

Actions collectives « Bien vieillir »

Repères théoriques,
méthodologiques et pratiques



Sous la direction de
LUCETTE BARTHÉLÉMY
JULIE BODARD
JULIE FEROLDI

**Actions collectives « Bien vieillir » :
repères théoriques,
méthodologiques et pratiques**



Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques

Guide d'aide à l'action

Sous la direction de
LUCETTE BARTHÉLÉMY
JULIE BODARD
JULIE FEROLDI



Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Dagmar Soleymani**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex - France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de
cet ouvrage sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Barthélémy L., Bodard J., Feroldi J. dir.
*Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques
et pratiques. Guide d'aide à l'action.*
Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014 : 108 p.

ISBN 978-2-9161-9241-3

Composition du groupe de travail

Ce guide d'aide à l'action, intitulé « Actions collectives “Bien vieillir” : repères théoriques, méthodologiques et pratiques », a été réalisé dans le cadre de la convention 2011-2014 avec la Cnav, étendue aux autres régimes de retraite : MSA, RSI, Agirc, Arrco et Ircantec. Il a été co-construit avec un groupe de professionnels inter-régimes dont les représentants sont nommés ci-dessous :

CNAV

Julie Feroldi, Jean-Charles Dehaye, Annick Garcia et Sandrine Breitel (Carsat Alsace-Moselle), Marie-Astrid Bertrand (Carsat Nord-Est), Marie-Ange Lacoste (Carsat Rhône-Alpes) et Christelle Trotta, Bruno Garrigue (Carsat Sud-Est)

MSA

Christelle Dessaints, Penda Sall-N'Diay, Sylvie Hubert (MSA Côtes-Normandes), Christian Kulibanov (MSA Ile-de-France)

RSI

Sandrine Dehay, Frédéric Bergounioux

AGIRC-ARRCO

Élisabeth Créance

IRCANTEC

Christian Durousseau

Remerciements

Ce guide n'aurait pu voir le jour sans les conseils de nombreux acteurs du « Bien vieillir ». À défaut de pouvoir être exhaustifs, les auteurs souhaitent remercier :

■ Pour la réalisation du guide : **Albert Lautman**, **Antonin Blanckaert** et **Julie Feroldi** (Cnav), **Bruno Lachesnaie** et **Penda Sall-N'Diay** (MSA), **Isabelle Bitouzet** et **Frédéric Bergounioux** (RSI), **Anne Saint-Laurent** (Agirc, Arrco) ainsi que les membres du groupe de travail.

■ Pour la relecture du guide à l'Inpes : **Pierre Arwidson**, **Jocelyne Boudot**, **Khadoudja Chemlal**, **Céline Deroche**, **Emmanuelle Hamel**, **Nathalie Lydié**, **Angélique Nugier**, **Stéphanie Pin**, **Stéphanie Régat**, **Dagmar Soleymani**.

■ Pour la participation au pré-test qualitatif du guide : les professionnels des **Carsat**, de la **MSA** et du **RSI** (responsables des services actions collectives, chargés de mission, techniciens) et les promoteurs d'**ateliers d'« Activité physique »**.

Préface

Vieillir en bonne santé est un enjeu important de santé publique. La France connaît une profonde transformation structurelle de sa population par classe d'âge avec un accroissement du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus. Selon « Le bilan démographique 2013 » [1] de l'Insee, au 1^{er} janvier 2014, les personnes de 65 ans et plus représentaient 18 % de la population, proportion comparable à la moyenne européenne. L'espérance de vie atteint désormais 78,7 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes. Selon les projections, en 2050, 26,2 % de la population aura plus de 65 ans et la part des 75 ans et plus atteindra 15,6 %. Cet allongement de la durée de la vie et cette transition démographique représentent un capital pour la société tout en posant le défi de l'accompagnement de ces années de vie supplémentaires en leur assurant la meilleure qualité de vie possible.

Pour permettre un exercice des droits des personnes âgées, la société se doit de changer le regard qu'elle porte sur l'avancée en âge : « Il faut passer d'un regard qui dévisage à un regard qui envisage... » (Jean Cocteau). Parler de façon indistincte des personnes retraitées, âgées ou vieillissantes reflète mal l'hétérogénéité de cette population qui représente plusieurs générations. Les situations de vie sont extrêmement différentes selon l'âge des personnes, l'état de santé et les conditions socio-

environnementales. C'est pourquoi cette évolution des représentations tout comme la préservation de l'autonomie des personnes âgées relèvent d'une approche globale et positive de la prévention et de la promotion de la santé. Cette dernière s'appuie sur des stratégies d'action qui mettent en avant les facteurs protecteurs de la santé et développent l'interaction entre les déterminants individuels, sociaux et environnementaux.

C'est dans cette volonté de concevoir des politiques de prévention efficaces afin d'améliorer la qualité de vie des personnes avançant en âge que l'Assurance retraite a signé, en juillet 2011, une convention avec l'Inpes. Ce partenariat, porté par l'Assurance retraite avec la MSA (Mutualité sociale agricole), le RSI (Régime social des indépendants), l'Agirc et l'Arrco, permet d'associer l'ensemble des acteurs concernés par la politique de prévention de la perte d'autonomie : ministère des Affaires sociales et de la Santé, CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), autres régimes de retraite comme l'Ircantec (Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques), la CRPCEN (Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires), l'ANGDM (Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs), la CNRACL (Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales), etc.

Renforcer l'information et la sensibilisation des retraités et de leur entourage sur le vieillissement en santé et promouvoir une culture commune du « Bien vieillir » sont des axes essentiels de ce partenariat entre les régimes de retraite et l'Inpes. Ces actions facilitent l'harmonisation des pratiques professionnelles dans le champ des actions collectives.

Aujourd'hui, les institutions impliquées dans ce projet sont fières de présenter ce guide réalisé dans une démarche co-construite. L'ambition des auteurs est ainsi de proposer un ouvrage constitué de références et de repères pratiques dont les professionnels et les organismes concernés pourront s'inspirer pour la mise en œuvre d'actions collectives « Bien vieillir ». Le partage, au niveau des territoires, d'un socle commun de méthodes et d'outils d'aide à l'action permettra de garantir la qualité des offres de prévention collectives.

La directrice générale de l'Institut
national de prévention
et d'éducation pour la santé

Thanh Le Luong

Sommaire

I	Préface
11	Introduction
15	Cadres de référence « Bien vieillir » : repères théoriques
15	Spécificités de la promotion de la santé
16	Prévention globale
18	Interactions entre déterminants
20	Stratégies et milieux d'intervention
23	Catégorisation des résultats
26	Efficacité des interventions « Bien vieillir »
26	Axes et modes d'intervention
28	Intérêt du collectif
28	Théories du changement de comportement
29	Présentation des modèles logiques
29	Définitions, fonctions et utilisations
33	Actions collectives « Bien vieillir » : repères méthodologiques et pratiques
34	Cycle d'une action
36	Démarche qualité en promotion de la santé
38	Démarche d'évaluation du processus et des résultats d'une action



43	 	Modules d'aide à l'action
44		Module 1: Analyse de la situation
49		Module 2: Formalisation des objectifs
52		Module 3: Planification
56		Module 4: Mise en œuvre
59		Module 5: Évaluation du processus et des résultats
84		Module 6: Diffusion des résultats et communication
89	 	Conclusion
91	 	Annexes
93		Glossaire
97		Bibliographie
100		Ressources pour la pratique
104		Liste des tableaux, figures et outils
106		Liste des sigles et abréviations

Introduction

Tel que défini dans le plan national Bien vieillir 2007-2009 [2], s'inspirant lui-même des recommandations issues du groupe de travail européen « Healthy Ageing »¹, un vieillissement en bonne santé passe par l'adoption de comportements favorables et protecteurs pour la santé physique, mentale, sociale et environnementale, permettant ainsi aux personnes avançant en âge d'être actives socialement, sans discrimination, et de jouir, en toute indépendance, d'une bonne qualité de vie. De nombreuses mesures et actions, individuelles et collectives, ont été développées et ont fait preuve de leur efficacité en prévention et promotion de la santé.

Cet ouvrage s'intéresse spécifiquement aux actions collectives « Bien vieillir » avec pour finalité de promouvoir une culture commune et d'harmoniser les pratiques professionnelles chez les différents acteurs du champ des actions collectives.

Actuellement, les principales actions collectives sur le « Bien vieillir », organisées par les partenaires de la convention (Cnav, MSA, RSI, Agirc et Arrco), sur l'ensemble du territoire, sont des forums, des conférences et des ateliers de prévention et de promotion de la santé. Ces actions présentent des objectifs spécifiques.

1. Healthy Ageing, Health Evidence Network (HEN). *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?* Copenhague : WHO-Europe, 2003 : 17 p.

Les forums ou salons « Seniors » ont pour objectif de diffuser, ponctuellement, des informations sur le « Bien vieillir » ainsi que sur les offres de prévention des régimes de retraite et des partenaires locaux. Les conférences et les ateliers collectifs de prévention et de promotion de la santé traitent de la globalité du « Bien vieillir » ou abordent des thématiques spécifiques telles que l'activité physique et la prévention des chutes, l'alimentation et la mémoire. Certains sont consacrés à des sujets plus innovants comme la sécurité routière, la vie affective, l'estime de soi, le sommeil, la gestion du stress, les aides aux aidants, l'aménagement du logement, etc. Si les conférences constituent des rendez-vous uniques, les ateliers sont conçus sous forme de cycle. Les effets attendus de ces actions collectives sont différents et complémentaires. Les forums informent les participants sur l'offre disponible sur le territoire, les conférences consolident un socle de connaissances et les ateliers contribuent à renforcer les comportements protecteurs de santé. L'ensemble de ces actions collectives de prévention et de promotion de la santé favorise la participation et le lien social.

Partant de cet existant, l'ouvrage, co-construit avec des professionnels des régimes de retraite en inter-régimes, a pour objectif d'être un document commun d'aide à l'action pour l'ensemble des acteurs du champ du « Bien vieillir » au niveau national, régional et local. Ce guide met à disposition des repères théoriques ainsi que méthodologiques et pratiques pour la mise en œuvre et l'évaluation du processus et des résultats des actions collectives « Bien vieillir ».

Le premier chapitre combine des connaissances sur les principes de la promotion de la santé appliqués au « Bien vieillir », sur l'efficacité des actions, ainsi que sur les logiques d'intervention des actions de prévention. Le second chapitre fournit des repères méthodologiques sur le cycle d'une action et présente, en six modules, des repères pratiques pour organiser, mettre en œuvre et évaluer des actions collectives de prévention « Bien vieillir ». Des définitions en méthodologie de projet, en prévention et promotion de la santé sont réunies dans un glossaire en fin d'ouvrage.

Partant d'une méthodologie de projet générique, les auteurs proposent une application au champ populationnel du « Bien vieillir ». Selon les besoins des professionnels, les utilisations peuvent être multiples : opérationnaliser les théories et les concepts, questionner et renforcer les pratiques existantes, construire

de nouvelles actions collectives de prévention. Ce guide est destiné aux décideurs, responsables de service prévention et chargés de développement des actions collectives ainsi qu'à tous les intervenants impliqués dans le domaine de l'avancée en âge.

Une édition en ligne est disponible sur www.inpes.sante.fr/bienvieillir-outils/ ; des outils d'aide à l'action, signalés par ce pictogramme , peuvent être téléchargés.

Cadres de référence « Bien vieillir » : repères théoriques

À la fin de ce chapitre, les professionnels des régimes de retraite et leurs partenaires seront en mesure de :

- définir un socle commun de connaissances sur le « Bien vieillir » ;
- intégrer des stratégies efficaces dans les pratiques professionnelles ;
- expliquer la logique d'intervention des actions collectives « Bien vieillir ».

Ce chapitre a pour objectif de présenter les modèles sous-jacents à la thématique du « Bien vieillir » et d'explicitier ce qui fonde les enjeux capitaux pour toute intervention dans le champ de la promotion de la santé. L'intérêt de ces modèles théoriques soutenant l'action est de rendre possible le passage de l'implicite à l'explicite, d'identifier dans quel but et sur quelles bases les interventions sont construites. Identifier les différents modèles à l'œuvre dans les interventions, c'est être capable de donner du sens aux résultats et ainsi d'en tirer des éléments concrets pour l'élaboration et la conduite des actions.

SPÉCIFICITÉS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Le concept de promotion de la santé s'est peu à peu développé depuis les années quatre-vingt à travers l'évolution de chartes et déclarations successives. Au texte fondateur appelé charte d'Ottawa ont succédé les recommandations d'Adélaïde (1988), les déclarations de Sundsvall (1991), de Jakarta (1997) et de Bangkok (2005).

De manière générale, les définitions de la promotion de la santé tendent toutes à considérer la santé comme un droit fondamental de l'être humain. Pour prendre en compte le caractère inacceptable des inégalités de santé, les stratégies d'intervention doivent mobiliser tous les aspects de la vie politique, sociale et économique, ainsi que tous les citoyens, pour l'amélioration de la santé **[encadré 1]**.

ENCADRÉ 1

Définition de la santé

« La santé, c'est 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... » **[3]**

Prévention globale

Selon la définition de 1946, la prévention vise à « anticiper un dommage et à faire le nécessaire dans le but de l'éviter ». Cette prévention dite de protection contre des agents ou des risques identifiés se distingue habituellement, selon l'OMS, en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire **[4]**.

- La prévention primaire couvre des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et par conséquent à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas avec la prise en compte des conduites individuelles à risque.
- La prévention secondaire a pour objectif la diminution de la prévalence d'une maladie dans une population par des actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.
- La prévention tertiaire vise la diminution de la prévalence après diagnostic des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et la réduction des complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

Parce que la promotion de la santé se situe dans une approche populationnelle avec une prise en compte des déterminants individuels et socio-environnementaux, un autre modèle est proposé dans les années 1980, croisant les populations et les risques. Celui-ci retient les catégories de prévention universelle, spécifique et ciblée **[5]** :

- La prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé (personnes âgées de 55 ans et plus dont les personnes retraitées).

- La prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupes de la population en fonction de critères socio-environnementaux (personnes âgées migrantes, personnes âgées en foyer, personnes âgées veuves, personnes âgées bénéficiaires de minima sociaux, etc.).
- La prévention ciblée est fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques (risques de chute, de dénutrition, de dépression, sortie d'hospitalisation, dépendance, etc.).

La définition de la prévention globale et universelle est celle retenue pour le « Bien vieillir ». En effet, adopter une perspective globale de l'avancée en âge, c'est reconnaître que les personnes âgées constituent un groupe hétérogène. Les interventions en promotion de la santé, qui créent des milieux favorables, permettent aux personnes de prendre en main leur santé et de l'améliorer.

Le cadre d'orientation publié par l'OMS [6] en 2002 a alimenté la réflexion du groupe de travail européen Healthy Ageing. Ce dernier valorise cinq principes [encadré 2] à mettre en œuvre dans les programmes du vieillissement en bonne santé :

- les personnes âgées sont une ressource pour la société ;
- à tout âge, les interventions de prévention sont efficaces ;
- il est fondamental de prendre en compte les inégalités sociales de santé ;
- l'autonomie et le libre choix sont les finalités des actions ;
- la population des personnes âgées comporte de nombreuses spécificités.

ENCADRÉ 2

Principes fondamentaux du vieillissement en bonne santé

Les personnes âgées représentent une valeur intrinsèque pour la société

De nombreuses personnes âgées ont une vie extrêmement riche et constituent une ressource pour la société. Elles participent à la vie sociale, travaillent contre rétribution ou bénévolement en tant que volontaires dans des organisations ou des associations, prennent soin de membres de leur famille et d'amis. La discrimination pour cause d'âge est interdite dans certaines législations de l'Union européenne, mais la mise en application et l'éducation dans ce domaine sont nécessaires.

Il n'est jamais trop tard pour promouvoir la santé

Il existe des preuves qui montrent que les interventions de promotion en faveur de la santé peuvent prolonger la vie des personnes et améliorer leur qualité de vie. La promotion de la santé et la prévention sont possibles même chez les personnes d'un âge très avancé. Or de nombreux programmes de prévention ainsi que des interventions de promotion de la santé excluent les personnes âgées.



Équité en ce qui concerne la santé

S'attaquer aux inégalités devant la santé et améliorer les déterminants socio-économiques sous-jacents pour les personnes âgées devraient être au cœur de toute stratégie en faveur du vieillissement en bonne santé et de toute activité de promotion de la santé. L'équité en ce qui concerne la santé des personnes âgées implique explicitement la non-discrimination des personnes âgées.

Autonomie et autodétermination

L'autonomie et le libre choix sont essentiels pour la dignité et l'intégrité des personnes tout au long de la vie. Tous les êtres humains doivent avoir la possibilité d'être acteurs

de leur développement personnel et avoir le droit de prendre les décisions qui les concernent.

Hétérogénéité

L'hétérogénéité parmi les personnes âgées doit être prise en considération. Elle comprend des différences de sexe, de culture et d'appartenance ethnique, d'orientation sexuelle, ainsi que des différences d'état de santé, d'invalidité et de statut socio-économique. Les écarts entre les générations chez les personnes âgées doivent également être pris en considération. Il y a plusieurs générations entre des personnes âgées de 50 ans et celles âgées de 100 ans et plus.

Source : Texte extrait du rapport *Vieillir en bonne santé. Un challenge pour l'Europe*.
Östersund : Swedish National Institute of Public Health, 2007 : 37 p.

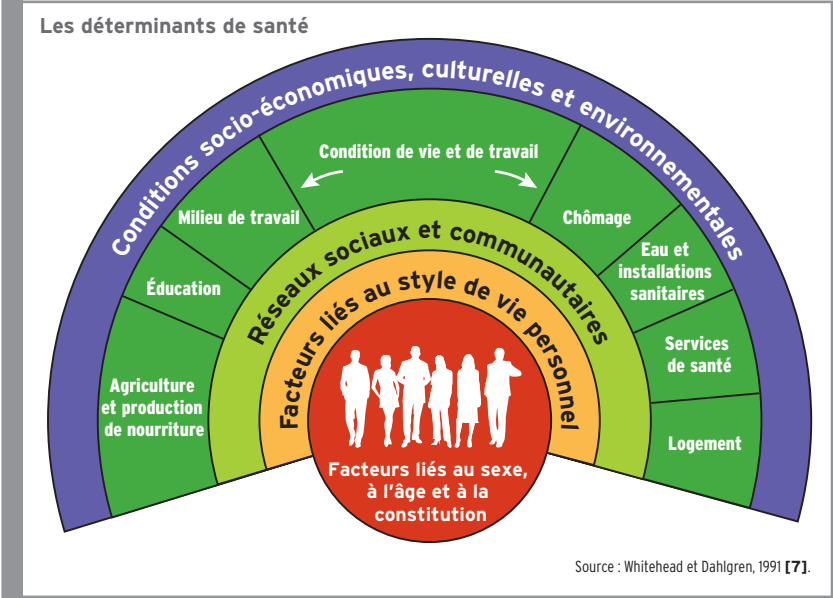
Interactions entre déterminants

La promotion de la santé repose sur le postulat suivant : un meilleur contrôle, par les populations, des facteurs influençant leur santé entraînera des choix pertinents relatifs aux moyens acceptables et nécessaires pour l'améliorer. Ainsi, les actions qui résultent de cette démarche peuvent être de nature variable : information, aménagement de l'environnement, démarche auprès de responsables institutionnels ou politiques, éducation pour la santé, etc. Cette approche globale en promotion de la santé **[figure 1]** considère ainsi que la santé est le résultat dynamique des interactions entre les individus et leur environnement.

La promotion de la santé a pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et les mêmes possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Celles-ci doivent toucher l'ensemble de la population tout en atteignant prioritairement les plus vulnérables.

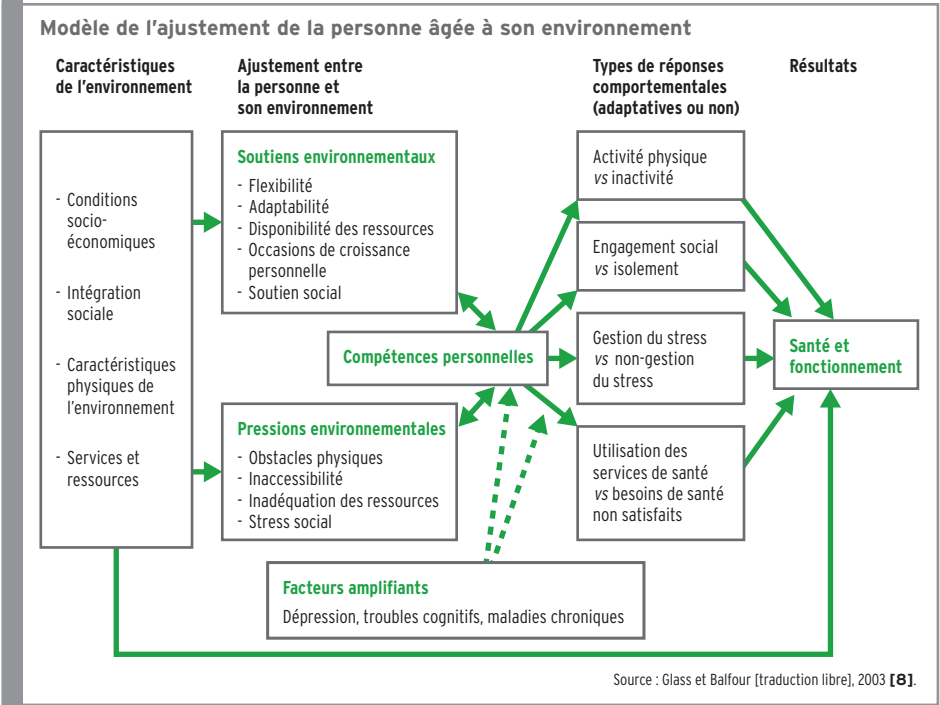
La perspective du vieillissement comme adaptation à l'environnement s'appuie sur l'idée que cette période de vie est profondément influencée par l'environnement physique et social. Ainsi, les pertes subies avec l'avancée en âge, en termes, par exemple, d'acuité visuelle et auditive, de mobilité ou de cognition, rendent les personnes particulièrement vulnérables aux contraintes de l'environnement.

