé cognitive des personnes âgées : pourquoi et comment la préserver?

Québec : INSPQ, 2021, 32 p.

En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2786-sante-cognitive-personnes-ainees.pdf>

Depuis longtemps, la santé physique et la santé mentale occupent une place importante dans le réseau de la santé. Plus récemment, la santé cognitive est devenue un sujet d'intérêt en gérontologie. Les démences de type Alzheimer, qui constituent la majorité des troubles neurocognitifs majeurs, augmentent avec l'avancement en âge. Le nombre et la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus croissent rapidement au Québec, reflet, entre autres, du vieillissement de la forte cohorte des baby-boomers. Actuellement, il n'existe pas de traitement curatif pour ces maladies. **Toutefois, il serait possible d'agir en amont pour prévenir ou retarder certaines atteintes cognitives et ainsi diminuer leurs impacts.**

Dans le cadre du Plan d'action 2018-2023 Un Québec pour tous les âges issu de la politique Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté au Québec, l'Institut national de santé publique du Québec collabore à « promouvoir auprès des intervenants en promotion de la santé dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux les conditions qui favorisent une bonne santé cognitive, afin de permettre à ceux-ci de bonifier leurs interventions auprès des aînés » (mesure 32).

Ce court document synthèse s'adresse aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, plus particulièrement ceux œuvrant en santé publique ainsi qu'à leurs partenaires. **Il permet de réfléchir aux cibles et leviers qui sont à leur portée pour mettre en place des interventions liées au maintien ou à la préservation de la santé cognitive au cours de la vie et en particulier chez les personnes de 50 ans et plus.** Dans le cas du déclin cognitif, il serait possible de le retarder et dans le cas des démences de type Alzheimer, de les prévenir ou de les retarder. La synthèse vise à éclairer et à outiller ces acteurs afin de mieux comprendre l'enjeu que représente la santé cognitive au Québec. D'autres publications portant sur la santé cognitive suivront dans les prochains mois.

Messages clés

- La population québécoise connaît un vieillissement accéléré. En 2019, les personnes de 65 ans et plus représentaient 19,3 % de la population. En 2031, ce pourcentage atteindra 25 %.
- Les conséquences personnelles, familiales et sociétales des atteintes cognitives sont importantes, particulièrement chez les aînés les plus âgés.
- **Adopter une approche populationnelle en intervenant auprès des individus et des environnements, avant et pendant la période de latence, pourrait modifier le cours de la maladie.**



- Généralement, les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur sollicitent au moins deux proches aidants.
- Les mécanismes pour préserver la santé cognitive touchent la réserve cognitive et la santé vasculaire :
- L'activité physique et la participation sociale agiraient pour les deux mécanismes.
- La stimulation et l'entraînement cognitif, ainsi que la saine alimentation interviendraient pour l'un des deux mécanismes de préservation de la santé cognitive.
- L'intérêt porté à la santé cognitive est relativement récent et nécessite de composer avec d'importants défis. La période silencieuse de 15 à 20 ans précédant les manifestations cliniques des troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer implique de longues périodes d'observation pour vérifier l'efficacité des différentes interventions touchant les facteurs de risque et de protection.



Active & health aging – Local government action guide

Victoria : Victoria state government – Health and human services, 2017, 7 p.

En ligne :

<https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/a/active-and-healthy-ageing-local-govt-action-guide---pdf.pdf>

Ce guide d'action, publié par le gouvernement de Victoria, vise à orienter les collectivités locales dans la création d'environnements favorisant un vieillissement actif et en bonne santé. Face à une population vieillissante, le texte souligne l'importance de maintenir la capacité fonctionnelle des aînés par le biais d'initiatives étatiques et de stratégies municipales ciblées. La structure du document s'articule autour de recommandations concrètes pour améliorer la participation sociale, encourager l'activité physique et lutter contre des enjeux critiques tels que l'âgisme et les abus envers les personnes âgées. En somme, l'objectif est de transformer le défi économique de la longévité en une opportunité de bien-être communautaire inclusif. Ce guide aborde la mobilisation sous l'angle de la promotion de la santé et du marketing social : il s'agit de rendre l'offre attractive et accessible en levant les barrières psychologiques (stigmatisation) et pratiques (accès physique et culturel).

1. Adapter le message et la communication - Le guide souligne l'importance de la manière dont les programmes sont présentés pour attirer les participants :

- Positivisme plutôt que risque : Pour les programmes de prévention des chutes, il est conseillé de communiquer sur le fait de « rester fort » et d'être au meilleur de sa forme, plutôt que de mentionner explicitement la « prévention des chutes », ce qui pourrait être un frein.
- Lutte contre les stéréotypes : Il recommande d'utiliser des images positives et inclusives dans le matériel promotionnel (par exemple, montrer des couples de même sexe) et de défier les stéréotypes âgistes qui voient les aînés comme un fardeau ou des personnes fragiles.