FIGURE 1



Inspirés par le modèle écologique du vieillissement, Glass et Balfour présentent un modèle mettant largement en avant la notion d'interaction entre la personne et son environnement [figure 2].

FIGURE 2



Ce modèle, visualisant les interactions entre la personne âgée et son environnement, permet d'opérationnaliser les actions de prévention. Dans les éléments d'ajustement positifs, différents types de soutien sont mentionnés : la flexibilité, l'adaptabilité, la disponibilité des ressources, les occasions de croissance personnelle (valorisation, estime, image et confiance de soi, habilités dans les relations) et le soutien social. Ces éléments positifs constituent des leviers et des objectifs pour les actions de prévention. Dans les éléments d'ajustement négatifs, les pressions telles que les obstacles physiques, l'inaccessibilité, l'inadéquation des ressources et le stress social entravent le vieillissement en bonne santé et sans incapacité. Ces pressions négatives représentent autant de difficultés à prendre en compte dans la construction des offres de prévention.

Stratégies et milieux d'intervention

Au cours des quelque vingt-cinq dernières années, la recherche sur les déterminants de la santé des populations et sur les moyens de les influencer a connu un essor considérable à travers l'émergence des mouvements de promotion de la santé des populations. Dans la définition de la santé de la charte d'Ottawa [encadré 1] sont précisées cinq stratégies d'intervention :

- un axe politique qui invite les responsables, dans quelque secteur que ce soit, à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé de la population et à en tenir compte dans une perspective volontariste de santé ;
- un axe environnemental qui incite chacun à préserver les ressources naturelles et à créer des conditions de vie et de travail, sociales et matérielles, favorables à la santé ;
- un axe communautaire qui met en évidence la nécessité d'associer les communautés à la définition des priorités de santé publique et à la prise de décisions concernant leur santé ;
- un axe éducatif qui vise à conférer aux individus les aptitudes indispensables à leur implication active dans la prise en charge de leur santé et celle de leur collectivité ;
- un axe organisationnel de réorientation des services de santé afin qu'ils servent mieux les intérêts de la santé publique, respectent la dimension culturelle et sociale des personnes, et prennent en compte les attentes des personnes et des groupes en matière de santé.

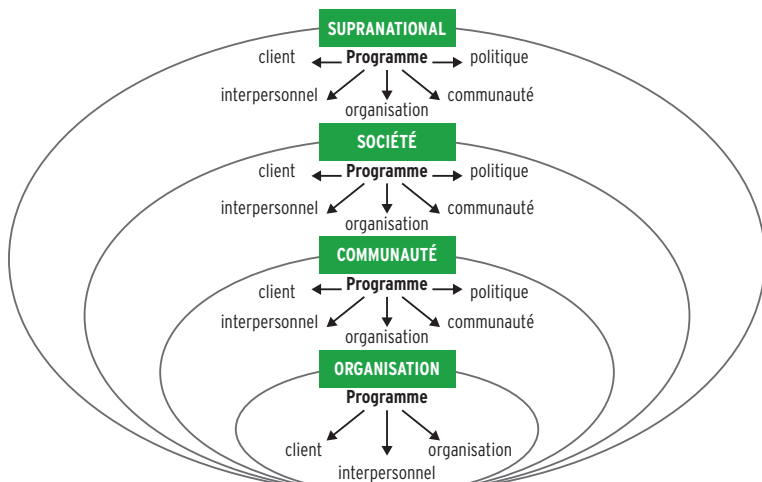
L'approche écologique [9] a été qualifiée de dimension-clé dans ce nouveau mouvement. Elle réunit différentes stratégies pour agir à la fois sur les déterminants individuels de la santé, telles les habitudes de vie, les connaissances et les attitudes, et sur les déterminants environnementaux, comme les réseaux sociaux, les politiques publiques et les caractéristiques des organisations professionnelles et des quartiers. L'approche écologique éclaire les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leur environnement

physique et social. Elle offre un éventail d'actions complémentaires dans un continuum allant d'interventions dispensées au plus près des personnes jusqu'aux niveaux régional et national, voire supranational.

La représentation graphique du modèle écologique [figure 3] permet de comprendre l'articulation des stratégies d'action en intersectorialité, du niveau local au niveau international. Ce modèle illustre les différentes stratégies de promotion, avec comme indicateur de qualité des interventions sur plusieurs cibles avec une diversité de stratégies d'intervention, dans une variété de milieux. Il est utilisé par des gestionnaires et des intervenants pour la recherche d'outils de réflexion et d'analyse de la dimension écologique de programmes « Bien vieillir ».

FIGURE 3

Modèle de l'approche écologique dans les programmes de promotion et de prévention de la santé

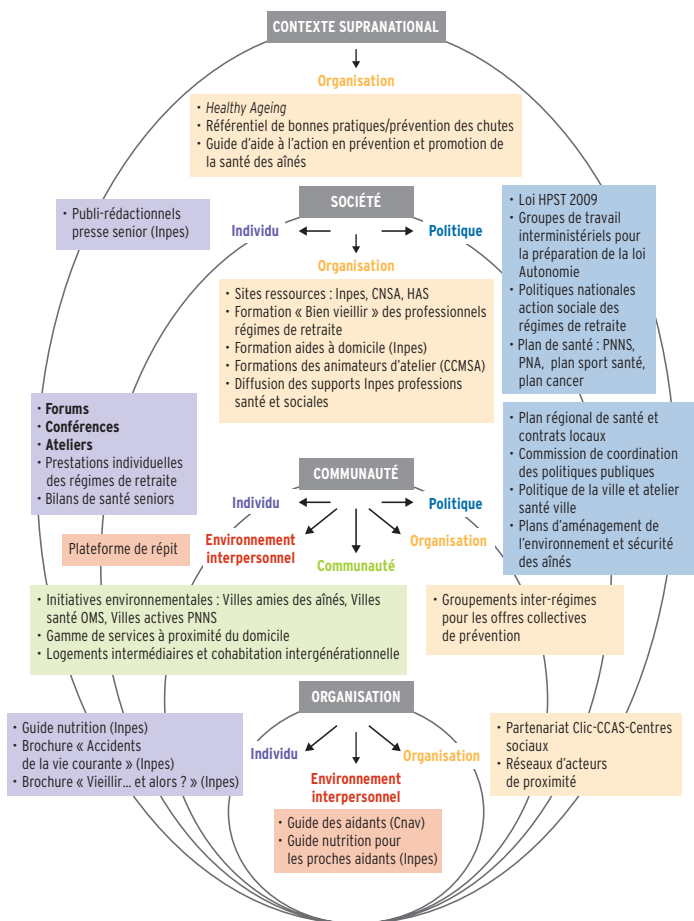


Source : Richard *et al.*, 1996 [10].

Sur la base de l'évaluation du plan « Bien vieillir » 2007-2009, des offres des régimes de retraite, des actions recensées lors des Journées de la prévention de l'Inpes, une photographie globale des interventions « Bien vieillir » par stratégie et par milieu est présentée ci-après [figure 4].

FIGURE 4

Modèle écologique illustré avec des actions « Bien vieillir » en France



Pour plus d'information sur les ouvrages cités, reportez-vous à la page 100 « Ressources pour la pratique ».

■ Individu ■ Environnement interpersonnel ■ Organisation ■ Communauté ■ Politique

De l'analyse de cette photographie, il est à noter que :

- toutes les stratégies sont mobilisées : en direction des retraités, des aidants proches, des organisations professionnelles, des environnements des communautés et des politiques ;
- tous les milieux sont concernés par les interventions : du territoire de proximité, de la communauté géographique, du national à l'international.

Les actions collectives « Bien vieillir » doivent s'inscrire en complémentarité des différentes stratégies d'intervention, tant locales que régionales et nationales. Une analyse du contexte d'implantation des actions collectives est précisée au **[module 1, p. 44]**.

Catégorisation des résultats

La santé n'est pas déterminée par une dynamique de causalité linéaire directe. Partant de ce constat, l'outil de catégorisation des résultats s'appuie sur une approche holistique et positive de la santé, positionnant les déterminants aux niveaux individuel, social et environnemental. L'outil de catégorisation des résultats vise à permettre l'anticipation et l'évaluation systématique des résultats selon quatre niveaux d'intervention possibles : infrastructures et prestations ; législations, administrations, organisations et réseaux institutionnels ; groupes et communautés ; personnes. Organisé en quatre colonnes **[figure 5]**, l'outil permet de mesurer l'impact des activités de promotion de la santé (colonne A) sur les facteurs qui influencent les déterminants de la santé (colonne B), puis sur les déterminants de la santé (colonne C) pour, en final, évaluer les bénéfices pour la santé de la population (colonne D) **[11]**.

Les activités de promotion de la santé de la colonne A constituent le point de départ de la planification. Ces activités peuvent être des offres de promotion de la santé existantes ou nouvelles, des collaborations entre organisations, des actions de mobilisation sociale ou encore des actions de développement de compétences personnelles.

En colonne B, les effets directs de ces quatre niveaux d'activités de promotion de la santé peuvent être mesurés par l'atteinte des critères de succès relatifs à une offre de promotion de la santé, par l'intégration de stratégies de promotion de la santé dans les institutions, par la création d'un potentiel social et d'un engagement favorables à la santé, ou encore, par le renforcement de compétences individuelles à la santé.

Dans une étape subséquente, les déterminants de la santé, présentés en colonne C, seront modifiés suite aux effets obtenus au niveau de la colonne B. Ces effets peuvent par conséquent se traduire par des changements favorables à la santé sur les environnements physiques, sociaux, ainsi que sur les ressources et comportements individuels.

Un aperçu général de cet outil est présenté en **[figure 5]** et appliqué pour les actions collectives **[figure 6]**.

FIGURE 5

Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats



Source: Promotion santé Suisse, 2005 [11].

FIGURE 6

L'outil de catégorisation des résultats appliqué aux forums, conférences et ateliers « Bien vieillir »



*Les indicateurs de résultat B1 et B4 sont expliqués dans le **Module 51**.

EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS « BIEN VIEILLIR »

Cette partie a pour objectif de dresser un état des connaissances sur les interventions et les stratégies efficaces pour prévenir la perte d'autonomie et/ou promouvoir le « Bien vieillir ». Il est important de situer les stratégies d'actions collectives de prévention au regard de données générales issues de la littérature internationale.

Axes et modes d'intervention

Dans le champ du « Bien vieillir », les programmes de promotion de la santé identifiés comme les plus efficaces sont principalement ceux qui visent à motiver les personnes retraitées à participer socialement pour favoriser les changements de comportement, améliorer les modes de vie et préserver la capacité de décision.

En sus des thèmes récurrents tels que la lutte contre les inégalités sociales de santé, la prise en compte des critères socio-économiques, les questions de genre et les spécificités liées à l'âge, des thèmes prioritaires pour l'action sont objectivés dans la littérature [12-14] :

- **promouvoir l'activité physique** : augmenter le niveau d'activité physique jusqu'à atteindre les 30 minutes recommandées par jour et de préférence tous les jours ;
- **promouvoir une alimentation saine et équilibrée** : en mettant l'accent sur la consommation de céréales et féculents, de légumes et fruits, de produits laitiers, de viandes, poissons et œufs, sur une consommation limitée de graisses saturées et sur la consommation d'eau ;
- **prévenir les troubles de la santé mentale** : lutter contre la dépression, l'isolement, le sentiment de solitude, renforcer les compétences psychosociales² ;
- **prévenir les traumatismes** : agir sur les chutes, le suicide, la maltraitance (les trois causes importantes de traumatisme chez les personnes âgées de plus de 65 ans) ;
- **prévenir les consommations d'alcool et de tabac** : préconiser l'arrêt du tabac, la réduction de la consommation d'alcool ;
- **renforcer les fonctions cognitives** : stimuler la mémoire à court, moyen et long termes ;
- **favoriser le bon usage des médicaments** : renforcer la coordination entre prescripteurs et le transfert d'information entre patients et prescripteurs ;

2. « Les compétences psychosociales sont autant d'aptitudes qui permettent aux individus d'évoluer avec leur environnement et de réagir de manière positive, en s'adaptant socialement et émotionnellement, aux exigences du quotidien. Elles favorisent également l'élaboration de stratégies cognitives pour faire face à des situations problématiques de la vie courante, qui nécessitent notamment de prendre des décisions avec responsabilité. » Définition de l'Inpes d'après [15], p. 1, traduction libre.

- **favoriser l'accès aux services de santé et soins préventifs** : donner des soins préventifs tels que les vaccinations, renforcer les visites médicales régulières à domicile ou en centre de santé ;
- **renforcer le capital social** : encourager la participation sociale, offrir des actions éducatives et sociales ;
- **adapter l'environnement** : améliorer l'accès à des environnements sans danger et stimulants, développer et favoriser l'accès aux nouvelles technologies.

Ces thèmes de prévention et de promotion de la santé, identifiés comme les plus importants pour bien vieillir³, interagissent les uns avec les autres. Plusieurs études ont démontré que l'adoption des différents facteurs physiques, psychologiques, cognitifs et sociaux, protecteurs pour la santé, contribuent à diminuer la mortalité [12].

La mise en action de ces grands axes de prévention et de promotion de la santé, dans un système complexe, peut se faire par différentes **stratégies** validées [13] telles que l'information et la communication, l'éducation à la santé, l'évaluation des besoins individuels, l'évaluation des risques environnementaux (du domicile et du quartier), les démarches communautaires, etc. Celles-ci peuvent être réalisées lors de séances collectives, ou en individuel via des visites à domicile, du suivi téléphonique par exemple, ou en combinant de l'individuel et du collectif. Diverses **activités** peuvent être réalisées au sein d'un même programme (stratégies multimodales) ou bien de manière indépendante (stratégies unimodales) : séances collectives thématiques, groupes de discussion, groupes de marche, etc.

Ces modes d'intervention, qu'ils soient unimodaux ou multimodaux, peuvent avoir lieu au domicile des personnes, en milieux ouverts à la communauté (gymnases, centres de quartier, centres sociaux, bibliothèques, etc.) ou en centres de soins.

En ce qui concerne le **rythme des actions**, les données de la littérature mettent en avant l'efficacité des actions qui se déroulent sur du moyen terme (six mois/un an), avec des séances régulières hebdomadaires. Certaines actions, nécessitant des prises en charge particulières, peuvent se dérouler sur du long terme (plus d'un an), comme par exemple des visites de contrôle et de surveillance à domicile, tandis que d'autres, répondant à un besoin immédiat et ponctuel, peuvent se faire sur du court terme (une fois à quelques jours ou semaines), les campagnes de vaccination, par exemple.

Qu'elles soient individuelles ou collectives, uniques ou plurielles, à court, moyen ou long terme, l'efficacité, certes reconnue, de ces différentes stratégies et modalités d'intervention, dépend en premier lieu des objectifs

3. Des sites de références thématiques, français, sont listés à la fin du guide dans les « Ressources pour la pratique ».

et résultats attendus définis en amont de toute mise en œuvre d'action. Reportez-vous au **[module 2, p. 49]**, pour des repères pratiques sur la formation et la rédaction des objectifs.

Évidemment, les spécificités d'implantation dues aux divers contextes politiques, économiques, démographiques, etc. sont à prendre en compte pour toute adaptation d'intervention. Un grand nombre d'interventions efficaces sont publiées dans des revues anglophones. Les études et les interventions françaises sont peu nombreuses ; ceci ne signifie pas qu'il n'existe pas d'interventions préventives efficaces en France, mais plutôt que peu de données évaluées sont publiées sur ces actions françaises. Comme cela est précisé dans le **[module 6, p. 84]**, la valorisation des actions est par conséquent essentielle.

Intérêt du collectif

Au regard des différents modes d'intervention efficaces présentés ci-dessus, les actions collectives prennent leur sens dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, notamment en matière d'acquisition de compétences psychosociales et de renforcement des comportements protecteurs. Les actions collectives sont intéressantes pour plusieurs raisons **[16]**. Tout d'abord, elles offrent aux personnes la possibilité de confronter leurs propres préoccupations et problématiques face à un groupe référent, s'extrayant ainsi de difficultés individuelles et dédramatisant certaines situations personnelles. Le collectif est aussi un moyen de travailler sur des représentations partagées, qui enrichissent certaines croyances individuelles et contribuent à faire évoluer des comportements favorables pour la santé. Il permet également d'identifier des personnes ressources, que celles-ci se situent au niveau des intervenants (professionnels ou bénévoles) ou au niveau d'autres participants. Enfin, participer à une action collective est un moyen de lutter contre la solitude, de vivre un temps d'ouverture de soi et d'ouverture aux autres.

Théories du changement de comportement

Dans le champ de la santé, et notamment en prévention et promotion de la santé, un des défis des professionnels est de comprendre comment les individus adoptent et maintiennent des comportements de santé qui conduisent à une meilleure qualité de vie. Plusieurs théories analysent les changements de comportements des personnes pour construire des interventions. Des modèles psychosociaux aux modèles sociocognitifs, tous placent la personne comme acteur de santé, toutefois les facteurs influençant les comportements peuvent varier **[17]**.

Dans ce guide, le choix est fait de s'appuyer sur la théorie du comportement planifié (TCP, Azjen, 1991). Celle-ci suppose que le comportement peut être prédit par l'intention d'agir, résultant de la prévision de possibles bénéfices.

Autrement dit, le comportement favorable que les professionnels souhaitent voir adopter par les personnes qui bénéficient de l'action peut être évalué, en partie, grâce à l'intention d'agir. Cette intention d'agir pourra elle-même être déterminée par des attitudes ou des perceptions, des croyances liées au comportement, par des normes sociales auxquelles l'individu est confronté (importance accordée au groupe de référence, norme morale personnelle, norme subjective, croyances normatives, norme descriptive) et par le contrôle perçu (perception du contrôle comportemental, croyances de contrôle, efficacité personnelle, facteurs facilitant l'action) [18, 19].

Des indicateurs d'évaluation tels que les attitudes, les pratiques, les habitudes de vie, les intentions sont proposés dans le [module 5, p. 59], comme des repères pratiques pour évaluer l'impact des actions collectives « Bien vieillir ».

PRÉSENTATION DES MODÈLES LOGIQUES

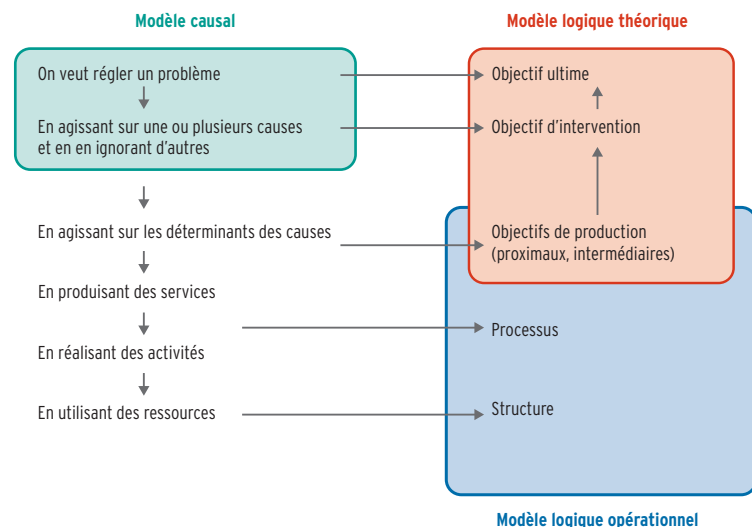
Définitions, fonctions et utilisations

Pour implanter des actions en prévention et promotion de la santé pertinentes et cohérentes avec des objectifs fixés, il est important de réfléchir, en amont, à la logique de l'intervention. Pour ce faire, un modèle d'intervention, appelé modèle logique, expliquant comment une action, un programme est susceptible d'atteindre des résultats, peut être utile pour :

- **concevoir l'action** : explicitation des choix de stratégie et clarification des objectifs ;
- **suivre l'action** : repérage des contraintes et des leviers pour un bon déroulement ;
- **évaluer l'action** : identification des résultats obtenus.

Trois modèles peuvent, ainsi, être réalisés, chacun ayant son propre intérêt [figure 7] :

- Le **modèle causal** explicite toutes les causes du problème de santé sur lequel l'intervention pourrait agir. Il prend en compte tous les déterminants et les facteurs influençant l'intervention.
- Le **modèle logique théorique de l'action** développe, sur un mode visuel, la théorie de l'intervention pour agir sur une ou plusieurs causes. Ce modèle décrit les différentes actions pour atteindre un résultat (changement d'état de santé, changement de comportement, etc.) sur la base de ce qui est reconnu comme efficace. Ce modèle identifie les résultats attendus en lien avec les activités, les liens de causalité entre activités et résultats, les interactions entre les activités et leurs résultats, et les facteurs susceptibles d'influencer ces résultats.
- Le **modèle logique opérationnel de l'action** décrit ses différentes composantes : activités, stratégies, groupes cibles, ressources.

FIGURE 7**Logique d'intervention : emboîtement des modèles causal, théorique et opérationnel**

Source : Brouselle, 2011 [20].

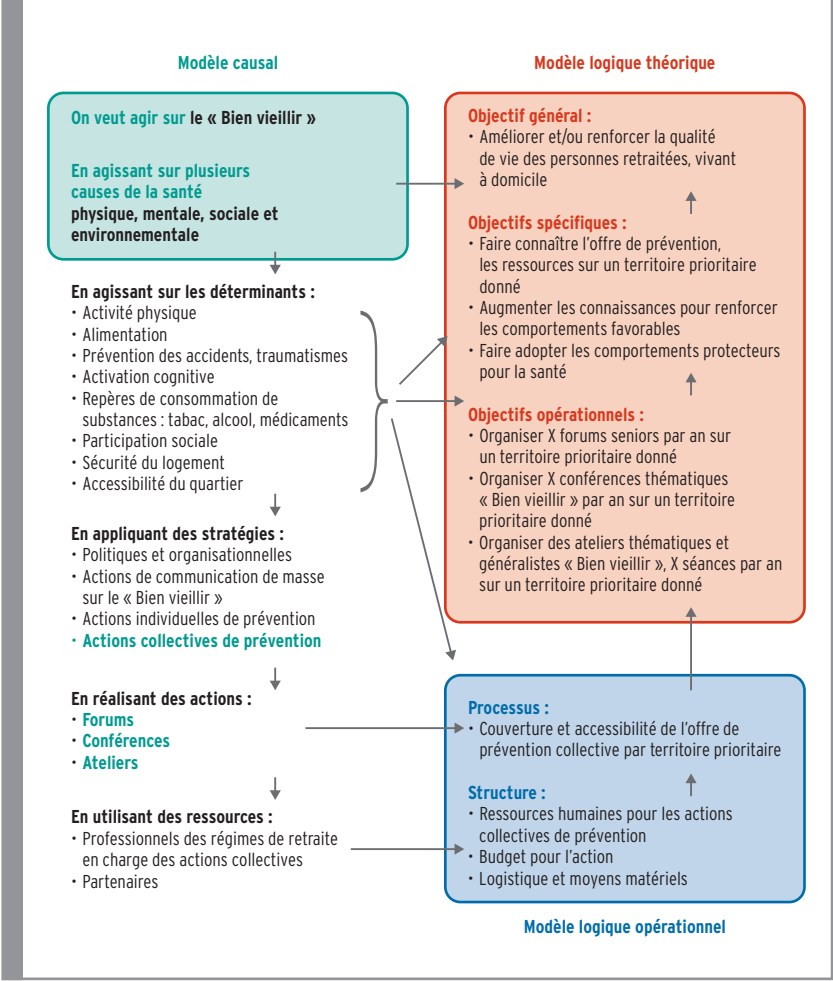
Présentées sous différentes formes (diagramme, schéma, tableau, ensemble de boîtes, chaîne de résultats), plusieurs étapes sont nécessaires pour élaborer un modèle logique générique :

- définir et documenter le problème ;
- identifier les situations de changement recherchées ;
- préciser les effets attendus à court, moyen et long terme ;
- mettre à jour les hypothèses explicatives des changements ;
- identifier les actions à mettre en œuvre pour obtenir le résultat final souhaité ;
- valider avec les partenaires.

Une adaptation de ces modèles causal, opérationnel et théorique est proposée ci-après [figure 8]. Les forums, conférences et ateliers sont intégrés dans le modèle logique d'intervention.

FIGURE 8

Illustration de la logique d'intervention des actions collectives « Bien vieillir »



De manière générale, un modèle logique d'intervention a le mérite de poser un cadre d'intervention en rendant visibles les différentes composantes de l'intervention.

Actions collectives « Bien vieillir » : repères méthodologiques et pratiques

À la fin de ce chapitre, les professionnels seront en mesure de :

- s'appuyer sur des ressources méthodologiques pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des actions collectives « Bien vieillir » ;
- utiliser des outils pratiques pour trois actions collectives : forums, conférences et ateliers.

Après avoir posé un socle de références sur des principes, des théories et des données issues de la littérature, ce chapitre aborde la mise en œuvre des actions collectives « Bien vieillir ». La première partie méthodologique présente les repères génériques sur le cycle d'une action, les points-clés pour évaluer la qualité d'une action dans une démarche de promotion de la santé, le déroulement et les effets d'une action de prévention de la santé. La seconde partie propose une approche pratique en six modules reprenant les différentes phases d'une action collective « Bien vieillir » : de la conception à la mise en œuvre et l'évaluation. Ces modules ont pour vocation d'être des fiches pratiques sans hiérarchisation dans leur utilisation. De nombreux exemples sont proposés sur la base des forums, conférences et ateliers « Bien vieillir » mis en place par les régimes de retraite. Le pictogramme  indique que l'outil, présenté en exemple dans l'ouvrage, sera téléchargeable dans la version en ligne. Pour faciliter l'appropriation de ce chapitre, et notamment de la partie 2, une frise chronologique, présentée ci-après, rendra visible le positionnement de chaque module en lien avec le cycle d'une action.

Avant			Pendant		Après
Conception			Mise en œuvre		Bilan
Évaluation de la pertinence			Suivi des activités		Évaluation du processus
Évaluation de la cohérence			Évaluation du processus		Évaluation des résultats
Communication					
Module 1	Module 2	Module 3	Module 4	Module 5	Module 6

CYCLE D'UNE ACTION

De manière générale, la vie d'une action est structurée en trois temps au cours desquels plusieurs étapes de réalisation et d'évaluation sont indispensables.

Tout projet de prévention et de promotion de la santé commence par une **phase de conception** avec l'analyse de la situation / du contexte sanitaire, environnemental(e), social(e), politique, populationnel(le), etc., l'identification des stratégies d'action et des activités, la formalisation d'objectifs cohérents ; et la planification de l'action avec la prévision des ressources humaines, financières et matérielles, le calendrier, etc. Cette première phase est la plus importante pour la réussite d'un projet ; l'investissement qu'elle représente ne doit pas être sous-estimé.

L'évaluation étant au service de l'action, à chaque phase, une étude évaluative permet d'optimiser l'action. Lors de cette phase de conception, une modélisation de l'action (ou évaluation théorique) peut être réalisée et répondre ainsi à la question évaluative : L'action est-elle susceptible d'atteindre ses objectifs, au regard des connaissances ? Cette phase préparatoire questionne la pertinence et la cohérence de l'action [tableau I].

TABEAU I

Questions à se poser pour évaluer la pertinence et la cohérence lors de la conception d'une action

Pertinence	Cohérence
• Les facteurs et les déterminants choisis sont-ils les plus pertinents pour répondre au problème identifié ? • La population concernée pourra-t-elle être rejointe par les stratégies proposées ? • Les moyens et les ressources disponibles permettent-ils de mettre en œuvre les stratégies définies dans le temps imparti ?	• Les objectifs spécifiques sont-ils une bonne déclinaison de l'objectif général ? • Les stratégies envisagées permettent-elles, <i>a priori</i>, d'atteindre les objectifs fixés ? • La durée de l'intervention est-elle compatible avec les objectifs à atteindre ?

Avant la mise en œuvre, une expérimentation à petite échelle peut être réalisée ; il s'agit d'un pré-test permettant de savoir si l'action ou les outils d'intervention envisagés sont adaptés aux publics ciblés.

Différents outils peuvent aider à structurer la réflexion avant la mise en action : outil de catégorisation des résultats illustré en p. 24-26, modèles logiques présentés en p. 30-32, outil d'analyse stratégique détaillé en **[module 1, p. 44]**, tableaux de planification, d'estimation des besoins et des ressources proposés dans le **[module 3, p. 52]**.

La mise en œuvre et le suivi d'une action passent par une réalisation des activités prévues et une observation de leur déroulement. L'évaluation du processus commence pendant cette phase. Un/des bilan(s) intermédiaire(s) est (sont) conseillé(s) pour vérifier la dynamique de l'action, pour mesurer l'adéquation des moyens et des ressources prévus et engagés, pour recentrer l'action sur les objectifs initiaux et permettre aux acteurs de l'ajuster si besoin.

À cette étape, des tableaux de bord sont des outils utiles pour suivre le déroulement de l'action et son processus. Il est essentiel de documenter ce qui est réalisé pour pouvoir suivre le déroulement de l'action. Des outils pour planifier et évaluer le processus des actions collectives « Bien vieillir » sont présentés en **[modules 4 et 5, p. 56 et 59]**.

La fin d'une action est marquée par la réalisation de l'évaluation – qui aura été anticipée et préparée lors des étapes précédentes – en mesurant :

- les facteurs de réussite et/ou d'échec de l'action, sur la base de ce qui a été finalement réalisé par rapport à ce qui était prévu (évaluation de processus) ;
- les effets attendus au niveau des déterminants individuels (connaissances, attitudes et comportements), au niveau des déterminants sociaux (participation sociale, réseau interpersonnel) et au niveau des déterminants environnementaux (accessibilité des offres).

Des repères pour l'évaluation des actions collectives « Bien vieillir » sont présentés en **[module 5, p. 59]**.

Points-clés pour une communication transversale

- Avant l'action, elle apporte des informations aux personnes concernées pour les motiver à participer, ainsi qu'aux partenaires, décideurs, acteurs pour les mobiliser et favoriser une culture commune autour de l'action.
- Pendant l'action, sous forme de lettres ou de comptes-rendus, les différentes activités sont rendues visibles grâce à des bilans intermédiaires.
- Après l'action, la valorisation des résultats de l'action permet de rendre compte aux personnes, de questionner l'action pour l'optimiser, la généraliser et la pérenniser si elle est considérée comme efficace au regard des objectifs fixés en amont.

Démarche qualité en promotion de la santé

Dans le cadre de la mesure 15, issue des États généraux de la prévention de 2006, l'Inpes a mené un travail collaboratif avec une dizaine d'associations pour l'élaboration du guide d'autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé.

La démarche qualité en promotion de la santé, fondée sur un socle de valeurs et de principes communs, est un moyen de répondre aux impératifs de dialogue interne et de (re)fondation régulière de la confiance entre associations, pouvoirs publics et populations. Cette démarche qualité en promotion de la santé est une démarche complémentaire à la démarche évaluative permettant de se questionner sur ses pratiques et son fonctionnement interne de manière structurée [21]. Ses objectifs sont d'améliorer des pratiques individuelles et collectives, de mettre en évidence les compétences acquises et les développer, et de renforcer les capacités de négociation et de plaider pour favoriser la reconnaissance par les partenaires. C'est une démarche qui repose sur cinq niveaux d'analyse : la promotion de la santé dans la structure, les principes de promotion de la santé dans l'action, l'analyse de situation, la planification, l'animation et la gestion de l'action.

Les principes « qualité » de promotion de la santé dans l'action sont définis en 4 critères : approche globale et positive de la santé, prise en compte des inégalités sociales de santé, renforcement des ressources personnelles et sociales des populations et participation des populations concernées.

Les Ateliers du « Bien vieillir », appelés également ABV et développés depuis 2005 par la MSA, illustrent ces critères qualité en promotion de la santé [tableau II]. Ils sont déployés sur l'ensemble du territoire et visent la promotion de la santé et la prévention des risques de détérioration de certaines facultés.

Les ABV réunissent de 10 à 15 personnes dans un cycle de 7 séances de 3 heures chacune. Ils sont animés par des médecins, des travailleurs sociaux et des bénévoles formés qui s'appuient sur une méthode interactive conjuguant contenu scientifique, conseils ludiques et convivialité. Les ateliers se déroulent dans des structures de proximité qui favorisent le lien social dans les communes et villages pour créer une dynamique d'actions de prévention sur les territoires ruraux.

L'efficacité des ateliers est démontrée par des évaluations qui soulignent les évolutions de certains comportements des participants. Ainsi, les ateliers sont non seulement un levier pour créer du lien et des relations sociales, mais œuvrent aussi pour l'intégration des seniors dans une démarche globale de prévention santé.

TABLEAU II

Ateliers du « Bien vieillir » MSA :
illustration de la démarche qualité en promotion de la santé

Critères qualité	Indicateurs qualité	Ateliers Bien vieillir (MSA)
Approche globale et positive de la santé	Approche multithématique	7 thèmes : bien-être, alimentation, sommeil, calcium et os, 5 sens, médicaments, santé bucco-dentaire
	Renforcement des facteurs protecteurs de la santé	Conseils simples, applicables au quotidien
Réduction des inégalités sociales de santé	Logique de parcours de vie et de santé	Actions MSA inscrites pour le maintien des personnes dans leur cadre de vie
	Actions sur les déterminants socio-environnementaux	Prise en compte de l'offre et des ressources des territoires
	Partenariat avec les acteurs du territoire	Implantation des ateliers en partenariats inter-régimes et locaux
Renforcement des ressources personnelles et sociales	Développement des connaissances et des compétences psycho-sociales	• Renforcement du lien social chez les participants • Développement des compétences des animateurs bénévoles
	Développement des capacités et du pouvoir d'agir	Adoption et/ou renforcement des comportements protecteurs de santé
Participation des personnes concernées	Participation dans la construction méthodologique des actions	Questionnaires d'évaluation
	Démarche participative à toutes les étapes de l'action	Pédagogie participative lors des séances

Source : Corman B., Lauque S., Vanbockstael V., Teillet L. Les programmes d'éducation à la santé semblent efficaces pour bien vieillir. *Gérontologie et société*, juin 2008, vol. 125 : p. 105-119.

Démarche d'évaluation du processus et des résultats d'une action

Pourquoi évaluer ?

L'évaluation a pour vocation d'être scientifique, d'utilité sociale et opérationnelle. Elle présente plusieurs enjeux qui ont un intérêt particulier auprès de trois grandes catégories d'acteurs **[tableau III] [22]**.

TABLEAU III

Intérêts de l'évaluation pour différents acteurs

	Les participants	Les professionnels salariés et bénévoles	Les financeurs et les décideurs
Produire de la connaissance et adapter les actions aux besoins et attentes	✓	✓	✓
Modéliser, développer des stratégies d'intervention efficaces		✓	✓
Améliorer les pratiques professionnelles		✓	
Démontrer le bénéfice des actions	✓	✓	✓

Une **évaluation du processus** est utilisée pour apprécier la mise en œuvre pratique d'une intervention, le déroulement, l'utilisation des ressources prévues, l'atteinte des objectifs, pendant ou immédiatement après l'intervention.

L'atteinte des objectifs d'une action dépend aussi des effets engendrés sur les comportements individuels et socio-environnementaux. Une **évaluation des résultats** permet d'apprécier si l'action a eu des effets sur les connaissances (savoirs), sur les intentions / attitudes / normes / capacités à mettre en œuvre un comportement (savoir-être), sur l'utilisation des ressources (pouvoir-faire) et sur les changements réels individuels et/ou socio-environnementaux : impact sur les politiques, les pratiques, etc. **[20, 22]**.

Pour différentes raisons, l'évaluation d'une action peut être complexe à réaliser, toutefois elle ne doit pas être considérée comme une contrainte. Comme cela est indiqué tout au long du guide, l'évaluation doit être anticipée dès la phase de conception de l'action pour être opérationnelle en fin de cycle. Elle doit être proportionnelle aux moyens de la structure porteuse de l'action, autrement dit adaptée aux activités, aux ressources humaines et financières de la structure ainsi qu'aux compétences techniques des équipes. Même simple, une évaluation régulière est indispensable pour obtenir des éléments sur le service rendu des actions mises en œuvre.

Qui évalue ?

Différents opérateurs peuvent réaliser l'évaluation : en interne, par les professionnels en charge des actions ; en externe, par des prestataires ; ou en combinant les deux possibilités.

En fonction du type d'évaluation souhaité, les moyens et les ressources nécessaires diffèrent. Chacune de ces modalités a des intérêts et des limites en termes de compétences, de coûts et d'organisation [tableau IV] [23], il convient à chaque structure de les identifier selon ses propres ressources et besoins.

TABLEAU IV

Intérêts et limites du choix de l'évaluateur

	En interne	En externe	En combinant les deux
Intérêts	• Bonne connaissance de l'action, de ses facteurs limitants et facilitateurs • Coût financier limité	• Distance par rapport à l'action, gage de neutralité et rigueur méthodologique	• Bon compromis entre la connaissance, le coût (ressources internes) et la rigueur méthodologique (compétences externes)
Limites	• Manque d'objectivité • Compétences méthodologiques requises • Chronophage (le temps de travail des acteurs est important)	• Coût à provisionner • Choix du prestataire	• Chronophage dans la coordination des tâches

Quand évaluer ?

Pour les actions ponctuelles – type forums et conférences –, une évaluation de processus et de résultats est à prévoir à la fin de l'action.

Pour les actions à moyen terme – type ateliers –, il est recommandé d'avoir recours à plusieurs mesures aux différents temps de l'action. L'idéal est une évaluation avant l'action, une à la fin de l'action puis une quelques mois après (3, 6 mois, voire un an plus tard). Cette régularité permet d'obtenir des données comparables, d'augmenter la fiabilité des résultats et ainsi d'observer des effets potentiellement liés à l'action.

Quoi et comment évaluer ?

Différentes données peuvent être recueillies pour évaluer la mise en œuvre et les effets d'une action. Des questions évaluatives sur le processus et les résultats d'une action permettent de cadrer l'évaluation. Leurs réponses sont étayées avec des critères et des indicateurs d'évaluation pour mesurer différents objets [tableau V] [24].

Pour évaluer les résultats d'une action de prévention ou de promotion de la santé, il existe plusieurs types d'études plus ou moins complexes, tels que les évaluations « avant/après » ou « ici/ailleurs », les essais randomisés, etc.,

qui permettent de montrer l'efficacité d'une intervention par rapport à un groupe témoin qui n'en a pas bénéficié. Dans ce guide, nous avons fait le choix de présenter la méthode d'évaluation des résultats par **suivi d'indicateurs**.

Même si les changements de comportement constituent souvent l'objectif final des actions de prévention, ils peuvent être difficiles à obtenir pour deux raisons :

- d'une part, parce que la modification des habitudes de vie, parfois ancrées dans le quotidien depuis de nombreuses années, peut s'avérer compliquée pour les personnes **[14]** ;
- d'autre part, parce que l'intensité de l'effet peut différer selon le type d'action. En fonction des objectifs fixés, certains peuvent être plus modestes que d'autres : par exemple, marcher 10 minutes chaque jour peut être un objectif plus facilement atteignable par des personnes sédentaires que la recommandation de 30 minutes par jour.

Plusieurs outils peuvent être utilisés pour évaluer une action, ceux-ci seront différents selon l'évaluation du processus et l'évaluation des résultats **[tableau V]**. Par exemple, en plus d'une comparaison avec les modèles logiques réalisés lors de l'étape préparatoire ou de la mise à jour des tableaux de bord, les enquêtes qualitatives pourront être utilisées pour comprendre précisément ce qui n'a pas fonctionné ou pour savoir quels ont été les obstacles et les leviers à la mise en œuvre de l'action plutôt en phase d'évaluation du processus. Le quantitatif sera utile pour recueillir des données avant et après l'action, pour mesurer des évolutions de connaissances, des changements de comportements, etc., de préférence pour évaluer les résultats **[encadré 3]**.

TABLEAU V

Questions évaluatives de processus et de résultats

Objets de l'évaluation	Questions évaluatives	Sources et recueils d'informations
Organisation (pilotage, activités, échancier)	Le pilotage de l'action est-il de qualité ?	- Formalisation des engagements (comité de pilotage, comité de suivi, groupe de travail) - Compte-rendu de réunion
	Quelles activités sont ou non mises en œuvre ?	- Tableau de bord - Reporting des activités
	Est-ce que le calendrier est respecté ?	Tableau de planification, échancier
Ressources	Est-ce que les partenaires prévus (intervenants, prestataires, etc.) se sont mobilisés pour l'action ?	Feuille de présence, d'émargement
	Est-ce que les ressources humaines, financières et matérielles prévues sont allouées à l'action ?	Tableau d'estimation des besoins humains, logistiques et financiers
Offres de prévention	Participation : l'action a-t-elle atteint les personnes auxquelles elle est destinée ?	Feuille d'émargement, questionnaires avec critères sociodémographiques
	Satisfaction : les acteurs (personnes et professionnels) sont-ils satisfaits de l'action ?	- Auto-questionnaires - Entretiens - Focus group
	Notoriété : quelles sont les principales sources d'information sur l'action ?	
	Accessibilité : l'action est-elle accessible ? L'action est-elle répartie sur le territoire ?	
	Pérennisation : l'action est-elle pérenne ?	- Inscriptions dans les programmes annuels - Réalisation par d'autres acteurs
Politiques et institutions	Est-ce que les actions sont inscrites dans des stratégies politiques et institutionnelles ?	- Contrat d'objectifs et de gestion - Rapport annuel - Convention de partenariats
Potentiel social	L'action a-t-elle permis de nouvelles collaborations avec des acteurs non institutionnels : bénévoles, associations, etc. ?	- Partenariats locaux - Répertoire territorialisé de nouveaux groupes actifs, de nouvelles associations
	L'action a-t-elle permis d'améliorer les compétences des intervenants relais (bénévoles par exemple) ?	- Auto-questionnaires - Entretiens - Focus group
Compétences des personnes	L'action a-t-elle permis des changements dans les connaissances, les intentions et/ou les pratiques des personnes ?	- Auto-questionnaires - Entretiens - Focus group - Inscription aux actions

ENCADRÉ 3

Les enquêtes quantitatives et qualitatives

■ **Les enquêtes quantitatives** s'adressent souvent à un plus grand nombre de personnes et sont généralement utilisées pour mesurer des fréquences de comportements, d'attitudes, de savoirs, de croyances. « Elles sont basées sur un questionnaire identique pour tous, qui se compose principalement de questions fermées. » L'exploitation des réponses nécessite un traitement d'analyse statistique.