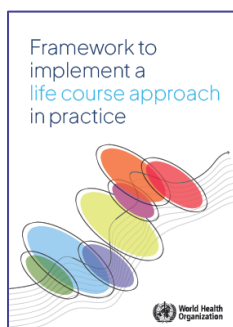
2. Cibler des populations spécifiques - Le document insiste sur la nécessité d'aller chercher des groupes qui ne participeraient pas spontanément (ce qui rejoint les lacunes mentionnées dans votre question précédente sur la représentativité) :

- *Inclusion sociale : Il propose de créer des programmes spécifiquement adaptés ("tailor programs") pour les personnes socialement isolées au sein de lieux familiers comme les bibliothèques, les maisons de quartier ou les centres de loisirs.*
- *Diversité : Il mentionne des initiatives spécifiques pour engager les aînés issus de la diversité culturelle et linguistique et recommande d'engager activement les personnes LGBTI dans les consultations.*
- 3. **Utiliser des canaux de proximité et des intermédiaires** - *Pour toucher les participants, le guide suggère plusieurs voies d'accès :*
 - *Ambassadeurs et champions : Soutenir des programmes de leadership où des personnes âgées elles-mêmes agissent comme ambassadeurs pour mobiliser leurs pairs.*
 - *Partenariats locaux : Travailler avec les clubs sportifs, les centres de loisirs et les Neighbourhood Houses (maisons de quartier) pour évaluer et adapter leur offre.*
 - *Points de référence : Promouvoir des points de contact clés pour l'orientation, notamment pour les victimes de violence familiale ou d'abus, bien que le guide note que pour certains sujets tabous comme la santé sexuelle, les prestataires de soins hésitent parfois à initier la conversation, ce qui peut freiner l'accès aux services.*



L'APPROCHE « PARCOURS DE VIE »

En considérant la santé et l'autonomie comme le résultat de trajectoires construites tout au long de la vie, l'approche « Parcours de vie » permet de proposer des actions de prévention qui s'inscrivent dans la continuité des habitudes, des expériences et des projets des personnes. Elle valorise leurs ressources, leurs capacités et leur rôle d'acteurs de leur santé, plutôt que de se centrer sur les risques ou les fragilités. En s'appuyant sur les moments clés de transition (retraite, changements de rythme de vie, évolution des rôles sociaux), l'approche par parcours de vie donne du sens à l'action préventive et favorise une adhésion plus précoce, durable et positive aux actions de promotion de la santé et de prévention de la perte d'autonomie.



Framework to implement a life course approach in practice

Genève : OMS, 2025, 163 p.

En ligne : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fcb4f44b-ccc6-410e-8811-98b9affcb233/content>

Le Cadre de l'OMS pour la mise en œuvre d'une approche du parcours de vie synthétise les données probantes actuelles visant à réorienter les systèmes de santé afin de promouvoir la santé et le bien-être, s'appuie sur des exemples de mise en œuvre à l'échelle mondiale et propose des pistes d'action. Cette approche reconnaît que la santé et le bien-être dépendent de l'interaction de multiples facteurs de protection et de risque, notamment lors des périodes sensibles et critiques qui jalonnent la vie et se transmettent de génération en génération. Elle renforce l'équité en reconnaissant comment les périodes critiques, les transitions et l'exposition cumulative façonnent les trajectoires de santé. Ce cadre s'adresse à un large public, notamment aux gouvernements, à la société civile et aux autres acteurs non étatiques engagés dans la mise en œuvre d'une approche du parcours de vie, et alimente les discussions sur la refonte des programmes de soins de santé primaires afin d'améliorer les trajectoires de santé tout au long de la vie.

Une approche axée sur le parcours de vie comprend un bon départ dans la vie, un développement optimal (des nourrissons, des enfants, des adolescents et des jeunes), la santé et le bien-être des adultes, un vieillissement en bonne santé et une mort digne à tout âge.

Le cadre fournit :

- Une approche stratégique pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et adapter les systèmes aux besoins changeants en promouvant les capacités sanitaires et le bien-être.
- Fondements conceptuels sur la manière dont les facteurs génétiques, biologiques, psychosociaux et environnementaux façonnent la santé et le bien-être tout au long de la vie et la santé intergénérationnelle.
- Six principes fondamentaux essentiels à la mise en œuvre d'une approche axée sur le parcours de vie.
- Exemples de pays en matière de mise en œuvre illustrant la réorientation des services.

- Des actions stratégiques sont nécessaires pour mettre en œuvre cette approche, notamment une action multisectorielle et une amélioration des données et du financement.



Chassang Michel

La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement

Paris : Conseil économique social et environnemental, 2023, 110 p.

En ligne :

https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2023/2023_09_autonomie_vieillessement.pdf

Cet avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) détaille une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie au sein d'une société française vieillissante. Le rapport souligne que la dépendance n'est pas une fatalité liée à l'âge, mais le résultat d'un cumul de facteurs de risques sanitaires, sociaux et environnementaux. Pour retarder ce déclin, l'institution propose d'agir sur l'adaptation des logements, de lutter contre l'isolement social et de valoriser les métiers de l'accompagnement ainsi que le rôle des aidants. L'organisation préconise également une simplification de la gouvernance par la création d'un service public territorial de l'autonomie. Enfin, le texte insiste sur l'importance de préserver la citoyenneté des aînés en les impliquant directement dans les politiques publiques qui les concernent.

[Extrait] : Prévenir la perte d'autonomie, c'est d'abord réduire, tout au long de la vie, les expositions aux risques de santé. Cette prévention doit s'inscrire dans une logique de parcours global : l'objectif doit être d'y intégrer les déterminants de santé que sont les conditions financières et matérielles de vie (revenus, logement, environnement, accès aux équipements de sports...), les conditions de travail et les autres déterminants, qui, à l'instar de l'éducation et des comportements individuels, pèsent sur les risques de développer certaines pathologies (1). Cette stratégie globale de prévention devra s'accompagner de préventions ciblées sur le repérage des fragilités des personnes qui avancent en âge (2).