Le quantitatif permet plus facilement d'évaluer les résultats d'une action.

■ « **Les enquêtes qualitatives** s'appuient la plupart du temps sur des entretiens individuels ou des réunions de groupe. Elles sont généralement adaptées pour un recueil des représentations et des pratiques. Le nombre de personnes interrogées est plus faible (souvent douze à trente). L'entretien individuel ou en groupe (*focus group*) se compose principalement d'une approche non directive

(laissant le groupe ou la personne guider la conversation) ou semi-directive (avec un guide d'entretien et d'animation qui laisse la place à des sujets apportés par la personne ou le groupe). La préparation nécessite la rédaction d'une grille d'entretien et l'exploitation des données fait appel à l'analyse de contenu. »

Le qualitatif permet plus facilement d'évaluer les conditions de mise en œuvre d'une action.

■ Les porteurs de projet doivent respecter des règles éthiques :

- s'assurer du consentement libre et éclairé des personnes interrogées ;
 - respecter l'anonymat des répondants, la confidentialité des réponses individuelles.
- Pour en savoir plus, contacter la Commission nationale de l'informatique et des libertés (www.cnil.fr).

Source : ERSP Rhône-Alpes, p. 22-23 [23].

Les repères méthodologiques présentés dans cette partie sont illustrés spécifiquement pour l'évaluation des actions collectives « Bien vieillir » dans le [module 5, p. 59].

La **rédaction d'un cahier des charges** garantit le respect des étapes et des modalités d'une évaluation [23] :

- présentation du contexte ;
- rédaction des objectifs en lien avec les questions évaluatives ;
- choix de la méthodologie, des critères, des indicateurs et du type de recueil de données ;
- budget prévisionnel ;
- calendrier prévisionnel des tâches, des rapports intermédiaires (suivi de l'action) et finaux ;
- communication interne et externe des résultats.

MODULES D'AIDE À L'ACTION

Cette partie est consacrée à la mise en pratique des repères méthodologiques explicités en première partie de ce chapitre. Reprenant les différentes phases du cycle d'une action, les modules d'aide à l'action sont illustrés sur la base des forums, conférences et ateliers (actions collectives existantes dans l'offre de service des régimes de retraite) et peuvent être utilisés comme des fiches pratiques. Selon les modules, des outils peuvent être téléchargés dans la version en ligne [tableau VI] ; certains sont proposés comme exemple dans cet ouvrage.

TABLEAU VI

Récapitulatif des outils présentés dans les modules d'aide à l'action

Modules d'aide à l'action		Outils proposés
MODULE 1 Analyse de la situation	• Recensement des ressources • Formalisation des engagements institutionnels • Analyse stratégique	• Bibliographie sélective • Grille d'analyse stratégique
MODULE 2 Formalisation des objectifs	• Définition et rédaction des objectifs et des résultats attendus	• Méthode SMART
MODULE 3 Planification	• Organisation des activités • Demande de subvention	• Tableau de planification • Tableau d'estimation des besoins humains, financiers et logistiques
MODULE 4 Mise en œuvre	• Points de vigilance • Suivi des activités	• Tableau de bord
MODULE 5 Évaluation du processus et des résultats	• Qui ? • Quand ? • Quoi ? • Comment ?	Participants* • Questionnaire d'évaluation forum • Questionnaires d'évaluation conférences et ateliers pour 4 thèmes : activité physique, alimentation, mémoire, prévention des chutes/aménagement du logement Intervenants* • Questionnaires d'évaluation des actions collectives Régimes de retraite* • Fiches synthèse des actions collectives
MODULE 6 Diffusion des résultats et communication	• Rédaction du bilan	• Fiche bilan des actions collectives*

*Ces outils sont disponibles en téléchargement sur www.inpes.sante.fr/bienvieillir-outils/

Module 1

Analyse de la situation des actions collectives « Bien vieillir »

Avant			Pendant		Après
Conception			Mise en œuvre		Bilan
Évaluation de la pertinence			Suivi des activités		Évaluation du processus
Évaluation de la cohérence			Évaluation du processus		Évaluation des résultats
Communication					
Module 1	Module 2	Module 3	Module 4	Module 5	Module 6

Pour circonscrire le projet de l'action, il est nécessaire de passer par une phase exploratoire d'analyse de situation afin de mieux cerner le contexte dans lequel l'action collective va évoluer, d'identifier les personnes retraitées concernées par ces actions collectives de prévention ainsi que les facteurs influençant leur état de santé et leur qualité de vie, et d'identifier les ressources existantes.

Pour réfléchir à l'implantation des actions collectives, une analyse de situation de santé publique en trois axes est proposée : les besoins estimés par les professionnels, les attentes ou demandes de la population concernée et les réponses et ressources existantes en actions collectives **[figure 9]**.

Le choix des priorités pour implanter les actions collectives se fait à l'interface de ces 3 axes :

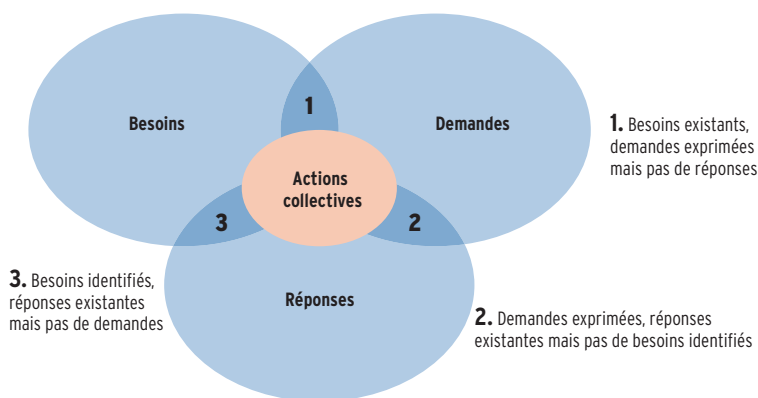
- pourquoi, en fonction des besoins existants et des demandes exprimées ;
- pour qui, en fonction des besoins existants et des demandes des personnes concernées ;
- comment, en fonction des ressources et des réponses mobilisables.

Plusieurs questions peuvent être posées :

- quelle est la perception du problème par les personnes concernées ?
- quels sont les aspects du problème considérés comme importants ?
- quelles conceptions des causes du problème et des solutions potentielles les acteurs proposent-ils ou développent-ils ? Les acteurs (équipe, partenaires, population) se voient-ils jouer un rôle ? Si oui lequel ? **[25]**

FIGURE 9

Analyse de situation pour l'implantation des actions collectives



Si les priorités d'implantation se situent en 1, les actions ne pourront se mettre en œuvre faute de réponses.

Si les priorités d'implantation se situent en 2, les actions ne prendront pas en compte les besoins existants.

Si les priorités d'implantation se situent en 3, les actions ne seront pas adaptées aux demandes des personnes retraitées.

Dans ce module, trois modalités sont proposées pour recueillir des données d'analyse de contexte : un recensement des ressources pour prioriser les actions ; la formalisation des engagements institutionnels ; une analyse stratégique des atouts et des freins.

Recensement des ressources

Une recherche bibliographique peut s'effectuer dans la littérature scientifique, la littérature grise⁴ ou via d'autres sources thématiques et spécifiques [tableau VII].

4. Selon l'Afnor, la définition de la littérature grise est : « Document dactylographié ou imprimé produit à l'intention d'un public restreint, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion et en marge des dispositifs de contrôle bibliographiques. »

TABLEAU VII

Ressources pour des actions collectives « Bien vieillir »

	Thèmes	Ressources nationales	Ressources régionales
BESOINS	Santé des personnes âgées	• « Baromètre Santé des personnes âgées de 55 à 85 ans », Inpes • Enquêtes Drees, Irdes, Insee • Etudes sur les représentations de la santé dans la publicité	• Observatoires des situations de fragilité • Diagnostiques territoriaux • Analyse des besoins sociaux (CCAS) • Bilans de prévention Agirc-Arrco
	Politiques de l'avancée en âge	• Rapport d'évaluation du plan « Bien vieillir » 2007-2009 • « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », Comité Avancée en âge - Prévention et qualité de vie, février 2013	• Plans régionaux de santé - ARS • Schémas régionaux de prévention • Priorités régionales des régimes de retraite • Schémas gériatologiques départementaux
	Synthèses de la littérature sur les interventions efficaces	• Rapport « Healthy Ageing » [12] • Synthèse des interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, vivant à domicile, Inpes 2012 [13] • Rapport québécois « La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé » (2008)	
DEMANDES	Études sur les demandes et attentes des personnes âgées	• Enquêtes satisfaction et écoute clients des retraités (Crédoc, focus groupe)	• Relevé des attentes des personnes retraitées dans les évaluations d'actions de prévention
RÉPONSES	Recension d'actions et de ressources	• Guide de recommandations pour des actions « Bien vieillir », CNSA 2011 • Réseau « Villes amies des aînés » • Réseau des Villes actives PNNs • Rapport d'évaluation des ateliers « Bien vieillir » MSA, des programmes PIED EPPMM, des ateliers « L'équilibre, où en êtes-vous ? » Carsat Bourgogne Franche Comté	• Rapports régionaux d'activités « Action sociale » des régimes de retraite • Outil de suivi cartographique des actions régionales de santé (Oscars) • Annuaire territorialisé des offres sociales et loisirs « Bien vieillir »

Formalisation des engagements institutionnels

Trois niveaux d'instances permettent de mener à bien une action de prévention :

- le comité de pilotage, composé de représentants politiques et administratifs des institutions, a un rôle de gouvernance politique, de suivi administratif et financier et de validation des questions de la part des instances opérationnelles ;
- le comité technique, composé des partenaires ressources, garantit la pertinence, la cohérence du projet et sa faisabilité ;
- le groupe de travail garantit le déroulement des différentes étapes du cycle de l'action.

Dans une démarche participative, la question de santé sur laquelle agir est celle qui est considérée comme la plus importante par les communautés concernées (équipe, partenaires, population). La façon dont les décideurs, les acteurs, les personnes perçoivent les questions de santé constitue un indicateur fort de leur future implication dans la mise en œuvre l'action. Garantir l'intersectorialité et la pluridisciplinarité des acteurs impliqués est fondamental lors de la conception d'une action et tout au long de son déroulement [tableau VIII].

TABLEAU VIII

Mobilisation d'acteurs en intersectorialité					
Acteurs	Secteur santé	Secteur social	Secteur associatif	Secteur sportif	Secteur politique
Décideur					●
Professionnel santé	●				
Professionnel social		●			
Animateurs			●	●	
Aidants			●		
Bénévoles			●	●	
Retraités			●		●

Analyse stratégique

L'outil SWOT (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*) – traduit en français en Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces – peut être utilisé avec des partenaires dans une démarche participative d'analyse du contexte stratégique d'implantation [25].

Afin de réfléchir à l'implantation des nouvelles actions collectives « Bien vieillir », cette grille permet de recenser les atouts et les freins aux différents niveaux d'intervention : les offres de prévention, l'organisation de la politique, la mobilisation sociale, les groupes de population.

Pour exemple, une illustration des atouts et freins potentiels, en interne et en externe, pour les actions collectives « Bien vieillir » est proposée dans le [tableau IX].

TABLEAU IX

Grille d'analyse stratégique

	Atouts	Freins
Internes	FORCES • Priorités COG⁵ • Expériences et légitimité des actions collectives « Bien vieillir », réseau d'intervenants • Promotion des actions collectives par les professionnels des régimes de retraite • Évaluations positives et demandes	FAIBLESSES • Pas dans les priorités de l'institution, • Manque de moyens, freins à l'accessibilité à l'offre (coût participants, lieu, jours et horaires) • Absence de communication • Participation faible, évaluations négatives
Externes	OPPORTUNITÉS • Priorités de santé régionales • Réseau de partenaires implantés dans les territoires, partenariats • Relais par les médias • Sollicitations et demandes	MENACES • Pas dans les plans de santé • Absence de partenaires, offres concurrentes • Représentations négatives des offres • Accessibilité difficile

5. Convention d'objectifs et de gestion.

Cette analyse de la situation renseigne **la pertinence**, autrement dit le bien-fondé de l'action, en s'assurant que :

- les personnes, qui en ont le plus besoin, soient identifiées ;
- les partenaires et les ressources soient mobilisés ;
- l'action s'inscrive dans les politiques territoriales.

Module 2
Formalisation des objectifs des actions collectives
« Bien vieillir »

Avant			Pendant		Après
Conception			Mise en œuvre		Bilan
Évaluation de la pertinence			Suivi des activités		Évaluation du processus
Évaluation de la cohérence			Évaluation du processus		Évaluation des résultats
Communication					
Module 1	Module 2	Module 3	Module 4	Module 5	Module 6

Pour promouvoir un vieillissement en bonne santé, la recommandation est d’agir sur l’ensemble des déterminants individuels, sociaux et environnementaux qui favorisent le « Bien vieillir ».

- **Agir sur les déterminants individuels pour renforcer le potentiel individuel, les compétences des personnes retraitées :** c’est mettre en œuvre des actions qui vont permettre aux personnes retraitées et à certaines personnes ciblées de l’entourage de développer et de renforcer les comportements favorables pour assurer un vieillissement en bonne santé. Ces actions devraient le plus souvent être portées sur une pédagogie active permettant à la personne de s’approprier de nouvelles connaissances, croyances, valeurs et pratiques en renforçant ses compétences psychosociales et/ou en adoptant des comportements protecteurs pour la santé.
- **Agir sur les déterminants sociaux des personnes retraitées :** c’est mettre en œuvre des actions qui visent à repérer les personnes les plus isolées et les inciter à participer socialement, à tendre vers l’amélioration des conditions de vie en prenant en compte les inégalités sociales, à faciliter l’accès au système médical, sociomédical et social via un parcours de santé intégré, par exemple.
- **Agir sur les déterminants environnementaux des personnes retraitées :** c’est mettre en œuvre des actions qui modifient les milieux de vie de façon à offrir des ressources, des services et des activités pour répondre aux besoins des personnes et des communautés et pour améliorer leur qualité de vie, par exemple en rendant accessible la maison, le quartier.

À ces différentes stratégies, il est nécessaire de poser des objectifs d’action.

Définition et rédaction des objectifs

La formulation d’objectifs est au cœur de la réalisation du projet, aussi bien pour faciliter sa mise en œuvre que son évaluation.

Classiquement, trois niveaux d'objectifs doivent être formulés :

- L'**objectif général** est celui qui donne le sens de l'action. Il s'exprime en termes de santé ou de situation sociale et décrit l'effet attendu sur la problématique de santé publique fixée par les instances politiques, institutionnelles. L'action mise en place contribuera à l'atteinte de cet objectif mais les résultats ne seront mesurables qu'à long terme⁶.
- Les **objectifs spécifiques** contribuent à répondre à l'objectif général. Les objectifs spécifiques permettront de préciser l'impact de l'action sur un déterminant visé. Dans le cas de la promotion d'un vieillissement en bonne santé, plusieurs déterminants sont visés ; par conséquent, il y aura autant d'objectifs spécifiques que de déterminants visés. Les objectifs spécifiques de l'action mesurent les effets de l'action à moyen terme.
- Les **objectifs opérationnels**, décrits de manière très précise, contribuent à répondre aux objectifs spécifiques. Ils visent les effets directement attendus de l'action relatifs aux publics concernés par celle-ci. Ce niveau d'objectif permet de s'intéresser aux connaissances, opinions, compétences, capacités, comportements des personnes.

Les 3 niveaux d'objectifs concernant un atelier collectif sur l'activité physique pourraient être :

- objectif général : promouvoir un vieillissement en bonne santé, chez les bénéficiaires des régimes de retraite âgés de 55 ans et plus, autonomes, vivant à domicile ;
- objectif spécifique : maintenir et/ou augmenter le temps quotidien d'activité physique recommandé des bénéficiaires âgés de 55 ans et plus, autonomes, vivant à domicile ;
- objectifs opérationnels : mesurer l'évolution des connaissances des effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé, de la recommandation des 30 minutes d'activité physique quotidienne, et sur la diversité de mise en pratique ; mesurer l'évolution de la pratique d'activité physique déclarée avant, pendant et après l'atelier ; mesurer le taux d'intention à pratiquer l'équivalent de 30 minutes d'activité physique chaque jour.

Quel que soit le niveau à atteindre, un objectif doit être **SMART [26]** :

- **Spécifique** : l'objectif est précis et sans équivoque. Il décrit précisément la situation et les résultats à atteindre ; ce qui doit avoir changé chez qui.
- **Mesurable** : les indicateurs de mesure doivent permettre de répondre à des questions simples, et ainsi il sera possible de juger objectivement de l'atteinte de l'objectif.

6. « Par effets à long terme, on entend des effets/résultats qui dépassent l'horizon temps des actions et activités mises en œuvre », p. 7, http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf [26].

- **Atteignable** : l'objectif implique un effort, un engagement, un changement de comportement ou une intention de changement de comportement.
- **Réaliste** : l'objectif prend en compte les moyens, les compétences disponibles et le contexte dans lequel s'inscrit l'action.
- **Temporel** : l'objectif définit une durée, des étapes, une date de fin, etc.

Résultats attendus des actions collectives

La définition des objectifs à atteindre contribue donc à anticiper les résultats attendus de l'action. Or une action n'atteint pas toujours les effets escomptés, ou parfois que partiellement ou parfois même les effets de l'action peuvent être différents de ce qui avait été prévu. C'est l'évaluation des résultats qui mettra en avant les effets attendus et les effets inattendus d'une action.

Les effets des actions collectives « Bien vieillir » sont attendus en termes d'adhésion et d'utilisation de l'offre de service proposée; d'acquisition ou d'évolution des connaissances (sur des thèmes de santé, sur les offres); de maintien ou de renforcement des comportements protecteurs (modes et habitudes de vie); de renforcement de la participation sociale; de maillage territorial pour les professionnels, etc.

La formalisation des objectifs renseigne la cohérence d'une action entre les différents niveaux d'effets attendus, avec les activités prévues et les ressources allouées. On peut ainsi définir les effets attendus de l'action.

Module 3

Planification des actions collectives « Bien vieillir »

Avant			Pendant		Après
Conception			Mise en œuvre		Bilan
Évaluation de la pertinence			Suivi des activités		Évaluation du processus
Évaluation de la cohérence			Évaluation du processus		Évaluation des résultats
Communication					
Module 1	Module 2	Module 3	Module 4	Module 5	Module 6

La planification d'un projet vise à encadrer et optimiser son bon déroulement. Les différentes phases du projet peuvent être découpées selon une chronologie définie [27] :

- pourquoi cela doit-il être fait ? (Objectifs)
- à qui cela est-il destiné ? (Public cible)
- qu'est-ce qui doit être fait ? (Activités)
- par qui cela doit-il être fait ? (Ressources humaines)
- comment cela doit-il être fait ? (Méthodes)
- quand cela doit-il être fait ? (Planning)
- quels effets sont attendus ? (Évaluation)

Organisation des activités

Plusieurs outils, dont les deux tableaux présentés ci-après, peuvent être utilisés pour organiser l'action.

Le tableau de planification [tableau X] formalise le déroulement prévu des actions et l'identification des opérateurs. Il comprend un calendrier récapitulatif de l'organisation et du déroulement du projet, de la phase de conception à la communication des résultats de l'action, et un planning précis pour chaque étape de l'action avec l'organisation des différentes activités.

TABEAU X

Planification des actions collectives « Bien vieillir »

Liste des activités		Année 201X											
Groupe projet / Réunions		Jan.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Implantation	Recueil des données	+								+			+
	Analyse stratégique												
	Définition de l'objectif												
	Planification des activités												
Organisation de l'action	Estimation des besoins												
Annonce de l'action	Organismes												
	Personnes retraitées												
Mise en œuvre de l'action	Tableau de bord												
	Déroulement												
	Évaluation												
Valorisation	Rapports d'évaluation												
	Communication												
	Perspectives												

Le tableau global d'estimation des besoins humains, financiers et logistiques [**tableau XI**] facilite la prise en compte, au moment de l'élaboration du projet, de l'estimation réelle des besoins (une fois les ressources existantes décomptées).

TABEAU XI**Estimation des besoins humains, financiers et logistiques**

Étapes pour les actions collectives		Constitution équipe	Analyse situation	Définition des objectifs	Planification activités	Mise en œuvre	Évaluation	Communication
Estimation ressources humaines	Ressources internes							
	Ressources externes							
Estimation ressources financières	Ressources internes							
	Ressources externes							
Estimation besoins logistiques	Ressources internes							
	Ressources externes							

 www.inpes.sante.fr/bienvieillir-outils/

Demande de subvention pour une action collective

La recherche de financement pour mettre en œuvre une action peut être interne ou externe.

- Les ressources financières internes se définissent comme les ressources propres de l'organisme porteur du projet (mise à disposition de ressources humaines ou matérielles, actions bénévoles).
- Les financements externes se définissent comme des subventions octroyées à l'organisme porteur du projet par d'autres organismes.

Si une demande de subvention est réalisée, elle doit être anticipée car les délais de traitement sont généralement assez longs. Pour cela, le projet doit s'inscrire dans la politique ou les priorités des organismes financeurs sollicités. Concernant le secteur public, un dossier de demande de subvention – Cerfa N°12156*03⁷ – est souvent exigé. Une demande de subvention en ligne sur les sites des financeurs peut aussi être remplie.

7. En ligne : http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/cerfa_12156_03.pdf (dernière consultation le 04/11/2013).

Que ce soit dans le cadre d'une demande de subvention ou dans le cadre d'une réponse à un appel à projet, une description précise du projet permettra d'étoffer la demande. Il s'agit de décrire les éléments suivants :

- l'organisme porteur du projet ;
- le budget équilibré ;
- l'intitulé de l'action collective de prévention ;
- le contexte de l'action collective de prévention ;
- les objectifs généraux, spécifiques et opérationnels de l'action ;
- une description du projet, de ses stratégies d'intervention et de ses actions ;
- les modalités de l'action ;
- les acteurs impliqués dans l'action ;
- la population concernée ;
- le nombre approximatif de personnes bénéficiaires de l'action attendu ;
- les lieux de réalisation de l'action ;
- la (ou les) méthode(s) d'évaluation prévue(s) pour l'action et ses (leurs) indicateurs d'évaluation ;
- la valorisation et la communication prévues ;
- le budget prévisionnel détaillé pour l'ensemble du projet et pour chacune des actions prévues (conception, mise en œuvre et évaluation de l'action) ;
- le calendrier prévisionnel (conception, mise en œuvre et évaluation de l'action) ;
- une liste des différentes pièces justificatives : statuts de l'organisme demandeur, liste des membres des instances statutaires de l'organisme, comptes financiers, rapport d'activité.

La formalisation des activités et des ressources pose le cadre organisationnel, nécessaire à l'évaluation du processus. L'élaboration d'un plan d'action permet d'inscrire, dans un temps donné, les échéances et les ressources nécessaires au projet.

Module 4

Mise en œuvre des actions collectives « Bien vieillir »

Avant			Pendant	Après	
Conception			Mise en œuvre	Bilan	
Évaluation de la pertinence			Suivi des activités	Évaluation du processus	
Évaluation de la cohérence			Évaluation du processus	Évaluation des résultats	
Communication					
Module 1	Module 2	Module 3	Module 4	Module 5	Module 6

La mise en œuvre de l'action consiste à mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières pour réaliser les différentes activités avec un double regard : questionner la qualité et suivre l'organisation.

Points de vigilance aux différentes étapes d'une action collective

En référence aux principes fondamentaux du vieillissement en bonne santé (cf. Chapitre 1) et aux critères de qualité en promotion de la santé, quatre questions sont formulées :

- l'action rend-elle service aux personnes retraitées qui en ont le plus besoin ?
- l'action est-elle accessible aux personnes en termes de lieu, de temps et de contenu ?
- le service apporté est-il dans une approche globale et positive du « Bien vieillir » et renforçant la capacité des personnes à agir ?
- l'action s'inscrit-elle dans un programme coordonné et intersectoriel au niveau local ?

Dans ce module, des points de vigilance ont été identifiés pour le forum afin de garantir la qualité du service apporté aux retraités à chaque étape de mise en œuvre [tableau XII]. Les forums sont des lieux de rencontre et d'échange avec des professionnels et des bénévoles pour contribuer au développement de politiques sociales locales et promouvoir la politique d'action sociale des régimes de retraite. Ils comportent différentes modalités d'animation : des stands d'exposition tenus par les services des caisses et des partenaires répartis en trois espaces : droits, bien-être/santé et domicile ; des conférences thématiques animées par des spécialistes sur des problématiques identifiées sur le territoire à destination du public ; des mini-ateliers activité physique, nutrition, activation cognitive, etc. ; des tables rondes d'échange entre partenaires d'un même territoire pour une meilleure coordination.

Ces forums sont le point de départ d'une dynamique entre municipalités et régimes de retraite qui pourra se pérenniser sous forme d'ateliers « Bien vieillir », équilibre, nutrition, mémoire ou d'autres manifestations.

TABLEAU XII

Points de vigilance pour un forum

Étapes		Activités	Vigilance
Avant	Sélection des lieux prioritaires	• Cartographie des territoires prioritaires/observatoire des fragilités • Validation des lieux en lien avec le conseil d'administration de la caisse Objectif de l'action	• Inégalités sociales de santé
	Partenariat	• Envoi d'un courrier aux maires ou CCAS des villes sélectionnées • Organisation d'une réunion préparatoire pour expliquer le concept du forum, identifier les partenaires locaux et définir le lieu et la date • Programmation de la date du forum avec 1 journée pour le montage des stands et accueil des partenaires, 1 ou 2 j de forum et 1/2 j pour démontage • Programmation des dates des 2 réunions préparatoires avec les partenaires Planification de l'événement et fichier partenaires	• Notoriété du lieu, accessibilité, possibilités d'aides au transport
	Préparation	• Requête informatique pour listing de retraités à inviter sur le périmètre défini par la mairie ou le CCAS • Envoi de l'invitation aux partenaires pour la réunion préparatoire du forum avec bulletin de participation • Collecte des besoins : logistique, matériel informatique • Définition des espaces du forum Définition du programme et fichier des personnes à inviter	• Fichier des personnes qui ont le plus de besoins • Offres de prévention intersectorielles diversifiées et accessibles localement
	Communication	• Élaboration de l'invitation et de la plaquette du forum : plan, planning des conférences, stands et liste des partenaires • Envoi des cartons d'invitation et affiches aux partenaires • Envoi des lettres aux assurés et de la plaquette du forum • Création des supports pour le forum : badges pour les professionnels et bénévoles, totems ou affiches pour les stands • Édition des questionnaires d'évaluation pour les participants et les intervenants • Élaboration des dossiers de presse Supports de communication presse, professionnels, retraités	• Accessibilité aux informations pour les retraités : lisibilité et compréhension des informations sur l'action de prévention
Pendant		• Installation des stands du forum • Coordination du déroulement logistique du forum • Relevé de la participation • Distribution des questionnaires d'évaluation • Organisation d'un temps convivial : tombola, dégustation de fruits, bar à eau, à tisane ou à soupe, collation, etc. Qualité et accessibilité du forum	• Environnement favorable : niveau sonore, chaises, signalétique, convivialité • Accessibilité aux informations des stands et conférences
Après		• Analyse des questionnaires d'évaluation participants et intervenants • Présentation du bilan à la mairie et aux partenaires pour élaborer les suites du forum • Planification d'autres actions de prévention, conférences ou ateliers, ou d'aide à l'innovation pour les retraités dans le territoire Évaluation et perspectives	• Dynamique de prévention locale • Équité des offres de prévention • Pérennité des offres

Suivi des activités d'une action collective

Au cours de l'action, le suivi des données en continu permet de s'assurer de sa mise en œuvre réelle, de son avancée, de son adéquation et sa cohérence avec la planification, et de décrire les écarts observés en fonction des résultats attendus, dans le temps, l'espace fixé ou par rapport aux indicateurs établis.

Il permet aussi de faire des bilans intermédiaires, des points d'information réguliers à l'ensemble des acteurs. Le suivi des actions se réalise avec des indicateurs simples, pouvant être une information quantifiée ou qualifiée, en lien avec le calendrier de l'action et de son évolution.

Plusieurs questions se posent :

- quel type d'information permet de vérifier si telle ou telle action est réellement mise en place, retardée ou annulée ?
- quel type d'information peut être recueilli facilement auprès des opérateurs et être analysé de manière précise et fiable ?
- quelle est la capacité humaine et matérielle à recueillir, traiter et analyser les données recueillies ?
- de quel type d'information l'équipe projet, les partenaires, les financeurs, les bénéficiaires ont-ils besoin de suivre, à des points-clés, dans la mise en œuvre de l'action ?

Le suivi des actions est réalisé dans un tableau de suivi des activités [tableau XIII] à remplir en deux temps. La ligne « Prévu » est à renseigner lors de la planification, la ligne « Réalisé » lors de l'évaluation du processus pour mesurer les écarts entre ce qui était prévu et ce qui a effectivement été mis en œuvre.

TABLEAU XIII

Suivi des activités d'une action collective « Bien vieillir »

		Étapes	Responsable	Temps	Moyens et outils	Ressources humaines	Partenaires	Indicateurs évaluation
Analyse du contexte d'implantation	Prévu							
	Réalisé							
Organisation de l'action	Prévu							
	Réalisé							
Communication de l'action	Prévu							
	Réalisé							
Mise en œuvre et évaluation de l'action	Prévu							
	Réalisé							
Valorisation	Prévu							
	Réalisé							

Module 5
Évaluation du processus et des résultats des actions collectives « Bien vieillir »

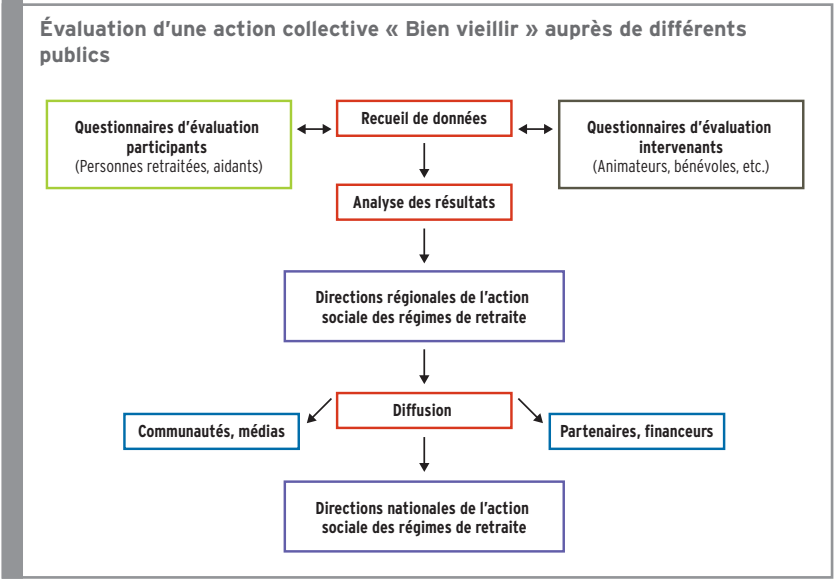
Avant			Pendant		Après
Conception			Mise en œuvre		Bilan
Évaluation de la pertinence			Suivi des activités		Évaluation du processus
Évaluation de la cohérence			Évaluation du processus		Évaluation des résultats
Communication					
Module 1	Module 2	Module 3	Module 4	Module 5	Module 6

Une fois l’action collective mise en place, il faut l’évaluer pour rendre compte de ses critères de réussite, d’échec et de ses effets (résultats, impact).

Auprès de qui recueillir les informations pour évaluer une action collective « Bien vieillir » ?

La mise en œuvre d’actions collectives « Bien vieillir » et ses effets sont mesurés auprès des participants, mais aussi auprès des intervenants, des animateurs, des personnes qui font l’action de manière générale, pour rendre compte, au final, de la mise en œuvre et des résultats de l’action auprès des caisses nationales de retraite qui ont, elles-mêmes, des objectifs à atteindre [figure 10].

FIGURE 10



Par l'évaluation, ces deux publics identifient les freins et les leviers au déroulement de l'action et mesurent ses effets sous différents points de vue :

- pour les **participants**, il s'agit de faire remonter des données afin d'optimiser l'offre pour être au plus près des besoins et attentes du public ;
- pour les **intervenants**, il s'agit de faire remonter des données afin d'optimiser le service rendu et de renforcer des pratiques professionnelles de qualité.

Ces différents niveaux permettront aux caisses régionales de recueillir des données, des informations différentes mais néanmoins complémentaires, pour ajuster et optimiser l'action évaluée. Un bilan complet de l'efficacité des actions collectives pourra ainsi être présenté aux référents nationaux, aux partenaires et aux financeurs.

Pour mémoire, les enquêtes auprès de personnes civiles, ici les personnes retraitées, doivent respecter un certain nombre de règles éthiques de la part des porteurs de projet (Cnil : www.cnil.fr).

Des exemples de questionnaires destinés aux participants et aux intervenants sont proposés dans ce module **[outils 1, 2, 3, 4]**.

Quand évaluer une action collective « Bien vieillir » ?

Pour rappel, évaluer c'est comparer. Autrement dit, le niveau d'intérêt des résultats obtenus pour mesurer une évolution ou un changement dans les comportements individuels et sociaux déclarés dépend des temps d'évaluation.

- **Pour les actions collectives types forums et conférences**, une évaluation ponctuelle, immédiatement après l'action, est recommandée.

Bien sûr, l'idéal serait de pouvoir faire une évaluation à 6 mois pour savoir « combien de personnes ont concrétisé l'intention de participer à ... ? », ou « combien ont poursuivi l'activité dans laquelle elles s'étaient inscrites ? », ou « combien ont mis en application les conseils délivrés sur les comportements favorables ? ».

- **Pour un programme d'éducation à la santé tel que les ateliers**, 3 temps de mesures sont recommandés pour pouvoir observer des évolutions ou des changements, tant sur les niveaux de connaissances que de comportements, et pour savoir en quoi l'atelier a eu un impact sur les changements déclarés :
 - à T₀ (au début du cycle de séances qui composent l'atelier) ;
 - à T₁ (à la fin du cycle de séances qui composent l'atelier) ;
 - à T₂ (quelques mois après l'atelier : 3/6 mois).

Dans l'idéal, un autre temps d'évaluation pourrait avoir lieu 12 mois après l'action afin de vérifier que le changement observé se maintient bien dans le temps.

Mesurer à différents temps de l'action suppose de disposer du fichier nominatif des personnes ayant participé à l'atelier et de l'autorisation des caisses de retraite de conserver ces données et de les recontacter ultérieurement (cf. obligations et contraintes légales de la Cnil).

Quoi et comment évaluer des actions collectives « Bien vieillir » ?

Évaluation du processus

Pour décrire et comprendre ce qui s'est passé sur le terrain, pour savoir dans quelle mesure le déroulement de l'action a été conforme à ce qui était prévu ou non, un certain nombre de critères, de questions évaluatives et d'indicateurs méritent d'être posés lors de la phase de conception **[tableau XIV]**.

Le recueil de données pour analyser le processus d'une action collective peut se faire via différents supports :

- en consultant les tableaux de bord de manière à revenir sur les fondements de l'action collective et comparer ce qui était attendu et ce qui est effectivement réalisé ;
- en consultant des documents spécifiques tels que suivis comptables, listing des inscriptions des acteurs professionnels, institutionnels, associatifs, bénévoles du territoire, compte-rendu des réunions, etc. ;
- en proposant des questionnaires pour un recueil quantitatif des données ;
- en réalisant des entretiens de groupe ou individuels auprès de publics spécifiques (financeurs, partenaires, population concernée, etc.) pour aller chercher une information plus qualitative (voir **[encadré 3, p. 42]** pour plus de précisions sur les modalités d'enquêtes quantitatives et qualitatives).

TABLEAU XIV

Évaluation du processus des actions collectives « Bien vieillir » (non exhaustif)

Critères de l'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs d'évaluation	Sources et recueils d'informations
Organisation (pilotage, activités, échéancier)	Le pilotage de l'action est-il de qualité ?	• Nombre de membres inclus dans l'équipe projet / nombre prévu • Nombre de réunions réalisées / nombre prévu • Nombre de comptes-rendus de réunions réalisés • Assiduité des membres du comité de pilotage et de l'équipe projet aux réunions	• Organisation des instances de pilotage, de suivi de projet • Compte-rendu de réunion
	L'action collective a-t-elle été mise en œuvre de la manière prévue ? Dans quelles circonstances ?	• Nombre de séances réalisées / nombre de séances prévues • Nombre de brochures distribuées	• Tableau de bord • Reporting des activités
	Est-ce que le calendrier a été respecté ?	Durée des étapes / durée prévue	Tableau de planification, échéancier
Ressources (internes à la structure, mobilisation des partenaires)	Est-ce que les ressources humaines, financières et matérielles ont été allouées à l'action collective comme prévu ?	• <i>Ressources humaines</i> Nombre de jours / homme utilisé / nombre de jours / homme prévu (avant, pendant et après l'action) • <i>Ressources matérielles</i> Ressources utilisées (dépliants, courriers d'invitation, location de salle, de matériel, etc.) / ressources prévues • <i>Ressources financières</i> Budget utilisé / budget prévisionnel	Tableau d'estimation des besoins humains, logistiques et financiers

Évaluation des résultats

Les changements mesurés, en mettant en œuvre une action collective « Bien vieillir », doivent correspondre aux objectifs opérationnels et aux effets attendus fixés lors de la phase de conception de l'action **[module 2, p. 49]**.

Selon le type d'action collective, les effets attendus peuvent être différents, les critères, questions et indicateurs d'évaluation en dépendent **[tableau XV]**.

■ **Pour les forums**, l'évaluation des résultats peut s'intéresser à :

- l'acquisition de connaissances sur l'offre, les services, les activités en lien avec le « Bien vieillir » ;
- l'intention de s'inscrire à une offre, à une activité.

■ **Pour les conférences**, l'évaluation des résultats peut porter sur :

- l'acquisition de connaissances sur des thèmes prioritaires du « Bien vieillir » ;

- l'intention de renforcer ses comportements pour favoriser un vieillissement en bonne santé.

- **Pour les ateliers**, l'évaluation des résultats peut viser :

- l'évolution de la qualité de vie perçue ;
- l'évolution des connaissances ;
- l'évolution des pratiques et habitudes de vie ;
- l'intention de renforcer ses comportements pour favoriser un vieillissement en bonne santé ;
- le changement de comportement.

Le recueil des données pour analyser les effets d'une action collective « Bien vieillir » peut se faire via des questionnaires auto-administrés⁸ pour un recueil quantitatif des données. La réalisation d'entretiens de groupe ou individuels auprès d'échantillons d'intervenants et de participants aux actions collectives permet d'approfondir certains résultats obtenus par la méthode quantitative.

Outre ces évaluations déclaratives, des scores appuyés par des échelles de mesure validées sont aussi utilisés pour évaluer des aptitudes physiques, comme l'équilibre, la vitesse de marche, la qualité de vie, la santé mentale, etc. Des critères, des questions évaluatives et des indicateurs utiles pour réaliser une évaluation des résultats des actions collectives sont proposés dans le **[tableau XV]**.

En complément des **[tableaux XIV et XV]**, des indicateurs de résultats thématiques sont proposés dans cet ouvrage. Le choix des propositions porte sur 5 thèmes : activité physique **[tableau XVI]**, alimentation **[tableau XVII]**, mémoire **[tableau XVIII]**, prévention des chutes et aménagement du logement **[tableau XIX]** et lien social. Ceux-ci sont identifiés comme un socle important dans le champ du bien vieillir, mais sur lesquels d'autres thèmes peuvent se greffer. En effet, en phase de conception d'action collective « Bien vieillir », il ne s'agit pas de limiter les thématiques de prévention à ces cinq thématiques mais d'innover vers des actions collectives faisant référence à la vie affective, la sexualité, l'estime de soi, les rythmes et le sommeil, l'automédication, la sécurité routière, etc. L'émergence de nouvelles thématiques, à inscrire dans les actions collectives, est grandissante au regard des besoins des personnes retraitées.