La Déclaration de Minsk. Adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020

Copenhague : OMS, 2020 : 10 p.

En ligne : <https://iris.who.int/bitstreams/c642e530-ac85-4015-9ced-92179f5c2354/download>

Déclaration de Minsk : Une approche de la santé et du bien-être fondée sur le parcours de vie s'appuie sur l'interaction de multiples facteurs de promotion, de protection et de risque tout au long de la vie. Cette approche adopte une perspective temporelle et sociétale de la santé des individus et des générations, y compris les déterminants intergénérationnels de la santé. L'approche fondée sur le parcours de vie est un investissement pour la santé et le bien-être.

[Extraits]



p. 7 : Nous sommes déterminés à changer le regard posé sur la population vieillissante, qui serait face à des opportunités plutôt qu'à un déclin, et reconnaissons la formidable contribution que les personnes âgées peuvent apporter à l'économie. Il convient d'encourager de nouvelles solutions et un environnement favorable pour transformer en réalité la promesse d'un vieillissement en bonne santé pour tous.

p. 8 : Les mesures visant à promouvoir le vieillissement en bonne santé pendant toute la durée de l'existence, en facilitant l'engagement social, en mettant en place des systèmes de protection sociale qui garantissent aux personnes âgées de vivre dans la dignité, en ciblant les interventions de soutien aux seniors jugés plus à risque, et en investissant dans la prévention et la prise en charge d'affections ou de problématiques (telles que les chutes ou l'incontinence) qui limitent l'activité d'une personne.



Science advice for policy by European academies

Transforming the future of ageing

Berlin : SAPEA, 2019, 293 p. (Evidence review report ; 5)

En ligne :

<https://zenodo.org/record/3346917/files/tfa-report.pdf?download=1>

Ce rapport de la SAPEA se penche sur l'avenir du vieillissement. Il examine les meilleures données disponibles sur les politiques publiques susceptibles d'aider les pays de l'UE à instaurer des services de santé et de protection sociale inclusifs, équitables et durables. Les auteurs, d'éminents scientifiques nommés par des académies à travers l'Europe, concluent que le processus de vieillissement doit être transformé et que la meilleure façon d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées est de l'anticiper et de le prendre en charge dès la jeunesse et à l'âge mûr.

Le document s'articule autour d'une **approche tout au long de la vie [LIFE COURSE APPROACH]**, soulignant que des interventions précoces en matière de santé et d'éducation permettent de maintenir la **capacité fonctionnelle** des citoyens jusqu'à un âge avancé.

Cette approche (Life course approach) constitue un cadre fondamental pour comprendre et promouvoir le vieillissement en bonne santé. Il souligne que le vieillissement n'est pas un état statique atteint à un certain âge, mais un processus continu influencé par des facteurs intervenant dès la gestation et tout au long de l'existence.

1. Trois stratégies principales selon les phases de la vie Le rapport propose trois grandes stratégies de santé publique pour optimiser le vieillissement fonctionnel, adaptées aux différents stades de la vie :

- **Début de vie et jeune âge adulte (jusqu'à environ 30 ans)** : L'objectif est de **constituer des réserves** maximales, tant physiques que cognitives. Il s'agit d'atteindre le potentiel maximal de développement.
- **Âge adulte (d'environ 30 à 50 ans)** : L'objectif est de **maintenir les fonctions** et de retarder l'apparition du déclin fonctionnel et des maladies chroniques.
- **Âge avancé (au-delà de 50 ans environ)** : L'objectif est de **ralentir le taux de déclin** ou la progression des maladies pour préserver l'autonomie et la qualité de vie.

2. Les déterminants précoces et cumulatifs Le document insiste sur le fait que la santé à un âge avancé est le résultat d'expositions physiques et sociales cumulées :

- **Impact dès l'enfance** : Les conditions de vie durant la gestation, l'enfance et l'adolescence ont des effets à long terme. Par exemple, un faible poids à la naissance ou un statut socio-économique défavorable durant l'enfance sont associés à des risques plus élevés de mortalité et de maladies cardiovasculaires plus tard.

- **Éducation** : L'éducation joue un rôle majeur, dès l'école primaire jusqu'à l'âge adulte, pour transformer le vieillissement en opportunité.

- **Interaction gènes-environnement** : Le vieillissement fonctionnel dépend de l'interaction entre la capacité intrinsèque de l'individu (physique et mentale) et son environnement de vie spécifique.

3. Application à la santé cognitive L'approche est spécifiquement appliquée à la santé cognitive (cerveau). Le rapport présente un modèle où l'éducation et la stimulation intellectuelle tout au long de la vie permettent de construire une "réserve cognitive". Cette réserve aide à compenser les changements neuropathologiques et à retarder l'apparition de la démence.

4. Prévention et intervention

- **Interventions précoces et continues** : Pour contrer les écarts de santé, des interventions préventives complètes doivent être mises en œuvre tôt dans la vie et complétées par des interventions à chaque étape du cycle de vie.

- **Vaccination** : Le rapport mentionne également l'importance de la vaccination tout au long de la vie, par exemple contre le papillomavirus humain (HPV) pour prévenir certains cancers.