8. Pour plus de précisions sur les modalités d'enquêtes quantitatives et qualitatives, voir **[encadré 3, p. 42]**.

TABLEAU XV

Évaluation des résultats des actions collectives « Bien vieillir » (non exhaustif)

Critères de l'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs d'évaluation	Sources et recueils d'informations
Offres de prévention : • Participation • Satisfaction • Notoriété • Accessibilité • Pérennisation	<i>Participation</i> L'action collective a-t-elle atteint les personnes retraitées auxquelles elle était destinée ? Est-ce que les partenaires prévus (intervenants, prestataires, animateurs, etc.) se sont mobilisés pour l'action collective ?	• Nombre de participants réels/attendus • Nombre de femmes, d'hommes • Nombre de personnes âgées de X ans • Nombre de personnes affiliées Cnav, à la MSA, au RSI, à un régime spécial • Nombre de partenaires présents/invités	• Feuille d'émargement • Questionnaires auto-administrés
	<i>Satisfaction</i> Les personnes retraitées et les professionnels (salariés ou bénévoles) sont-ils satisfaits de l'action collective ?	Taux de satisfaction : • des personnes retraitées participants relatif à l'activité, la gestion de l'espace et du temps, l'accessibilité, l'animateur, etc., • par rapport aux attentes et besoins des personnes retraitées, • des partenaires, professionnels salariés ou bénévoles relatif au rôle attribué, à l'organisation générale de l'action collective.	• Questionnaires auto-administrés • Entretiens • Focus groupe
	<i>Notoriété</i> Comment l'action collective est-elle connue des personnes retraitées ?	• Type de moyens d'information, d'incitation à participer à l'action collective	
	<i>Accessibilité</i> L'action collective est-elle répartie de façon équitable sur le territoire ? L'action collective est-elle accessible aux personnes retraitées ?	• Nombre d'action collective recensée par territoires identifiés • Horaire, lieux, coûts, transports	Cartographie Questionnaires auto-administrés Entretiens Focus groupe
	<i>Pérennisation</i> L'action collective est-elle pérenne ou tend à se pérenniser ?	• Nombre d'actions collectives définies dans les programmes pluriannuels	Programmes annuels des caisses et leurs partenaires



TABLEAU XV (suite)

Évaluation des résultats des actions collectives « Bien vieillir » (non exhaustif)				
Critères de l'évaluation	Questions évaluatives	Indicateurs d'évaluation	Sources et recueils d'informations	
Politiques et institutions	Est-ce que les actions collectives sont inscrites dans des stratégies politiques et institutionnelles ?	• Nombre d'actions collectives réalisées/l'action collectives prévues	Convention d'objectifs et de gestion Rapport annuel Convention de partenariat	
Potentiel social	L'action collective a-t-elle permis de nouvelles collaborations avec des acteurs non institutionnels : bénévoles, associations, etc. ?	• Nombre de nouvelles conventions/nouveaux partenariats signé(e)s • Types de conventions/nouveaux partenariats signé(e)s	Référentiels des partenariats locaux Répertoire territorialisé de nouveaux groupes actifs, de nouvelles associations Questionnaires auto-administrés Entretiens Focus groupe	
	L'action collective a-t-elle permis d'améliorer les compétences des intervenants (bénévoles ou salariés) relais sur le plan personnel et professionnel ?	• Nombre de formations suivies organisées • Bénéfices déclarés par les professionnels/ les intervenants	Planning de formation (pour salariés et bénévoles) Questionnaires auto-administrés Entretiens Focus groupe	
Compétences des personnes	L'action a-t-elle permis de renforcer les connaissances, les pratiques et/ou habitudes de vie, de développer l'intention d'adopter des comportements favorables de santé (physique, mentale ou sociale) des personnes retraitées ?	• Nombre de personnes déclarant avoir acquis de nouvelles connaissances • Nombre de personnes déclarant pratiquer les comportements favorables pour la santé • Taux d'intention à adopter les comportements favorables pour la santé • Taux de changements de comportements déclarés • Taux d'intention à participer à d'autres actions • Nombre de nouvelles inscriptions à des actions • Nombre de personnes déclarant pour suivre des relations amicales après l'action	Questionnaires auto-administrés Entretiens Focus groupe Listings des inscriptions aux actions	

En ce qui concerne le lien social, des questions transversales peuvent être posée pour mesurer l'effet de l'action collective :

- pour les personnes elles-mêmes : déclaration d'occupations dans la vie quotidienne, de participation à différents types d'activité, etc. ;
- dans les relations interpersonnelles : rencontre de nouvelles personnes, maintien du contact avec les autres participants aux actions collectives, etc. ;
- dans la vie locale : utilisation de l'offre de prévention des associations, participation aux activités proposées par les caisses de retraite, bénévolat, etc.

Ces différents repères thématiques pour l'évaluation ont été construits à partir d'éléments théoriques expliqués dans cet ouvrage, d'échelles validées et de références publiées.

TABLEAU XVI

Activité physique : propositions de critères d'évaluation des résultats

Connaissances	• Pour votre santé, il est recommandé de faire au moins l'équivalent de 30 minutes d'activité physique par jour, en une ou plusieurs fois. • Pour qu'elles soient profitables, les 30 minutes d'activité physique recommandées par jour peuvent être fractionnées par tranche d'au moins 10 minutes. • Quel que soit l'âge, l'activité physique quotidienne est bénéfique : elle protège de certaines maladies, prévient la prise de poids, maintient le capital musculaire, préserve l'autonomie, améliore la qualité de vie physique et mentale, etc.
Pratiques, habitudes de vie	Pratique d'au moins 30 minutes d'activité physique par jour, que ce soit dans le cadre du travail, de trajets, de sports ou d'activités de loisirs.
Intention comportementale	De pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique par jour, que ce soit dans le cadre de trajets, de sports ou d'activités de loisirs.

Source : Inpes, InVS, Afssa, Ministère de la Santé et des Solidarités, Assurance maladie. *La santé en mangeant et en bougeant : le guide nutrition à partir de 55 ans*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 62 p.

TABLEAU XVII

Alimentation : propositions de critères d'évaluation des résultats

Connaissances	• Il est important de faire 3 à 4 repas par jour, pour une bonne répartition des apports alimentaires. • Adopter une alimentation variée et équilibrée c'est privilégier les aliments bénéfiques à la santé (fruits, légumes, féculents, poissons, etc.), limiter la consommation de produits sucrés (confiseries, boissons sucrées, etc.), sales (gateaux apéritifs, chips...) et gras (charcuterie, beurre, crème, etc.), boire de l'eau en quantité suffisante. • Combinée à une activité physique régulière, une alimentation adaptée contribue à limiter la prise de poids, à prévenir un certain nombre de problèmes de santé comme les cancers, le diabète de type 2, l'excès de cholestérol, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, etc.
Pratiques, habitudes de vie	• Manger au moins 5 parts de fruits et légumes par jour • Manger des féculents (pains, céréales et dérivés) à chaque repas selon l'appétit • Manger des produits laitiers 3 fois par jour • Manger de la viande, du poisson et des œufs 1 à 2 fois par jour • Limiter la consommation de produits gras, sucrés et salés • Boire de l'eau à volonté
Intention comportementale	• D'adopter les recommandations alimentaires

Source : Inpes, InVS, Afssa, Ministère de la Santé et des Solidarités, Assurance maladie. *La santé en mangeant et en bougeant : le guide nutrition à partir de 55 ans*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 62 p.

TABLEAU XVIII

Mémoire : propositions de critères d'évaluation des résultats

Connaissances	• À tout âge, le cerveau doit être stimulé pour renforcer ses capacités cognitives. • La mémoire et les fonctions cognitives sont stimulées par des activités intellectuelles, physiques, culturelles, de loisirs et sociales.
Pratiques, habitudes de vie	• Pratique d'activités intellectuelles (mots-fléchés, lecture de livres ou de journaux, etc.) • Pratique d'activités physiques (marche, natation, etc.) • Pratique d'activités culturelles, de loisirs (théâtre, cinéma, chant, etc.) • Pratique d'activités sociales (associatives, bénévolat, tutorat, etc.)
Intention comportementale	• De pratiquer des activités intellectuelles (mots-fléchés, lecture de livres ou de journaux, etc.) • De pratiquer des activités physiques (marche, natation, etc.) • De pratiquer des activités culturelles, de loisirs (théâtre, cinéma, chant, etc.) • De pratiquer des activités sociales (associatives, bénévolat, tutorat, etc.)

Source : Inpes, Assurance retraite, MSA, RSI, Agirc-Arrco, Ircantec, CRPCEN.
Vieillir et alors... ? Saint-Denis : Inpes, 2013 : 40 p.

TABLEAU XIX

Prévention des chutes : propositions de critères d'évaluation des résultats

Connaissances	• Le risque de chute peut être réduit par des comportements favorables (activité physique régulière, alimentation équilibrée, consommation d'alcool modérée, bon usage des médicaments, suivi médical régulier, etc.) • Le risque de chute peut être réduit par un aménagement du logement (éclairage, barre d'appui, circulation fluide, etc.) • Le risque de chute peut être réduit par un environnement sécurisé des espaces collectifs urbains et ruraux (bancs, éclairage, accessibilité, etc.)
Pratiques, habitudes de vie	• Chutes au cours des 12 derniers mois • Peur de chuter • Capacité à se relever en cas de chute • Perception de son propre équilibre
Intention comportementale	• De renforcer son équilibre en adoptant les comportements favorables (activité physique régulière, alimentation équilibrée, consommation d'alcool modérée, bon usage des médicaments, suivi médical régulier, etc.) • D'évaluer les risques de son domicile et de l'aménager si besoin

Source : Bourdessol H., Pin S. *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : Inpes, 2005 : 156 p.

Des outils sont présentés dans les pages suivantes : un questionnaire, aux trois temps de l'évaluation, à destination des participants **[outils 1, 2, 3]** pour un atelier sur le thème de l'alimentation ; un questionnaire pour les intervenants d'un atelier **[outil 4]**. Ceux-ci ont vocation à illustrer les repères de ce module 5. Inscrits dans l'ouvrage comme des exemples, ils proposent l'ensemble des critères et indicateurs d'évaluation sur lesquels une évaluation de processus et de résultats peut se baser. À chaque structure de se saisir de ces exemples pour confirmer, enrichir, approfondir ses propres outils. D'autres outils de ce type sont téléchargeables sur la version en ligne www.inpes.sante.fr/bienvieillir-outils/

OUTIL 1

Questionnaire participants d'un atelier alimentation (TO)

ALIMENTATION

ATELIER

Atelier du _____ au _____

N° de participant: _____ T0

→ Pour mieux vous connaître

1 Prénom: _____ Nom: _____

2 Sexe: ☐ Féminin ☐ Masculin

3 Âge: ans

4 Situation maritale : ☐ En couple ☐ Divorcé ☐ Célibataire ☐ Veuf/veuve

5 Type de logement: ☐ Maison ☐ Appartement ☐ Foyer logement ☐ Maison de retraite

☐ Colocation ☐ Chez la famille, amis ☐ Autre: _____

6 Commune de résidence:

7 Catégorie socio-professionnelle : ☐ Agriculteurs exploitants

☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise ☐ Cadres, professions intellectuelles supérieures☐ Professions intermédiaires ☐ Employés ☐ Ouvriers

8 Retraité(e) : ☐ Oui ☐ Non

9 Si oui, quelle est votre caisse de retraite ?

☐ Régime général (Cnav) ☐ Régime agricole (MSA) ☐ Régime indépendant (RSI)

☐ Régime spécial, lequel: _____

Et quel est votre régime complémentaire ? _____

→ Votre participation à l'atelier

10 Comment avez-vous connu cet atelier ? (Plusieurs réponses sont possibles)

☐ Votre caisse de retraite

☐ Le site internet de votre caisse de retraite

☐ La mairie ou le CCAS

☐ L'entourage : voisins, amis, connaissances

☐ Un Centre local d'information et de coordination (Clic)

☐ Un professionnel de santé : médecin, infirmier/ère, pharmacien, kiné, etc.

☐ La presse, les journaux☐ Lors d'un atelier, d'une conférence, d'un forum☐ Autre : _____

OUTIL 1 (suite)

Questionnaire participants d'un atelier alimentation (TO)

11 Avez-vous participé à l'atelier pour : (Plusieurs réponses sont possibles)

- ☐ M'informer et avoir des conseils sur ma santé et mon bien-être
- ☐ Passer un bon moment et/ou rencontrer de nouvelles personnes
- ☐ Connaître les activités culturelles, sportives, bénévoles, de loisirs, etc., près de chez moi
- ☐ Connaître les professionnels du "Bien vieillir" près de chez moi
- ☐ Autre: _____

12 Avez-vous déjà participé à des ateliers sur la santé ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, lesquels: _____

+ Quelques questions sur votre santé et vos habitudes de vie

13 Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de la vie que vous menez ?

- ☐ Très satisfait(e) ☐ Plutôt satisfait(e) ☐ Plutôt insatisfait(e) ☐ Très insatisfait(e)

14 Dans l'ensemble, vous trouvez votre santé :

- ☐ Excellente ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Médiocre ☐ Mauvaise

15 Dans la vie quotidienne, quelles sont vos occupations ? (Plusieurs réponses sont possibles)

- ☐ Je suis membre d'une association ou d'un club.
- ☐ J'ai des activités à l'extérieur (cinéma, musée, randonnée, etc.).
- ☐ J'ai des activités à domicile (bricolage, jardinage, lecture, etc.).
- ☐ Je n'ai pas d'occupation particulière.

16 Aujourd'hui, diriez-vous que :

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
Vous mangez au moins 5 parts de fruits et légumes par jour	☐	☐	☐	☐
Vous mangez des féculents (pains, céréales et dérivés) à chaque repas selon l'appétit	☐	☐	☐	☐
Vous mangez des produits laitiers 3 fois par jour	☐	☐	☐	☐
Vous mangez de la viande, du poisson ou des œufs 1 à 2 fois par jour	☐	☐	☐	☐
Vous limitez la consommation de produits gras, sucrés et salés	☐	☐	☐	☐
Vous buvez de l'eau à volonté	☐	☐	☐	☐

OUTIL 2

Questionnaire participants d'un atelier alimentation (T1)

ALIMENTATION

ATELIER

Atelier du [...] au [...]

N° de participant : [...] T1

Prénom : [...] Nom : [...]

→ Votre participation à l'atelier et votre satisfaction

1 Avez-vous participé à toutes les séances ?

☐ Oui ☐ Non, pourquoi : _____

2 Êtes-vous satisfait(e) ?

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout
De la durée de l'intervention, de la gestion du temps	☐	☐	☐	☐
Du contenu : apport de connaissances, qualité des informations et des outils utilisés	☐	☐	☐	☐
De l'animation et de l'animateur	☐	☐	☐	☐
Des documents distribués	☐	☐	☐	☐
Des conseils apportés, des échanges	☐	☐	☐	☐
De l'ambiance de groupe	☐	☐	☐	☐
Du lieu	☐	☐	☐	☐
Des horaires	☐	☐	☐	☐
De la participation financière	☐	☐	☐	☐

3 Selon vous, quels sont :

Les points forts de cet atelier

Les points d'amélioration de cet atelier

4 Cet atelier a-t-il répondu à vos attentes ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

→ Quelques questions sur votre santé et vos habitudes de vie

5 Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de la vie que vous menez ?

☐ Très satisfait(e) ☐ Plutôt satisfait(e) ☐ Plutôt insatisfait(e) ☐ Très insatisfait(e)

6 Dans l'ensemble, vous trouvez votre santé :

☐ Excellente ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Médiocre ☐ Mauvaise

OUTIL 2 (suite)

Questionnaire participants d'un atelier alimentation (T1)

7 Dans la vie quotidienne, quelles sont vos occupations ? (Plusieurs réponses sont possibles)

- ☐ Je suis membre d'une association ou d'un club.
- ☐ J'ai des activités à l'extérieur (cinéma, musée, randonnée, etc.).
- ☐ J'ai des activités à domicile (bricolage, jardinage, lecture, etc.).
- ☐ Je n'ai pas d'occupation particulière.

8 Aujourd'hui, diriez-vous que :

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout
Vous mangez au moins 5 parts de fruits et légumes par jour	☐	☐	☐	☐
Vous mangez des féculents (pains, céréales et dérivés) à chaque repas selon l'appétit	☐	☐	☐	☐
Vous mangez des produits laitiers 3 fois par jour	☐	☐	☐	☐
Vous mangez de la viande, du poisson ou des œufs 1 à 2 fois par jour	☐	☐	☐	☐
Vous limitez la consommation de produits gras, sucrés et salés	☐	☐	☐	☐
Vous buvez de l'eau à volonté	☐	☐	☐	☐

→ Les apports de l'atelier

9 Avez-vous appris que :

	Je le savais déjà	L'atelier me l'a confirmé	L'atelier me l'a appris	Ne se prononce pas
Il est important de faire 3 à 4 repas par jour	☐	☐	☐	☐
Adopter une alimentation variée et équilibrée c'est : • privilégier les aliments bénéfiques (fruits, légumes, féculents, pains, viandes, poissons, œuf) • limiter la consommation de produits gras, salés, sucrés • boire de l'eau en quantité	☐	☐	☐	☐
Une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique tous les jours protègent des maladies (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, etc.) et des risques (ostéoporose, dénutrition, chutes, etc.).	☐	☐	☐	☐

10 Suite à cet atelier, vous avez l'intention de :

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout
Adopter les recommandations alimentaires	☐	☐	☐	☐
Participer aux activités de votre caisse de retraite : ateliers collectifs de prévention, conférences thématiques, forums. <i>Si oui, lesquelles :</i> _____	☐	☐	☐	☐
Participer à des activités sportives, culturelles, de loisirs, etc. <i>Si oui, lesquelles :</i> _____	☐	☐	☐	☐
Revoir les personnes avec qui vous avez participé à l'atelier	☐	☐	☐	☐
Conseiller cet atelier à votre entourage	☐	☐	☐	☐

Pour information

Un questionnaire vous sera envoyé dans quelques mois pour apprécier les effets de l'atelier.

OUTIL 3

Questionnaire participants d'un atelier alimentation (T2)

ALIMENTATION

ATELIER

Atelier du _____ au _____

N° de participant: _____ T2

Prénom : _____ Nom : _____

→ Quelques questions sur votre santé et vos habitudes de vie

1 Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de la vie que vous menez ?

☐ Très satisfait(e) ☐ Plutôt satisfait(e) ☐ Plutôt insatisfait(e) ☐ Très insatisfait(e)

2 Dans l'ensemble, vous trouvez votre santé :

☐ Excellente ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Médiocre ☐ Mauvaise

3 Dans la vie quotidienne, quelles sont vos occupations ? (Plusieurs réponses sont possibles)

☐ Je suis membre d'une association ou d'un club.☐ J'ai des activités à l'extérieur (cinéma, musée, randonnée, etc.).☐ J'ai des activités à domicile (bricolage, jardinage, lecture, etc.).☐ Je n'ai pas d'occupation particulière.

→ Les apports de l'atelier quelques mois après...

4 Vos habitudes de vie

Oui

Non

Ne se
prononce pas

Vous avez modifié vos habitudes de vie*

Si oui, lesquelles:

1

1

1

Vous avez des difficultés à changer vos habitudes de vie*

Si oui, lesquelles: _____

1

1

1

* Par exemple, concernant l'alimentation, l'activité physique, la gestion du stress, le sommeil, la stimulation de votre mémoire, la participation à des activités de loisirs, culturelles, etc.

OUTIL 3 (suite)

Questionnaire participants d'un atelier alimentation (T2)

5 Vos habitudes alimentaires	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout
Vous avez adopté les recommandations alimentaires	☐	☐	☐	☐
Vous mangez au moins 5 parts de fruits et légumes par jour	☐	☐	☐	☐
Vous mangez des féculents (pains, céréales et dérivés) à chaque repas selon l'appétit	☐	☐	☐	☐
Vous mangez des produits laitiers 3 fois par jour	☐	☐	☐	☐
Vous mangez de la viande, du poisson ou des œufs 1 à 2 fois par jour	☐	☐	☐	☐
Vous limitez la consommation de produits gras, sucrés et salés	☐	☐	☐	☐
Vous buvez de l'eau à volonté	☐	☐	☐	☐

6 Vos activités	Oui	Non	Ne se prononce pas
Vous avez participé aux activités de votre caisse de retraite : ateliers collectifs de prévention, conférences thématiques, forums. <i>Si oui, lesquelles :</i> _____	☐	☐	☐
Vous avez participé à des activités sportives, culturelles, de loisirs, etc. <i>Si oui, lesquelles :</i> _____	☐	☐	☐
Vous avez revu les personnes avec qui vous avez participé à l'atelier	☐	☐	☐
Vous avez conseillé cet atelier à votre entourage	☐	☐	☐

Conception: Inpes - mai 2014 - www.inpes.sante.fr

OUTIL 4

Questionnaire intervenants d'un atelier

ATELIER

Atelier du [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] au [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Organisé à : _____

→ Pour mieux vous connaître

1 Prénom : _____ Nom : _____

2 Nom et adresse de la structure/ organisme dans lequel vous travaillez :

3 Secteur d'intervention :

☐ Collectivités territoriales ☐ Santé ☐ Social ☐ Médico-social ☐ Sport ☐ Autre

4 Votre fonction : _____

5 Quel est le thème de l'atelier que vous avez animé? _____

→ Préparation de l'atelier

6 Est-ce votre première intervention à ce type d'action ?

☐ Oui ☐ Non

7 Y a-t-il eu des réunions préparatoires avec les organisateurs de l'atelier ?

☐ Oui ☐ Non

8 Avez-vous assisté à toutes les réunions préparatoires ?

☐ Oui ☐ NonSi non, pourquoi : _____

→ Satisfaction globale de votre intervention

9 Quelle est votre opinion globale sur l'atelier que vous avez animé?

Je suis satisfait(e) :

Oui, tout
à faitOui,
plutôtNon, pas
vraimentNon, pas
du tout

De la préparation en amont de l'atelier (réunions préparatoires, organisation, etc.)

☐☐☐☐

De l'accueil, des moyens mis à disposition le jour de l'atelier

☐☐☐☐

De l'interaction avec les participants pendant l'atelier

☐☐☐☐

Du suivi après l'atelier avec les organisateurs (réunion bilan, débriefing, etc.)

☐☐☐☐

OUTIL 4 (suite)

Questionnaire intervenants d'un atelier

10 Selon vous, quels sont :

Les points forts de votre intervention

Les points d'amélioration de votre intervention

11 La préparation et la réalisation de cette intervention :

	Vous ont apporté des bénéfices :	Aucun bénéfice	Vous ont posé des difficultés :	Aucune difficulté
Sur le plan professionnel		☐		☐
Sur le plan institutionnel		☐		☐
Sur le plan personnel		☐		☐

→ Suite à votre intervention ...

12 Êtes-vous intéressé(e) pour intervenir lors d'un prochain atelier ?

☐ Oui ☐ Non

13 Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'évaluation faite par les participants ?

☐ Oui ☐ Non

Autres commentaires, suggestions :

Conception: Inpes - mars 2014 - www.inpes.sante.fr

Comment analyser les données d'une évaluation des actions collectives « Bien vieillir » ?

L'analyse des données quantitatives débute par la saisie puis la vérification des données informatiques. Ensuite, l'analyse statistique commence par le traitement de toutes les variables (appelé « tri à plat ») ; par exemple le pourcentage de femmes ayant répondu à l'enquête, le pourcentage d'enquêtés très satisfaits par l'activité évaluée. Des analyses plus poussées peuvent être réalisées selon les besoins de la structure ; dans ce cas, des recours aux tests statistiques sont nécessaires pour étudier les relations entre certaines variables [23]. Pour les analyses statistiques, des logiciels adaptés existent : EpiData, Epi Info, Sphinx, Excel (suffisants pour les calculs les plus simples), par exemple.

L'analyse des données qualitatives commence par la retranscription des entretiens. La première étape consiste à faire émerger les liens ou les contradictions entre les réponses aux différentes questions. Ensuite, toutes les réponses sont reprises et analysées question par question. À cette deuxième étape, il s'agit de faire apparaître les différents types de réponses possibles et de les classer [23]. Pour les analyses qualitatives, des logiciels adaptés existent : Alceste, NVivo, par exemple.

De manière générale, ces deux formes d'enquêtes nécessitent des méthodologies rigoureuses ; un appui de personnes compétentes dans ce domaine peut être précieux pour la qualité des résultats.

Pour les enquêtes quantitatives non obligatoires (basées sur le volontariat des répondants), les résultats doivent toujours être accompagnés du taux de réponse global. Les biais d'interprétation des résultats peuvent ainsi être évités.

Une fois les données analysées, les résultats peuvent être compilés dans des **fiches synthèse** afin d'avoir l'ensemble des indicateurs recensés dans les questionnaires d'évaluation renseignés par les participants et les intervenants. Une illustration de deux fiches synthèse est proposée dans les pages suivantes [outils 5 et 6].

D'autres outils de ce type sont téléchargeables sur la version en ligne www.inpes.sante.fr/bienvieillir-outils/

OUTIL 5 (suite)

Fiche synthèse : participants d'un atelier alimentation

	En nombre	En %
Régime de retraite		
Régime général (Cnav)		
Régime agricole (MSA)		
Régime indépendant (RSI)		
Régime spécial		
Total		

4 Connaissance de l'atelier via :

	En nombre	En %
Caisse de retraite		
Mairie ou CCAS		
Centre local d'information et de coordination (Clic)		
Presse, journaux		
Site internet de votre caisse de retraite		
Entourage : voisins, amis, connaissances		
Professionnel de santé (médecin, infirmier/ère, pharmacien, kiné, etc.)		
Action collective		
Autre		
Total		

5 Attentes vis-à-vis de l'atelier

	En nombre	En %
Informations et conseils sur la santé et le bien-être		
Passer un moment entre amis et/ou rencontrer de nouvelles personnes		
Connaître les activités		
Connaître les professionnels et les structures		
Autre		
Total		

6 Satisfaction vis-à-vis de l'atelier

	Oui, tout à fait		Oui, plutôt		Non, plutôt pas		Non, pas du tout		Total
	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	
Durée									
Contenu									
Animation / animateur									
Documents distribués									
Conseils / échanges									
Ambiance du groupe									
Lieu									
Horaires									
Participation financière									

OUTIL 5 (suite)

Fiche synthèse : participants d'un atelier alimentation

7 Points forts déclarés

8 Points d'amélioration déclarés

9 L'atelier a répondu aux attentes des participants

Oui		Non		Ne se prononce pas		Total
En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	

10 Évolution de la situation du retraité en termes de satisfaction, de perception de sa santé et des habitudes de vie

	« Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de la vie que vous menez ? »								Total
	Très satisfait(e)		Plutôt satisfait(e)		Plutôt insatisfait(e)		Très insatisfait(e)		
	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	
T0									
T1									
T2									

	« Dans l'ensemble, vous trouvez votre santé »										Total
	Excellente		Très bonne		Bonne		Médiocre		Mauvaise		
	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	
T0											
T1											
T2											

	« Dans la vie quotidienne, quelles sont vos occupations ? »								Total
	Membre d'une association ou d'un club		Activités à l'extérieur		Activités à domicile		Pas d'occupation particulière		
	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	
T0									
T1									
T2									

OUTIL 5 (suite)

Fiche synthèse : participants d'un atelier alimentation

11 Évolution des pratiques déclarées avant et après l'atelier (T0, T1, T2)

		Oui, tout à fait		Oui, plutôt		Non, plutôt pas		Non, pas du tout		Total
		En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	
Vous mangez au moins 5 parts de fruits et légumes par jour	T0									
	T1									
	T2									
Vous mangez des féculents (pains, céréales et dérivés) à chaque repas selon l'appétit	T0									
	T1									
	T2									
Vous mangez des produits laitiers 3 fois par jour	T0									
	T1									
	T2									
Vous mangez de la viande, du poisson ou des œufs 1 à 2 fois par jour	T0									
	T1									
	T2									
Vous limitez la consommation de produits gras, sucrés et salés	T0									
	T1									
	T2									
Vous buvez de l'eau à volonté	T0									
	T1									
	T2									

12 Acquisition de connaissances (T1)

	Je le savais déjà		L'atelier me l'a confirmé		L'atelier me l'a appris		Ne se prononce pas		Total
	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	
Il est important de faire 3 à 4 repas, par jour									
Adopter une alimentation variée et équilibrée c'est : - privilégier les aliments bénéfiques, - limiter la consommation de produits gras, salés, sucrés, - boire de l'eau en quantité									
Une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique tous les jours protègent des maladies et des risques									

OUTIL 5 (suite)

Fiche synthèse : participants d'un atelier alimentation

13 Suite à l'atelier, intentions de modifier les comportements, les habitudes de vie (T1)

	Oui, j'en ai tout à fait l'intention		Oui, j'en ai plutôt l'intention		Non, je n'en ai plutôt pas l'intention		Non, je n'en ai pas du tout l'intention		Total
	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	
Adopter les recommandations alimentaires									
Participer aux activités des caisses de retraite									
Participer à des activités sportives, culturelles, de loisirs, etc.									
Revoir les personnes avec qui vous avez participé à l'atelier									
Conseiller cet atelier à vos proches									

14 Quelques mois après l'atelier, changements de comportement déclarés (T2)

	Oui		Non		Ne se prononce pas		Total
	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	
Modification des habitudes de vie							
Difficultés à changer les habitudes							
Utilisation des offres des caisses ou engagement dans une action collectives Bien vieillir							
Maintien du contact avec personnes du même groupe							
Conseil de l'atelier à un proche							

OUTIL 6

Fiche synthèse : intervenants d'un atelier

INTERVENANTS

SYNTHÈSE

→ Profil des intervenants

1 Type de fonction occupée	En nombre	En %
-		
-		
-		
-		
-		
Total		

2 Type de structure	En nombre	En %
-		
-		
-		
-		
-		
Total		

3 Secteur d'intervention	En nombre	En %
Collectivité territoriale		
Santé		
Social		
Médico-social		
Autre		
Total		

→ L'intervention

4 Première intervention	En nombre	En %
Oui		
Non		
Total		

5 Organisation de réunions préparatoires	En nombre	En %
Oui		
Non		
Total		

6 Participation à l'ensemble des réunions préparatoires	En nombre	En %
Oui		
Non		
Total		

OUTIL 6 (suite)

Fiche synthèse : intervenants d'un atelier

7 Satisfaction vis-à-vis de l'action collective

	Très satisfait		Satisfait		Peu satisfait		Pas satisfait	
	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %	En nombre	En %
Préparation en amont								
Accueil, moyens mis à disposition								
Interaction avec les participants								
Suivi après l'action								
Total								

8 Recensement des points forts

9 Recensement des points d'amélioration

+ Effets de l'intervention

10 A. Bénéfices rapportés

Sur le plan professionnel

Sur le plan institutionnel

Sur le plan personnel

10 B. Difficultés rencontrées

Sur le plan professionnel

Sur le plan institutionnel

Sur le plan personnel

10 C. Aucun effet

	En nombre	En %
Aucun bénéfice déclaré		
Aucune difficulté déclarée		
Total		

11 Intention d'intervenir lors d'une autre action

	En nombre	En %
Oui		
Non		
Total		

12 Intérêt à recevoir les résultats de l'évaluation

	En nombre	En %
Oui		
Non		
Total		

Conception : Inpes - mars 2014 - www.inpes.sante.fr

Module 6

Diffusion des résultats et communication des actions collectives « Bien vieillir »

Avant			Pendant		Après
Conception			Mise en œuvre		Bilan
Évaluation de la pertinence			Suivi des activités		Évaluation du processus
Évaluation de la cohérence			Évaluation du processus		Évaluation des résultats
Communication					
Module 1	Module 2	Module 3	Module 4	Module 5	Module 6

Cette dernière étape, essentielle dans une démarche d'évaluation-action, permet aux acteurs d'utiliser les résultats de l'évaluation pour adapter, poursuivre ou étendre l'intervention à d'autres territoires, d'autres publics, etc.

Il existe différents moyens de valoriser les résultats de l'action : diffuser le rapport final ou un résumé via une publication, un article ou lors de colloques, de congrès ou de journées d'échanges : lettre d'information des régimes de retraite, journées inter-régimes, journée nationale / événements de mobilisation autour du « Bien vieillir », salon Seniors, etc. ; diffuser les résultats auprès des partenaires et de la population bénéficiaire via un courrier postal ou mailing, une présentation orale, une réunion, un affichage, etc. : courrier aux adhérents, courriers aux participants des actions collectives, restitution lors des actions collectives, rapports d'activités des régimes de retraite, etc. ; communiquer dans la presse locale ou à plus grande échelle, en veillant aux biais d'interprétation et de retranscription.

Deux modalités sont proposées : la rédaction d'un rapport d'évaluation et une grille descriptive des actions collectives.

Rédaction du rapport d'évaluation

Un plan type de rapport d'évaluation peut se rédiger comme suit **[23]** :

1. décrire le contexte de l'action qui a fait l'objet de l'évaluation en se référant au cadre logique ;
2. rappeler quels sont les objectifs de l'évaluation, son cadre, son organisation et sa planification (ces éléments doivent aussi être rédigés dans le cahier des charges de l'évaluation, p. 42) ;
3. présenter les analyses qui ont été faites à la suite des recueils de données ;

4. à partir de ces analyses, décrire les résultats, identifier les points forts et les points faibles de l'action évaluée. Des graphiques, tableaux ou verbatim peuvent illustrer cette partie ;
5. conclure sur l'action évaluée en faisant le lien avec les objectifs initialement posés. Les conclusions doivent être déduites de l'analyse et des discussions, et être pertinentes par rapport aux décisions à prendre ;
6. émettre des recommandations. Attention, toutefois, à ne pas aller jusqu'à la planification détaillée de nouveaux objectifs d'actions et d'activités. En effet, les recommandations sont des pistes de réflexion pour conforter certains aspects de l'action, pour combler certaines lacunes et aussi suivre de nouvelles orientations. Les recommandations sont avant tout des pistes d'optimisation de l'action évaluée ;
7. attacher des annexes qui peuvent être des données de cadrage issues des recherches effectuées lors de l'étape préparatoire de l'action et de l'évaluation de la pertinence, des listes des interlocuteurs rencontrés et des personnes questionnées, les instruments de collecte (grilles d'entretien, questionnaires), et toutes autres données intéressantes et facilitantes pour la compréhension du rapport.

Description des actions collectives « Bien vieillir »

Pour communiquer autour d'une action collective, une fiche bilan reprend l'ensemble des éléments de l'action **[outil 7]** : la population concernée, l'objectif et les thèmes de l'action, les partenaires, la dimension spatio-temporelle de l'action, l'inscription dans les politiques de santé, les résultats en termes de notoriété, de satisfaction, de bénéfices apportés.

La communication sur les actions collectives est indispensable pour rendre compte des résultats de l'action, inscrire ces offres de prévention dans des cartographies territorialisées et mutualiser des communautés de pratique.

OUTIL 7

Fiche bilan des actions collectives



GRILLE DESCRIPTIVE DES ACTIONS COLLECTIVES

BIEN VIEILLIR

Type d'action

☐ Forum ☐ Conférence ☐ Atelier

Durée: h Date:

Lieu de l'intervention (à préciser) _____

1 Promoteur de l'action _____

2 Objectifs spécifiques de l'action _____

3 Description de l'action _____

4 Thématiques de santé

☐ Accessibilité aux services d'aide	☐ Activations cognitives	☐ Activité physique
☐ Aménagement du logement	☐ Bon usage des médicaments	☐ Maintien à domicile
☐ Prévention de la dénutrition	☐ Prévention des chutes	☐ Prévention des maladies chroniques
☐ Proches aidants	☐ Recommandations nutritionnelles	☐ Santé et vieillissement
☐ Santé mentale, estime de soi	☐ Santé sociale, prévention de l'isolement	☐ Sommeil
☐ Vie affective et sexualité		

5 Dimensions de la santé de l'action

Approche de la santé ☐ Vision positive de renforcement des compétences
☐ Prévention des risques et des maladies
☐ Approche monothématique ☐ Approche plurithématique

Dimension de l'action ☐ Nationale ☐ Régionale ☐ Locale

Inscription dans les politiques ☐ État, ARS, DRJSCS ☐ Assurance maladie, caisses de retraite
☐ Mutuelles ☐ Collectivités ☐ Associations

Communication et valorisation ☐ Publications ☐ Rapports ☐ Séminaires, colloques

OUTIL 7 (suite)

Fiche bilan des actions collectives

6 Partenaires de l'action

- ☐ Secteur santé et médico-social ☐ Secteur social ☐ Secteur sportif
☐ Secteur socio-culturel, associatif ☐ Collectivités territoriales
☐ Secteur du logement ☐ Secteur des transports

7 Financeurs de l'action**8 Instances d'organisation**

- ☐ Comité de pilotage ☐ Comité technique ☐ Groupe de travail

9 Description des participants

Nombre Profil (genre, âge, situation maritale, lieu d'habitation, etc.) _____

10 Principaux résultats (à décrire)

Action

Notoriété, accessibilité

Participants

Satisfaction

Acquisition des connaissances

Intentions d'adopter des comportements protecteurs de santé

Intention d'utiliser l'offre de service

Changements de comportement déclarés après l'action

Intervenants/partenaires

Bénéfices rapportés sur le plan professionnel, institutionnel, personnel

Difficultés rencontrées sur le plan professionnel, institutionnel, personnel

Conclusion

L'approche globale et positive ainsi que la prise en compte de l'adaptation de la personne âgée à son environnement constituent le fil conducteur de cet ouvrage. Donner le pouvoir aux personnes pour qu'elles puissent faire des choix éclairés en matière de santé s'avère fondamental dans cette grande période de la vie qu'est l'avancée en âge. Promouvoir les comportements protecteurs comme la nutrition et l'activité physique, la vitalité cognitive et les visites de prévention, favoriser le lien social et rendre visibles et accessibles les ressources locales, c'est contribuer à acquérir et/ou maintenir la qualité de vie des personnes âgées.

L'évolution des pratiques de santé publique, axées sur des approches populationnelles, requiert de nouvelles connaissances et un accompagnement axé sur les besoins des populations, en particulier de la population vieillissante. Par leur implantation sur les territoires, les actions collectives de prévention occupent une place importante dans la politique du Bien vieillir. Il est essentiel que les acteurs valorisent leurs actions collectives sur le plan local, régional et national.

Dans sa volonté de promouvoir la santé dans une approche de prévention universelle et de faire évoluer les pratiques professionnelles, l'Inpes a réuni des références scientifiques, méthodologiques et pratiques dans ce guide d'aide à l'action, permettant

ainsi le transfert des connaissances à la pratique. Un accompagnement méthodologique sera proposé aux professionnels via différentes modalités de formation de façon à ancrer les actions collectives en intersectorialité au niveau local, régional et national.

Ce guide s'inscrit dans une offre d'outils, tant pour les personnes retraitées que pour les professionnels de la santé et du social. Des brochures d'information réalisées en inter-régimes, intitulées « Vieillir... et alors ? » et « Bien vivre son âge », et d'autres ressources existantes à l'Inpes sont accessibles dans la rubrique « Vieillir en bonne santé » du site internet www.inpes.sante.fr.

Ces publications contribuent à la réflexion de manière coordonnée et concertée sur les enjeux multiples de l'avancée en âge et au renforcement de la cohérence et de la qualité dans les interventions, plaçant ainsi les besoins, les attentes et les ressources des personnes avancées en âge au cœur des préoccupations.

Les auteurs du présent ouvrage seront heureux de recueillir vos avis, vos utilisations, vos suggestions.

Annexes



Glossaire

Action : ensemble organisé d'activités réalisées pour atteindre un objectif opérationnel. Le terme « intervention » est également utilisé en méthodologie de projet [23].

Activité : biens et services produits dans le cadre d'une action. Ce sont, notamment, ces activités qui feront l'objet de l'évaluation de processus [23].

Aptitudes : ensemble des facultés naturelles, des compétences acquises, reconnues et légales à réaliser quelque chose, exercer une activité ou assumer une fonction. Les aptitudes ont pour synonymes : capacités, compétences, facultés, habiletés, ressources. Le développement des aptitudes personnelles est une des stratégies de la promotion de la santé. Ces aptitudes permettront aux personnes de faire des choix éclairés en matière de santé [28].

Cohérence : critère de jugement qui interroge l'adéquation entre plusieurs termes : les objectifs de l'intervention, les ressources allouées, les activités prévues (cohérence interne), la construction de l'intervention ou encore d'autres interventions visant les mêmes effets (cohérence externe) [29].

Critère : le critère est la base du jugement évaluatif. C'est un angle de vue adopté par des acteurs pour apprécier une intervention. Pour permettre une mesure, un critère doit être traduit en indicateur(s) [22].

Déterminants : ensemble de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent de manière positive ou négative l'état de santé des personnes et des groupes [28].

Éducation pour la santé : l'éducation pour la santé est conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. Elle cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé. Elle informe sur les conditions sociales, économiques et environnementales sous-jacentes affectant la santé, aussi bien que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé [30].

Efficacité : ce critère permet d'apprécier la réalisation des objectifs d'une intervention en comparant les résultats (au sens d'effets) obtenus aux résultats attendus, ces résultats étant imputables à cette intervention (efficacité propre) [30].

Évaluer : produire un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif capable de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur cette intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes, l'objectif étant de faire en sorte que les différents acteurs concernés, dont les champs de jugement sont parfois différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention pour qu'ils puissent construire, individuellement ou collectivement, un jugement susceptible de se traduire en actions [20].

Évaluation du processus : également nommée évaluation formative, évaluation provisoire et évaluation d'implantation. L'évaluation des processus analyse spécifiquement les modalités de mise en œuvre, autrement dit les liens entre les services produits et les types d'effets observés [31].

Évaluation des résultats : également nommée évaluation sommative, évaluation de produit, évaluation finale, évaluation d'impact ou encore évaluation des effets. Elle est réalisée à la fin de l'action ou d'une phase. Elle porte une appréciation globale sur les effets de l'action. Elle est habituellement utilisée pour orienter la prise de décision quant au devenir de l'action [23].

Facteurs protecteurs : ressources internes et externes protégeant la santé des êtres humains. Ils comportent des caractéristiques individuelles (estime de soi et confiance en soi, sentiment d'appartenance, optimisme, habilités à résoudre les problèmes, gestion des émotions, etc.), des comportements et habitudes de vie (nutrition, rythmes, vie affective, etc.), des conditions socio-économiques et environnementales (travail, air et eau non pollués, appui social, soins, etc.) [30].

Habitudes de vie : ensemble de comportements et de pratiques de nature durable qui constitue la manière de vivre, le mode de vie – d'être et de penser – d'une personne ou d'un groupe d'individus. Cela inclut les modes de consommation et reflète les valeurs et les attitudes des individus. Ces types de comportements ne sont pas figés, ils sont réinterprétés continuellement et sujets à changement [28].

Impact : effets d'une action (effets sanitaires, sociaux, économiques, environnementaux, etc.), qu'ils soient positifs ou négatifs, souhaités ou non, immédiats ou différés. L'impact regroupe les résultats (effets directs totalement imputables à l'action) et tous les autres effets qui ne peuvent être entièrement imputés à celle-ci. L'impact fait l'objet de l'évaluation de résultats [23].

Indicateurs : informations mesurables permettant d'apprécier une situation et de quantifier les résultats obtenus. Ils sont déterminés par un calcul qui identifie de façon qualitative ou quantitative les résultats. Il existe des indicateurs de qualité des activités produites, qui indiquent une valeur et reflètent la réalité à ce moment donné. **Les indicateurs de processus** mesurent l'ensemble des activités mises en œuvre pour atteindre un objectif défini sur une période déterminée. Ils signalent le respect des contenus et des étapes de la planification. **Les indicateurs de résultats** donnent une mesure de l'effet immédiat des activités de l'action sur la population concernée. Les indicateurs doivent être pertinents (appropriés à la réalité observée), précis (fournissant une information quantitative et univoque) et réalistes (faciles et rapides à établir, à collecter et à traiter) [30].

Inégalités sociales de santé : différences d'états de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Elles concernent toute la population selon un gradient social qui augmente régulièrement, des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées [30].