- **Réversibilité** : Bien que l'accent soit mis sur la prévention précoce, le rapport note que le déclin fonctionnel est modifiable par des choix de mode de vie à tous les stades de la vie.

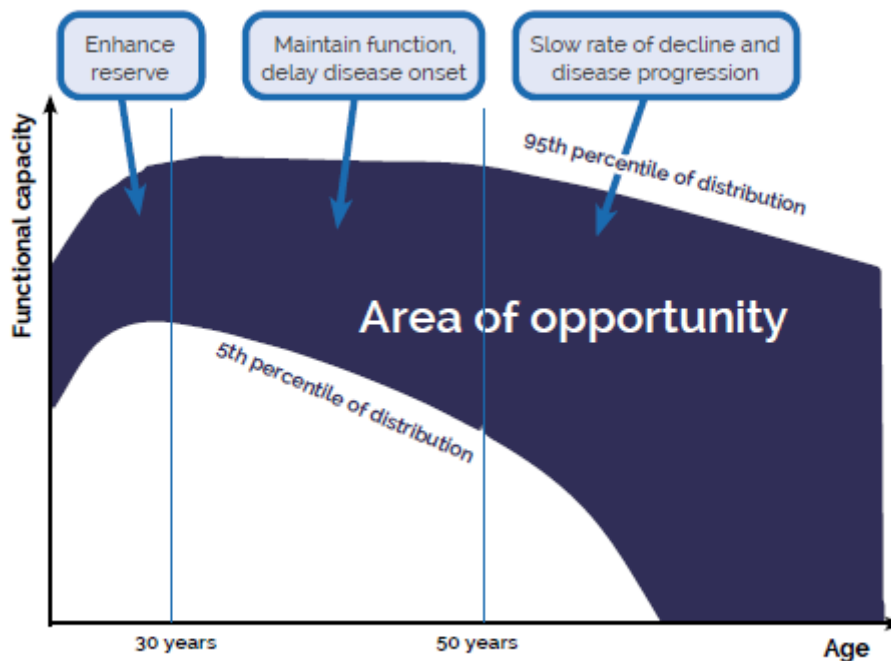
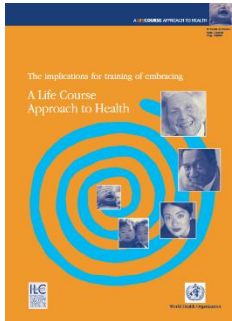


Figure 12. Public health strategies for functional ageing from a life course perspective.



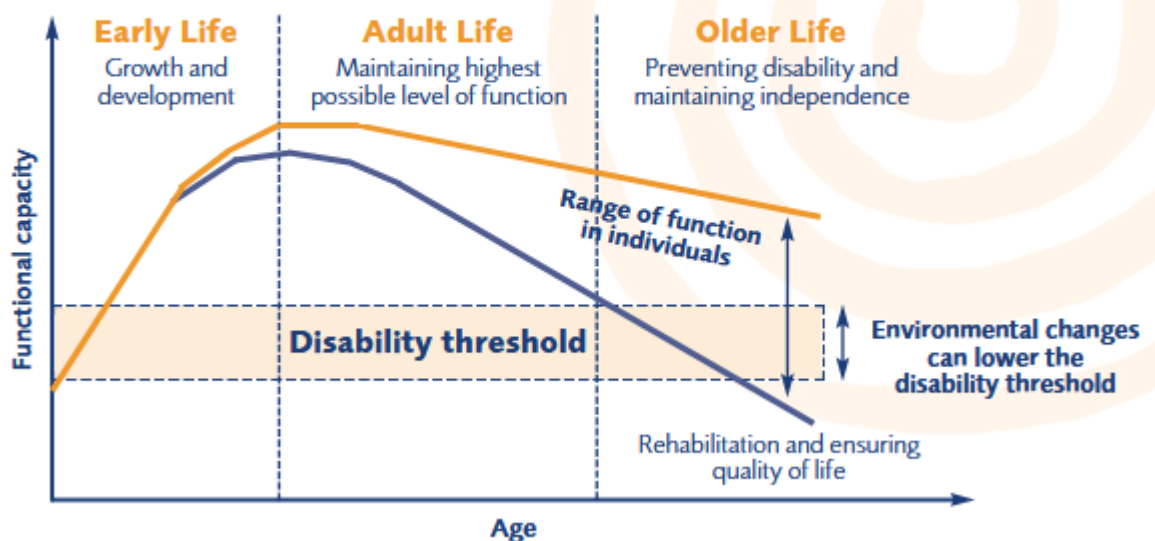
The Implications for Training of Embracing. A Life Course Approach to Health

Genève : WHO, 2000 : 12 p.

En ligne : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/56c95c04-2a0e-49ba-8966-f50bd3fe93b3/content>

Cette brochure de l'Organisation mondiale de la Santé présente **une approche de la santé tout au long de la vie pour répondre aux défis du vieillissement de la population**. Ce concept stipule que le bien-être d'un adulte dépend des interactions entre des facteurs biologiques, sociaux et environnementaux accumulés depuis la gestation. Le document propose d'intégrer ce cadre théorique dans la formation des professionnels de santé afin de privilégier la prévention et de briser les cycles de risques sanitaires. En comprenant comment les expériences de jeunesse influencent la capacité fonctionnelle future, les systèmes médicaux peuvent mieux préserver l'indépendance des personnes âgées. Les auteurs appellent à une collaboration interdisciplinaire pour transformer les pratiques éducatives et cliniques à l'échelle mondiale.

A life course perspective for maintenance of the highest possible level of functional capacity



DES OUTILS PÉDAGOGIQUES POUR APPUYER LES ACTIONS

Enfin pour clore ce dossier, quelques références d'outils pédagogiques pour accompagner les professionnels de la Carsat dans la mise en place des actions de promotion de la santé en direction d'un public senior « jeunes », sur des leviers en promotion de la santé, à savoir :

- La participation des usagers
- Les représentations de la santé
- Le pouvoir d'agir
- Les compétences psychosociales

Pour mémoire,

« Les outils d'intervention en éducation pour la santé sont des ressources à la disposition de l'intervenant, pour le travail sur des savoirs, savoir-faire et savoir-être dans le champ de la santé. L'utilisation de ces outils implique l'interaction entre l'intervenant et le destinataire et s'inscrit dans une logique de promotion de la santé. »

Lemonnier Fabienne, Bottéro Julie, Vincent Isabelle, Ferron Christine. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. Saint-Denis : Inpes, 2005, p. 18.

« Il n'existe pas d'outil universel. Un outil pédagogique, c'est simplement un support associé à une démarche et élaboré dans le but d'aider ou d'accompagner "un" public à comprendre, à apprendre ou à travailler...C'est donc un outil au service de la pédagogie, c'est-à-dire - plus modestement - au service de ceux qui apprennent ou de ceux qui les aident à apprendre (formateurs, enseignants, tuteurs, parents, collègues...). Non, un outil, ça ne se diffuse pas auprès du public, mais ça s'utilise avec « un » public, car il y existe autant d'outils que de publics. De plus, il n'existe pas d'outil universel (qui n'a jamais utilisé un marteau à la place d'un maillet ?) et la panoplie du formateur (la fameuse "boite à outils") ne peut se réduire à un seul outil pédagogique (le marteau sans les clous n'a pas grande efficacité !). »

Remettons les pendules à l'heure [Page internet]. Paris : Solidarité laïque, s.d. En ligne : <https://www.solidarite-laique.org/pro/documents-pedagogiques/quest-ce-quun-outil-pedagogique/>

L'outil d'intervention en promotion de la santé fait partie de la panoplie du promoteur de la santé en tant que support associé à une démarche et élaboré dans le but d'aider ou d'accompagner un public à travailler sur des savoirs, savoir-faire et savoir être dans le champ de la santé. Ces supports (vidéos, guides, jeux...) peuvent faciliter et enrichir les actions de sensibilisation et d'information. Ils permettent d'aborder les questions de santé avec les populations, de favoriser la discussion et la réflexion, de façon attractive et interactive.



Promotion Santé Bourgogne-Franche-Comté depuis des années des fonds pédagogiques à destination des professionnels ou des futurs professionnels. Les outils pédagogiques sont disponibles en prêt ; documentalistes et chargés de projets accompagnent les professionnels à leur utilisation sous différentes formes :

- L'accompagnement individuel au choix et à l'utilisation d'outils
- Des ateliers de présentation d'outils
- Des séances d'analyse d'outils

Les outils pédagogiques présents dans les antennes départementales de Promotion santé BFC (voir les coordonnées ici : <https://www.promotion-sante-bfc.org/contacts>) sont référencés dans la base de données Bib-Bop (<https://www.bib-bop.org/>). Le module de recherche avancée (https://www.bib-bop.org/base_bop/index.php) permet d'accéder aux outils par thématique de santé, par public cible, par support ou par localisation.

Les outils sont empruntables pour une durée de trois semaines, gratuitement.

Les références des outils sont classées de la plus récente à la plus ancienne.

●● DES OUTILS PÉDAGOGIQUES POUR FAVORISER ET ENCOURAGER LA PARTICIPATION



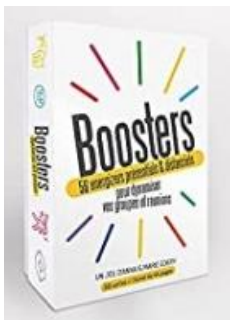
La participation en promotion de la santé Prêt.e à embarquer ?

Rennes : Promotion Santé Bretagne, 2024

En ligne :

<http://poleressources.promotionsantebretagne.fr/productions/la-participation-en-promotion-de-la-sante/>

Cet outil interactif vise à faciliter la compréhension, enrichir la réflexion sur la participation en promotion de la santé. Il propose un parcours à travers une histoire dont chacun est le héros, durant lequel il faut faire face à des péripéties, faire des choix, prendre des décisions. Tout au long du parcours, il est possible de s'appuyer sur des ressources (aides à penser, exemples concrets, outils...) qui seront utiles dans la mise en place de futurs projets.



Edery Anna, Edery Marie

Boosters – 56 mises en énergies présentes et distancielles pour dynamiser vos groupes et réunions [Jeu]

Soul Games, 2021

Ce jeu de cartes s'adresse aux professionnel(le)s pour les aider à dynamiser leurs réunions, formations, séminaires ou autres animations collectives. Pour mettre en pratique ces séances participatives, possibles en présentiel ou distanciel, les boosters d'énergie, ou énergizers, sont des activités courtes et faciles à mettre en place avec peu ou pas de matériel pour faciliter les séances. Chaque carte comporte un pictogramme au recto avec les caractéristiques du booster et sur le verso, le descriptif et sa mise en œuvre. Le jeu de cartes propose 4 catégories d'animation : les brise-glaces pour démarrer une session, se présenter... ; les mises en énergies pour redynamiser un groupe, varier le rythme, renouveler l'attention... ; les boosters pédagogiques pour former des groupes, favoriser la cohésion et la coopération... ; les boosters bien-être pour optimiser une pause, clôturer une session, remercier.

Localisation : Antenne 21



Vuattoux Patrick

Petit guide de la participation en santé de proximité

Besançon : Fédération des maisons de santé comtoises, Fédération française des maisons et pôles de santé, 2015, 87 p.

En ligne : <https://www.avec-sante.fr/wp-content/uploads/2018/11/le-petit-guide-de-la-participation-en-sante-de-proximite-ffmps.pdf>

Ce petit guide de la participation en santé de proximité a pour objectifs de donner des repères et des outils pour mettre en place de façon progressive des actions participatives, puis pour nourrir la dynamique installée. Il s'adresse aux professionnels de santé, usagers, institutionnels, responsables associatifs ou élus locaux motivés pour organiser ensemble une participation de tous à l'offre en santé de proximité.



●● DES OUTILS PÉDAGOGIQUES POUR TRAVAILLER SUR LES REPRÉSENTATIONS EN SANTÉ



Barot Cathy, Callejon Laurie, Cortyl Tatiana, et al

Promotion de la santé : concepts, méthodes, animation [Ouvrage]

Nantes : Promotion santé Pays-de-la-Loire, 2025, 249 p.

En ligne : <https://www.irepsdl.org/docs/Fichier/2025/5-250527084220.pdf>

Ce catalogue recense 186 outils de prévention visant à renforcer les compétences des acteur-ric-e-s engagé-e-s en promotion de la santé. Il a pour objectifs de leur permettre de comprendre les fondements et concepts clés de la promotion de la santé, d'identifier des leviers d'action concrets pour agir sur les déterminants de santé, d'intégrer des méthodes participatives et inclusives, d'accompagner efficacement la démarche de projet et enfin de choisir des outils adaptés aux publics et aux objectifs de prévention. Chaque outil fait l'objet d'une présentation complète et détaillée selon une fiche descriptive type, la recherche étant facilitée par plusieurs index. Certains outils sont signalés comme "outils phare", d'autres ont pu faire l'objet d'une expertise et permettent d'avoir un avis plus approfondi.



Verdant Emmanuelle, Chevassu Maggie, Defaut Marion

Les clés de la médiation en santé : guide à l'attention des professionnels du social et du médico-social [Ouvrage]

Dijon : Promotion santé BFC, 2024, 61 p.

En ligne : https://promotion-sante-bfc.org/system/files/guide_mediation_sante_promotion_sante_bfc.pdf

Ce guide s'adresse aux professionnels du social et du médico-social qui hésitent à aborder les questions de santé avec les personnes qu'ils accompagnent. Il a pour objectif de les outiller pour renforcer leurs compétences dans le champ de la médiation en santé. Il propose donc dans un premier temps des repères théoriques (représentations sociales, déterminants de santé, posture, stratégies efficaces). La deuxième partie est consacrée à des exercices pratiques à partir d'histoires inspirées de faits réels. Enfin, des références d'outils incontournables en prévention et promotion de la santé sont présentées. Cet outil peut être utilisé en autonomie ou bien en collectif lors d'une intervention, formation, sensibilisation.

Localisation : Antennes 21, 25, 39, 58, 70, 71, 89, 90



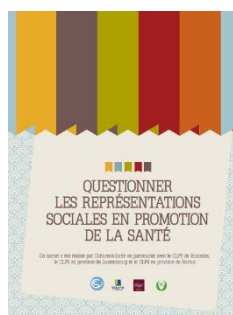
Bellisle Claire, Hebreard Lydie

Photolangage Interculturalité et santé. A la croisée de la culture et de la santé [Photoexpression]

Lyon : Chronique sociale, 2021, 48 photos

Ce dossier Photolangage®, né d'une demande du Comité départemental d'éducation pour la santé du Gard (CoDES 30), a pour objectif d'aider les publics d'origines et d'identités culturelle différentes à trouver et construire des repères, en groupe, autour des notions et des représentations de la santé. Quatre axes de travail particulièrement problématiques en éducation pour la santé en contexte interculturel peuvent être travaillés avec cet outil : explorer les croyances qui fondent ses pratiques en santé ; prendre conscience de la place de la culture dans sa démarche de santé ; comprendre ce que nous dit notre corps ; se développer en autonomie et en liberté en tant que femme et en tant qu'homme. [Résumé d'après éditeur]

Localisation : Antennes 25, 58, 90



Questionner les représentations sociales en promotion de la santé [Mallette pédagogique]

Bruxelles : Cultures & Santé, 2013

En ligne : <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/questionner-les-representations-sociales-en-promotion-de-la-sante/>

Destiné à aider les porteurs de projets en promotion de la santé à questionner les représentations sociales lors de leurs formations ou animations, ce carnet fournit des pistes pour comprendre le concept de représentations sociales, mettre en place des démarches de questionnement des représentations sociales et en déterminer les enjeux, et envisager les représentations sociales comme des leviers d'action efficaces pour promouvoir la santé. Il met en scène une animatrice et un groupe de femmes qui se réunissent au sein d'une maison communautaire. Progressivement, l'animatrice va prendre conscience de l'importance des représentations sociales et en tiendra compte dans sa pratique. Cette trame narrative se déroule sous forme d'illustrations. S'y rattachent des prises de recul et des repères théoriques.



●● DES OUTILS PÉDAGOGIQUES POUR RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR DES PARTICIPANTS



Fiches LISA – Littératie en santé

Bruxelles : Cultures & santé

En ligne : <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/fiches-lisa/>

L'objectif de cette collection de fiches courtes, concrètes et pratiques, est de sensibiliser les professionnels aux démarches liées à la prise en compte et au renforcement de la littératie en santé et de les soutenir dans la mise en œuvre de pistes d'actions favorables. Elle s'adresse à toute personne qui est amenée à communiquer de l'information pour la santé, que ce soit en relation individuelle ou en collectif (via des animations par exemple), et plus largement, tout acteur des secteurs de l'éducation, du social, de la santé qui est amené à renforcer les compétences en littératie en santé de son public. Chaque fiche propose sur un thème précis, un petit cadrage théorique, l'information à épinglez, un témoignage ou une expérience, comment s'y prendre concrètement, des outils et des ressources... Parmi les fiches disponibles : Comment rédiger un support d'information pour la santé lisible et compréhensible? - Comment communiquer oralement pour mieux se comprendre? - Comment accompagner un groupe à évaluer l'information pour la santé sur le web?...

Voir : « La littératie en santé et les personnes âgées » : https://www.cultures-sante.be/wp-content/uploads/2023/11/fiche_lisa_6.pdf



Challan Belval Maëlle, Gervais Nicolas

Jeu des qualités

Pont-Sainte-Maxence : Comitys, 2022

Ce jeu est un outil pédagogique abordant les compétences psycho-sociales. Il est conçu pour : enrichir son lexique des qualités humaines ; apprendre à se connaître ; identifier ses compétences personnelles et professionnelles ; construire la cohésion d'un groupe et s'amuser

Localisation : Antenne 25



de Wolf Evelyne, Genus Patricia, Lowie Leila

Le langage des émotions [Jeu]

Bruxelles, FCPPF, 2022

Cette nouvelle adaptation de la 3ème édition du jeu de carte "Le langage des émotions" a pour objectif de faire découvrir aux participants le panel des émotions ressenties et les mots justes pour les exprimer. Il favorise la conscience de soi par la découverte, la compréhension des émotions dans toutes leurs nuances. Il permet aussi de développer sa capacité à entendre les émotions et besoins de l'autre, de découvrir la dimension culturelle et de genre dans l'expression des émotions et de prendre conscience que les émotions évoluent, changent et ne sont pas figées.

Localisation : Antennes 21, 25, 39, 58, 70, 71, 89, 90



Sa Majesté Normes 1er [Mallette pédagogique]

Bruxelles : Question Santé, 2021

En ligne : <https://questionsante.org/outils/sa-majeste-normes-1er/>

Le jeu « Sa Majesté Normes 1er » est composé de 64 cartes proposant chacune 4 mots-clés. Ces cartes permettent d'aborder un large éventail de thématiques avec une dimension transversale.

Destiné aux professionnels du secteur associatif, social, scolaire, « Sa Majesté Normes 1er » est également composé d'un « guide de l'utilisateur-trice » qui propose des pistes pour l'animation. Après la première phase de jeu, une seconde phase d'exploitation est en effet encouragée.

L'utilisation de ce jeu en animation a pour objectif de faire réfléchir sur la puissance et l'omniprésence des normes de santé, ainsi que sur le côté binaire que peuvent prendre les débats actuellement, excluant toute forme de nuance ou d'interaction.



L'univers des sensations [Jeu]

Bruxelles : PCPPF, 2019

Cet outil s'adresse à un large public : garçons et filles, hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, personnes en situation de handicap... Il peut être utilisé seul, en couple, en famille, en classe, en équipe de travail, lors d'animations, d'évaluations, de cours d'alphabétisation... Il s'agit d'un jeu composé de 82 cartes qui se proposent d'être un support à l'identification, à l'expression et à la discussion sur le thème des sensations. Les cartes illustrées sont accompagnées de 11 cartes thématiques sur les qualités élémentaires des sensations et 7 pistes d'utilisation. Les objectifs sont les suivants : développer l'attention aux sensations et aux mots justes pour les exprimer ; favoriser la conscience de soi par la cartographie mentale du corps ; relier les sensations aux vécus émotionnels, relationnels, affectifs et sexuels ; relier les sensation aux différents besoins éprouvés ; inviter à prêter attention aux différentes sensations dans toutes leurs nuances, sans poser de



jugement de valeur ; inviter à prendre conscience du caractère impermanent des sensations. [Résumé d'après éditeur]

Localisation : Antennes 21, 25, 39, 58, 70, 71, 89, 90



L'expression des besoins [Jeu]

Bruxelles : FCPPF, sd

Ce jeu de cartes a été conçu comme support pour l'identification, l'expression et la réflexion sur la thématique des besoins. Les besoins sélectionnés y sont présentés au travers d'un personnage récurrent et asexué afin de respecter l'égalité de genre dans le nécessaire assouvissement des besoins. Tant le corps que le visage s'expriment : un simple froncement de sourcil, un port de tête, un mouvement de bras ou de jambes ou encore un détail du décor permettent d'identifier le besoin dont il est question.

Localisation : Antennes 21, 25, 39, 58, 70, 71, 89, 90



La littératie en santé. D'un concept à la pratique

Bruxelles : Cultures & santé, 2016

En ligne : <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation/>

La littératie en santé est un concept qui désigne la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie. La première partie de ce guide entend fournir des repères pour comprendre ce qu'est la littératie en santé ainsi que des leviers et des moyens d'action en faveur de la littératie en santé. La seconde partie présente 11 pistes d'animation permettant de renforcer la littératie en santé des membres d'un groupe, que l'animateur peut combiner ou utiliser séparément. Le contenu du guide est ponctué d'exemples et d'illustrations tirés d'expériences de terrain. Les idées clés sont mises en avant afin de faciliter la lecture du guide.



Cartes des forces [jeu]

Boniwell Ilonna, Martin-Krumm Charles

Epône : Positiran, 2014

Cet outil est conçu pour identifier et développer ses forces personnelles. Il propose aux joueurs de se connaître, de gagner en confiance, de s'épanouir et d'être efficaces. Chacune des cartes contient une photo et le nom d'une force sur le recto. Au verso figurent les questions susceptibles d'être posées pour identifier cette force, sa description et des suggestions afin de l'activer et de la développer.

●● DES OUTILS PÉDAGOGIQUES POUR DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES



Des récits et des vies [Jeu]

Chavelli Caroline

Le comptoir des histoires, 2017

Fondé sur des compétences psychosociales et les principes de la thérapie narrative, ce jeu a pour objectif de libérer la parole, de créer du lien et de trouver des ressources en permettant aux participants de se raconter, d'être écouté, de donner du sens aux histoires de leur vie avec émotion et poésie. Il peut être utilisé en groupe ou dans le cadre d'un entretien individuel. L'outil s'adresse à un large public, notamment les personnes âgées, les personnes handicapées, les aidants et les familles.

Localisation : Antennes 21, 25, 39, 58, 70, 71, 89, 90



Pôle personnes âgées, personnes handicapées de la Métropole de Lyon

La Tablée. Un jeu de cartes pour échanger autour de situations du quotidien[Jeu]

Lyon : Métropole de Lyon, sd

Ce jeu collectif a pour but de réfléchir, échanger et déconstruire les idées reçues autour de l'alimentation, de l'adaptation du logement, du lien social et de la santé des personnes âgées. Il a pour objectifs de : favoriser la discussion, l'échange et le débat sur différentes thématiques ; questionner les enjeux et les choix liés à l'alimentation, le logement, la vie sociale, l'activité physique, la santé et identifier les leviers et les freins personnels au changement des habitudes de vie.

Localisation : Antennes 21, 58, 71, 89



Isolitude [Mallette pédagogique]

Bruxelles : Cultures & Santé, 2017

En ligne : <https://www.cultures-sante.be/wp-content/uploads/2023/11/ep2017-isolitude-guide.pdf>

Cet outil permet d'ouvrir le dialogue sur la solitude et l'isolement. Les objectifs sont de : faire émerger ses représentations de la solitude et de l'isolement, découvrir d'autres points de vue que le sien sur ce sujet afin d'enrichir ses propres représentations, identifier les mécanismes individuels et sociétaux qui produisent de la solitude et de l'isolement subis et porter un regard critique sur ceux-ci, identifier des pistes d'actions individuelles et collectives pour lutter contre la solitude et l'isolement subis. L'animation est prévue pour un groupe d'adultes de 5 à 12 personnes et pour un temps de 2h minimum (ou sur plusieurs séances).

Localisation : Antennes 21, 25, 39, 58, 70, 71, 89, 90





Dis, raconte ! [Jeu]

Les filles du baobab, 2019

Ce jeu de cartes, accessible dès 7 ans, est un outil simple pour initier des échanges et mieux se connaître. A travers des questions sur ses goûts, souvenirs ou envies, il favorise l'expression de soi, l'écoute et le partage d'expériences. Utilisable comme brise-glace ou dans des ateliers, il stimule l'interconnaissance et met en valeur la singularité de chacun.

Localisation : Antenne 25

Promotion Santé Bourgogne-Franche-Comté rassemble dans ses centres de ressources documentaires spécialisés en santé publique des ouvrages, rapports et revues spécialisées en promotion de la santé, à disposition des professionnels et des futurs professionnels de la santé, de l'éducation et du social.

À Dijon, Promotion Santé BFC propose un fonds documentaire d'ouvrages, de rapports internationaux, nationaux et locaux, des revues spécialisées, des outils pédagogiques, des supports d'information diffusables en nombre, ainsi que des prestations documentaires personnalisées (recherches documentaires, bibliographies...).

Les autres antennes départementales de Promotion Santé BFC (Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne et Nord Franche-Comté) disposent d'un fonds pédagogique composé d'outils d'intervention en promotion et éducation pour la santé ; elles assurent la diffusion en nombre de documents d'information en santé, pour l'essentiel édités par Santé publique France.

Ces différents fonds documentaires sont interrogeables sur les bases de données Bib-Bop (<http://www.bib-bop.org/>).

Tous les centres de documentation possèdent un espace permettant la consultation sur place des documents du fonds documentaire (articles, ouvrages, outils, etc.).

Seuls les ouvrages et outils d'intervention sont empruntables, via une adhésion annuelle régionale gratuite.

Pour en savoir plus : <https://promotion-sante-bfc.org>