Intervention : ensemble d'interactions avec un cercle de personnes déterminé, ayant pour objectif d'induire certaines modifications chez les participants et reposant sur un projet d'action plus ou moins explicitement formulé ; théorie (d'intervention) qui décrit les mécanismes d'efficacité permettant la réalisation des résultats (*outcomes*) escomptés [21].

Modèle logique : outil permettant de formaliser la logique d'une intervention, à savoir les relations entre les différentes composantes de cette intervention (buts, objectifs, activités, effets attendus), de visualiser les différentes voies possibles pour atteindre les résultats et d'identifier les facteurs externes susceptibles d'influencer cette intervention [29].

Pertinence : elle s'intéresse à l'adéquation entre les objectifs de l'action et le(s) problème(s) au(x)quel(s) elle répond [23].

Prévention : ensemble de mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître ou permettant de les dépister à un stade précoce, plus accessibles de ce fait à la thérapeutique. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé [21].

Programme de santé : ensemble de ressources réunies et mises en œuvre pour fournir à une population définie des services organisés de façon cohérente dans le temps et dans l'espace, en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé précis [25].

Promotion de la santé : processus conférant aux individus et aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé [28]. La charte d'Ottawa (1986) définit 3 stratégies fondamentales : sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé (plaidoirie), conférer à tous les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé (facilitation), servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé (médiation). Elle comprend 5 axes d'intervention : élaborer une politique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé [21].

Question évaluative : les questions évaluatives permettent de définir les objectifs de l'évaluation. Elles orientent la démarche et donc les méthodes d'évaluation. Poser les questions évaluatives permet de répondre de manière adaptée aux attentes des commanditaires et des utilisateurs de l'évaluation [22].

Résultats : changement, favorable ou défavorable, de l'état de santé d'individus, ou de populations, résultant d'une intervention. Le point final de mesure dépendra de la définition du résultat attendu de l'intervention. Les changements de l'état de santé peuvent se produire indépendamment de l'intervention et des précautions doivent être prises pour s'assurer que tous les changements sont correctement reliés à leurs causes [30].

Santé : au sens de la charte d'Ottawa (1986), la santé est 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 et s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques [3].

Tableau de bord : document regroupant un ensemble d'indicateurs recueillis régulièrement pour le suivi d'une intervention [29].

Territoire : espace défini par l'action menée ou par le groupe de population concerné. Il est souvent une juxtaposition de territoires administratifs, professionnels, organisationnels et détermine les ressources et les acteurs à mobiliser. Il est souvent assorti de la notion de proximité qui est reconnue comme critère optimisant les actions. Le territoire est aussi un déterminant de la santé et de la qualité de vie de ses habitants [28].

Bibliographie

Dernière consultation des liens internet le 24/02/2014.

- [1] Bellamy V., Beaumel C. Bilan démographique 2013. Trois mariages pour deux Pacs. *Insee Première*, n° 1482, janvier 2014.
- [2] Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. *Plan National « Bien vieillir » 2007-2009*.
En ligne : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
- [3] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986 : 6 p.
En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- [4] Bourdillon F., dir. *Traité de prévention*. Paris : Flammarion, coll. Médecine-Science, 2009 : 421 p.
- [5] Gordon R. S. An operational classification of disease prevention. *Public Health Report*, 1983, vol. 98, n° 2 : 107-9.
- [6] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*. Genève : OMS, 2002 : 60 p.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- [7] Dahlgren G., Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm : Institute for Futures Studies, 1991. *In*: Hamel E., Bodet É., Moquet M.-J. dir. *Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2012 : 116 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1450>
- [8] Glass T. A., Balfour J. L. Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations. *In*: Kawachi I., Berkman L. F. dir. *Neighborhoods and Health*. New York : Oxford University Press, 2003 : p. 303-334.

- [9] Richard L., Barthélémy L., Tremblay M.-C., Pin S., Gauvin L. dir. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 112 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1417.pdf>
- [10] Richard L., Potvin L., Kishchuk N., Prlic H., Green L. W. Assessment of the Integration of the Ecological Approach in Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 1996, vol. 10, n° 4 : p. 318-328. In : Richard L., Barthélémy L., Tremblay M.-C., Pin S., Gauvin L. dir. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 112 p.
- [11] Promotion Santé Suisse. *Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention. Guide pour la catégorisation des résultats*. Adapté pour la France par l'Inpes, janvier 2007. Berne : Promotion santé suisse, 2005 : 27 p.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/V6%20guide_fr.pdf
- [12] Swedish National Institute of Public Health. *Vieillir en bonne santé, un challenge pour l'Europe. Version courte du rapport « Healthy Ageing »*. Östersund : The Swedish National Institute of Public Health, 2007 : 37 p.
En ligne : http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/UE_Vieillir_en_bonne_sante.pdf
- [13] Bodard J., Lamboy B., Kerzanet S., Clément J. Interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile : une synthèse des connaissances - Résultats saillants [document en ligne]. 2012.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/doc-sante-aîne.pdf>
- [14] Raymond É., Gagné D., Sévigny A., Tourigny A. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 2008 : 111 p.
En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859_RapportParticipationSociale.pdf
- [15] World Health Organization (WHO). *Life Skills Education for children and adolescents in schools*. Genève : WHO, 1994 : 53 p.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf
- [16] Tessier S. *Les éducations en santé. Éducation en santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours*. Paris : Maloins, coll. Éducation du patient, 2012 : 216 p.
- [17] Muller L., Spitz E. Les modèles de changements de comportements dans le domaine de la santé. *Psychologie française*, juin 2012, vol. 57, n° 2 : p. 83-96.
- [18] Godin G. *Les comportements dans le domaine de la santé. Comprendre pour mieux intervenir*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, coll. PUM, 2012 : 328 p.
- [19] Robichaud-Ekstrand S., Vandal S., Viens C., Bradet R. Les modèles de comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers*, mars 2001, vol. 64 : p. 22.
En ligne : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/64/59.pdf>
- [20] Brousselle A., Champagne F., Contandriopoulos A., Hartz Z. *L'évaluation : Concept et méthode*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2009 : 300 p.

- [21] Hamel E., Bodet É., Moquet M. -J. dir. *Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2012 : 116 p.
- [22] École de santé publique de l'Université de Lorraine. *EVALIN : Guide d'évaluation des interventions en nutrition* [site internet]. 2012. En ligne : <http://www.evaluation-nutrition.fr/>
- [23] Espace régional de santé publique Rhône-Alpes. *L'évaluation en 9 étapes : Document pratique pour l'évaluation d'actions santé et social*. Lyon : ERSP, 2008 : 40 p. En ligne : http://www.ersp.org/evaluation/pdf/eval_9_etapes_08.pdf
- [24] Molleman M., Peters L., Hommels L., Ploeg M. *Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé. Preffi 2.0* [traduction en français par l'Inpes]. Woerden : Institut pour la Promotion de la Santé et pour la Prévention des Maladies (NIGZ), 2003 : 37 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf
- [25] Renaud L., Lafontaine G. *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Montréal : Réseau francophone international pour la promotion de la santé, coll. Partage, 2011 : 40 p. En ligne : http://refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf
- [26] Promotion Santé Suisse. *Quint-Essenz : Développement de la qualité en promotion de la santé et prévention* [site internet]. 2009. En ligne : <http://www.quint-essenz.ch/fr>
- [27] Rostan F., Simon C., Ulmer Z. dir. *Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011 : 188 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1347.pdf>
- [28] World Health Organization (WHO). *Health promotion glossary*. Genève : WHO, 1998 : 36 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
- [29] Jabot F., Bauche M. *Module EVA « Évaluation des politiques de santé au niveau régional »* [dossier documentaire]. Besançon : Université d'été francophone en santé publique, 2012 : 38 p. En ligne : http://ars.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/MiniSiteUniversites/1_UnivEteBesancon/docs/2012-eva-dossier-doc.pdf
- [30] Banque de données en santé publique (BDSP). *Glossaire multilingue* [page internet]. 2013. En ligne : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
- [31] Pin S., Fournier C., Lamboy B., Guilbert P. *Les études d'évaluation à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Évaluations en prévention et en éducation pour la santé, 2007 : 8 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008_01.pdf

Ressources pour la pratique

Dernière consultation des liens internet le 24/02/2014.

Ressources de l'Inpes et des régimes de retraite

■ Inpes, Assurance retraite, MSA, RSI, Agirc-Arrco, Ircantec, CRPCEN. *Vieillir... et alors ?* Saint-Denis : Inpes, 2013 : 40 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1507.pdf>

■ Inpes, Assurance retraite, MSA, RSI, Agirc-Arrco, Ircantec, CRPCEN, CNRACL, ANGDM. *Bien vivre son âge*. Saint-Denis : Inpes, 2014 : 40 p.

Ressources des régimes de retraite

■ Agirc-Arrco. *Bilan 2012 des actions menées par les Comités régionaux de coordination de l'action sociale (CRCAS)*. Paris, 2012 : 7 p.
En ligne : http://www.agircarrco-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale/documents/documenter/Developper_prevention/Annexe_1_Bilan_2012_CRCAS.pdf

■ Assurance Retraite. *Rapport action sociale 2012*. Paris, 2012 : 40 p.
En ligne : <https://www.lassuranceretraite.fr/cs/media/flash/ra-as-2012/index.htm>

■ Centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco. *Bien vieillir : évaluation et perception de l'avancée en âge des personnes accueillies dans les centres de prévention Agirc-Arrco. Étude nationale 2009*. Paris, 2010 : 109 p.
En ligne : http://www.agirc-arrco.com/fileadmin/agircarrco/documents/as/bien_vieillir.pdf

■ Centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco. *Préserver l'équilibre pour prévenir les chutes : évaluation et perception des personnes accueillies dans les centres de prévention Agirc-Arrco. Étude nationale 2010*. Paris, 2011 : 125 p.

En ligne : http://www.agircarrco-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale/documents/documenter/Developper_prevention/publication_2010_preserver_equilibre.pdf

■ Centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco. *Mémoire. De la plainte à l'oubli, repérer pour mieux accompagner. Étude nationale 2011*. Paris, 2012 : 167 p.

En ligne : http://www.agircarrco-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale/documents/documenter/Developper_prevention/Brochure_Memoire_2012.pdf

■ Centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco. *Troubles du sommeil. Les repérer et agir. Étude nationale 2012*. Paris, 2013 : 176 p.

En ligne : http://www.agircarrco-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale/documents/documenter/Developper_prevention/etude_sommeil_2012.pdf

■ Mutualité sociale agricole (MSA). *Évaluation du programme : Les Ateliers du Bien vieillir*. Bagnole, 2008 : 7 p.

En ligne : <http://www.msa.fr/lfr/documents/11566/48462/Synth%C3%A8se+MSA++Ateliers+du+bien+vieillir>

■ Mutualité sociale agricole (MSA). *L'efficacité d'un parcours santé : Les Ateliers du Bien vieillir*. Bagnole, 2010 : 6 p.

En ligne : <http://www.msa.fr/lfr/documents/11566/48453/Brochure+MSA++Ateliers+du+Bien+Vieillir>

■ Saint-Laurent A., Bataille V., Chambre A., Dejardin P., Ferry M., Martin F. Facteurs associés au sentiment de réussite du vieillissement. Étude nationale « Bien vieillir » 2009 dans les centres de prévention Agirc-Arrco. *La Revue de gériatrie*, janvier 2011, vol. 36, n° 1-2 : 9 p.

En ligne : http://www.agircarrco-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale/documents/documenter/Developper_prevention/article_gerieatrie_14_janv.pdf

Ressources de l'Inpes pour les professionnels

■ Allaire C., dir. *Informier les personnes sourdes ou malentendantes. Partage d'expériences*. Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels de communication en santé publique, 2012 : 58 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1414.pdf>

■ Allaire C., dir. *Informier les personnes aveugles ou malvoyantes. Partage d'expériences*. Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels de communication en santé publique, 2012 : 57 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1415.pdf>

■ Bourdessol H., Dupont O., Pin S., Signorini É., Verhey J.-C., Vincent I. *Les sessions de préparation à la retraite. Un enjeu citoyen*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011 : 148 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1374.pdf>

■ Bourdessol H., Pin S. *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : Inpes, 2005 : 156 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>

■ Bourdessol H., Pin S. *Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention. Résultats d'une étude qualitative auprès de seniors et de personnes âgées en perte d'autonomie*. Saint-Denis : Inpes, coll. Évolutions, mai 2009 : 6 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1192.pdf>

■ Holzschuch C., Allaire C., Bertholet L., Agius C., Méheust C. dir. *Quand la malvoyance s'installe. Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2012 : 160 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1161.pdf>

■ Inpes. *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations*. Saint-Denis : Inpes, 2009 : 38 p.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1250.pdf>

■ Inpes. *Livret d'accompagnement du « Guide nutrition à partir de 55 ans » destiné aux professionnels de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 34 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/959.pdf>

■ Inpes. *Fortes chaleurs : prévenir les risques sanitaires chez la personne âgée*. Saint-Denis : Inpes, coll. Repères pour votre pratique, 2007 : 4 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1033.pdf>

■ Inpes. *Protection de l'autonomie des personnes âgées. Pratiques professionnelles des métiers de l'aide à domicile*. Saint-Denis : Inpes, 2013 : 58 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/bien-vieillir/pdf/aide-domicile-personnes-agees.pdf>

■ Pin S., Bodard J. *L'accompagnement de la maladie d'Alzheimer au domicile : perceptions et pratiques des professionnels du soin et de l'aide. Dispositif d'enquêtes d'opinion sur la maladie d'Alzheimer (DEOMA)*. Saint-Denis : Inpes, coll. Évolutions, 2010 : 6 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1317.pdf>

■ Pin S., Bodard J., Richard J.-B. *Regards croisés sur la maladie d'Alzheimer : perceptions, opinions et attitudes du grand public, des aidants proches et des aidants professionnels. Dispositif d'enquêtes d'opinion sur la maladie d'Alzheimer (DEOMA)*. Saint-Denis : Inpes, coll. Évolutions, septembre 2010 : 6 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1318.pdf>

■ Richard L., Barthélémy L., Tremblay M.-C., Pin S., Gauvin L. dir. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 112 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1417.pdf>

Ressources de l'Inpes pour le grand public

■ Inpes, Ministère de la Santé et des Solidarités, Assurance maladie. *Alimentation et exercices physiques : comment garder son équilibre après 60 ans ?* Saint-Denis : Inpes, 2009 : 22 p.

En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/AVC_nutrition1.pdf

■ Inpes, Ministère de la Santé et des Sports, Assurance maladie. *Accidents de la vie courante : comment aménager sa maison pour éviter les chutes ?* Saint-Denis : Inpes, 2009 : 16 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/532.pdf>

■ Inpes, Ministère de la Santé et des Solidarités, Assurance maladie, CERIN, CRES Lorraine. *La courbe des repères* [affiche]. Saint-Denis : Inpes, 2009 : 1 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1248.pdf>

■ Inpes, Assurance maladie, Ministère de la Santé et des Solidarités, InVS, Afssa. *Mémo nutrition*. Saint-Denis : Inpes, 2009 : 2 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/958.pdf>

■ Inpes, InVS, Afssa, Ministère de la Santé et des Solidarités, Assurance maladie. *La santé en mangeant et en bougeant : le guide nutrition à partir de 55 ans*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 62 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/932.pdf>

■ Inpes, InVS, Afssa, Ministère de la Santé et des Solidarités, Assurance maladie. *La santé en mangeant et en bougeant : le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 66 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/941.pdf>

Sites internet ressources

■ Agirc-Arrco : <http://www.agirc-arrco.fr>

■ Assurance retraite : <https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite/PUBPrincipale/Retraites/Action-Sociale>

■ HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456073/fr/evaluation-recommandation-medicaments

■ Inpes : <http://www.manger-bouger.fr>

■ Inpes : <http://www.preventionmaison.fr>

■ Inpes : <http://www.alcoolinfoservice.fr>

■ Inpes : <http://www.tabac-info-service.fr>

■ MSA : <http://www.msa.fr/lfr/sante/prevention>

■ MSA : <http://www.ateliers-du-bien-vieillir.fr>

■ RSI : <http://www.rsi.fr/sante.html>

Liste des tableaux, figures et outils

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 34 | Tableau I : Questions à se poser pour évaluer la pertinence et la cohérence lors de la conception d'une action | 57 | Tableau XII : Points de vigilance pour un forum |
| 37 | Tableau II : Ateliers du « Bien vieillir » MSA : illustration de la démarche qualité en promotion de la santé | 58 | Tableau XIII : Suivi des activités d'une action collective « Bien vieillir » |
| 38 | Tableau III : Intérêts de l'évaluation pour différents acteurs | 62 | Tableau XIV : Évaluation du processus des actions collectives « Bien vieillir » |
| 39 | Tableau IV : Intérêts et limites du choix de l'évaluateur | 64 | Tableau XV : Évaluation des résultats des actions collectives « Bien vieillir » |
| 41 | Tableau V : Questions évaluatives de processus et de résultats | 66 | Tableau XVI : Activité physique : propositions de critères d'évaluation des résultats |
| 43 | Tableau VI : Récapitulatif des outils présentés dans les modules d'aide à l'action | 66 | Tableau XVII : Alimentation : propositions de critères d'évaluation des résultats |
| 46 | Tableau VII : Ressources pour des actions collectives « Bien vieillir » | 67 | Tableau XVIII : Mémoire : propositions de critères d'évaluation des résultats |
| 47 | Tableau VIII : Mobilisation d'acteurs en intersectorialité | 67 | Tableau XIX : Prévention des chutes : propositions de critères d'évaluation des résultats |
| 48 | Tableau IX : Grille d'analyse stratégique | | |
| 53 | Tableau X : Planification des actions collectives « Bien vieillir » | | |
| 54 | Tableau XI : Estimation des besoins humains, financiers et logistiques | | |

- 19 **Figure 1** : Les déterminants de santé
- 19 **Figure 2** : Modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement
- 21 **Figure 3** : Modèle de l'approche écologique dans les programmes de promotion et de prévention de la santé
- 22 **Figure 4** : Modèle écologique illustré avec des actions « Bien vieillir » en France
- 24 **Figure 5** : Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats
- 25 **Figure 6** : L'outil de catégorisation des résultats appliqué aux forums, conférences et ateliers « Bien vieillir »
- 30 **Figure 7** : Logique d'intervention : emboîtement des modèles causal, théorique et opérationnel
- 31 **Figure 8** : Illustration de la logique d'intervention des actions collectives « Bien vieillir »
- 45 **Figure 9** : Analyse de situation pour l'implantation des actions collectives
- 59 **Figure 10** : Évaluation d'une action collective « Bien vieillir » auprès de différents publics
- 68 **Outil 1** : Questionnaire participants d'un atelier alimentation (To)
- 70 **Outil 2** : Questionnaire participants d'un atelier alimentation (T1)
- 72 **Outil 3** : Questionnaire participants d'un atelier alimentation (T2)
- 74 **Outil 4** : Questionnaire intervenants d'un atelier
- 77 **Outil 5** : Fiche synthèse : participants d'un atelier alimentation
- 82 **Outil 6** : Fiche synthèse : intervenants d'un atelier
- 86 **Outil 7** : Fiche bilan des actions collectives

Liste des sigles et abréviations

A

Agirc et Arrco	Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres - Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS	Agence régionale de santé

B

BDSP	Banque de données en santé publique
-------------	-------------------------------------

C

CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires

D

DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGS	Direction générale de la santé
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

F

FFEPGV	Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire
FFEPMM	Fédération française pour l'entraînement physique dans le monde moderne - Sports pour Tous

H

HAS	Haute autorité de santé
HPST	Loi 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires »

I

INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRCANTEC	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
ISS	Inégalités sociales de santé

M

MSA	Mutualité sociale agricole
------------	----------------------------

O

OCR	Outil de catégorisation des résultats
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSCARS	Outil de suivi cartographique des actions régionales de santé

P

PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PNBV	Plan national « Bien vieillir »
PNNS	Programme national nutrition santé

R

REFIPS	Réseau francophone international pour la promotion de la santé
RSI	Régime social des indépendants

W

WHO	<i>World Health Organization, cf. OMS</i>
------------	---

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Médi-Text** - 83, rue de Gergovie - 75014 Paris
Crédits photo (couverture) : © **Fabrice Guyot**
Impression **Fabrègue** - Bois Joli - BP10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche
Dépôt légal avril 2014

Les actions collectives de prévention constituent un axe majeur du Bien vieillir, car elles renforcent les comportements protecteurs de santé. L'approche globale et positive de la santé constitue le fil conducteur de ce guide d'aide à l'action prenant en compte l'ensemble des déterminants individuels, sociaux et environnementaux. La définition d'un socle commun de connaissances et de pratiques contribue à la qualité et à la cohérence des actions collectives pour s'inscrire dans une offre graduée de prévention.

En première partie de l'ouvrage, le lecteur trouvera des éclairages relatifs aux concepts de promotion de la santé appliqués au « Bien vieillir » ainsi qu'à l'efficacité des actions et aux modèles logiques d'intervention. La deuxième partie réunit des repères méthodologiques sur le cycle d'une action et livre, en six modules, des outils pratiques pour organiser, mettre en œuvre et évaluer le processus et les résultats des actions collectives de prévention « Bien vieillir ». Issu d'un partenariat avec les régimes de retraite, ce guide d'aide à l'action renforce le transfert des connaissances à la pratique.

**Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires.
Ne peut être vendu.**



www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex - France